

不明原因肺部疾病经内科胸腔镜行胸膜活检的护理体会

王自秀¹ 邓家莲¹ 韦宇宁² 王昕云¹ 柯 斓¹ 凌 芸²

(1 广西医科大学第一附属医院呼吸内科, 南宁市 530021;

2 广西医科大学研究生院, 南宁市 530027)

【关键词】 肺部疾病; 内科胸腔镜; 胸膜活检; 护理

【中图分类号】 R 473.5 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-6575(2012)02-0198-03

随着内镜电视技术及高清晰电视显像、摄像系统的发展,内科胸腔镜在临床的应用越来越广。美国 Leshnowe BG 等^[1]报道,内科胸腔镜技术是一项微创的侵入性操作技术,能直视观察胸膜腔的变化并可进行胸膜壁层、脏层活检,与开胸手术比较,具有创伤小、恢复快、病人痛苦小、费用较低等优点。本文回顾性分析我科 2009 年 6 月至 2011 年 6 月进行胸腔镜检查并联合导管留置引流的不明原因肺部疾病患者 65 例,从护理角度探讨了围手术期护理措施,为内科胸腔镜术全程护理尤其是预见性护理提供临床依据,现报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 观察对象为我院呼吸疾病研究所 2009 年 6 月至 2011 年 6 月经胸水实验室及细胞学检查未能明确诊断的胸腔积液患者,以及经纤维支气管镜肺活检或经皮穿刺肺活检未能明确诊断两肺弥漫性病变、靠近胸膜下的肺内占位多发结节肺病变住院患者。患者共 65 例,其中男性 44 例,女性 21 例,最小 20 岁,最大 69 岁,中位年龄 49 岁。

1.2 检查器械 德国产 SCHOLLY(Flexiscope c1301)型硬质冷光源胸腔镜(主径 11 mm)1 套:包括套管针、内鞘管、活检钳、目镜、冷光源等,备用抢救器械;具有可视、操作双重功能的电视监视系统,带侧孔的引流管,水封瓶。

1.3 检查方法 ①术前行三大常规、肝肾功能、血气分析,血糖、电解质、血型及出凝血时间检查、X 线或 CT 检查,完成手术可行性评估。术前行胸腔穿刺术建立人工气胸(气胸患者除外),胸腔穿刺术中能抽液者先抽液,未能抽出胸腔积液者行三通管法或水滴法确定胸腔针在胸膜腔,注入医用二氧化碳。②操作时患者取健侧卧位,吸氧 2~4 l/min,保持良好自主呼吸。用多功能监护仪动态监测血压、心率、呼吸和血氧饱和度,选择腋前线-腋后线第 4~7 肋间为进镜部位。常规消毒、铺巾后,用 2%利多卡因 10 mL+肾上腺素 0.1 mL 逐层行局部浸润麻醉。沿肋骨上缘切开皮肤 1.0 cm,血管钳钝性分离皮下至胸膜,垂直刺入带针芯的套管针,有突破感时表示进入胸腔,拔出针芯。沿套管针插入胸腔镜,从上至下、由近而远对壁层和脏层胸膜、横膈和纵隔面进行全面检查^[2]。③选取可疑部位直视下多部位活检 4~10 块组织。术中若患者出现明显疼痛,

予静脉注射枸橼酸芬太尼 50~100 mg。操作完毕后胸腔置引流管,覆盖无菌纱布,接水封瓶引流胸液和气体。

2 结果

本组 65 例患者在局麻下以胸腔镜操作对多处活检,最后 51 例(78.4%)明确诊断。其中不明原因胸腔积液患者 42 例,病理确诊率为 81.0%(34/42);经纤维支气管镜肺活检或经皮穿刺肺活检未能确诊的两肺弥漫性病变、靠近胸膜下肺内占位、肺内多发结节病变患者 23 例,病理确诊率 73.9%(17/23)。1 例患者术中行胸膜咬检时出现胸膜反应,稍停片刻,经加大吸氧等处理后完成检查。1 例患者脏壁层胸膜黏连带较多,经负压吸引胸腔剩余气体,直视下肺复张良好,予直接缝合皮肤。术后发生局部皮下气肿 3 例,低热 2 例,经对症治疗后好转。其余患者术中术后无空气栓塞、出血、呼吸衰竭、脓胸、复张性肺水肿、死亡等严重并发症。

3 护理

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理 因疾病诊断不明,治疗棘手,患者存在一定的紧张顾虑情绪,护士要适时健康教育,给予关爱和鼓励,解除患者心理负担,主动向患者及家属解释内科胸腔镜检查的操作过程及特点、本科开展的情况、术前术后注意事项及预后,以便患者更好地配合胸腔镜检查。

3.1.2 病人准备 完善相关检查,了解病人有无缺氧或二氧化碳潴留及血压、出血情况,进行呼吸功能和心功能的监测及评估,随时与主管医生沟通。对同时合并 COPD 或肺部感染者给予适当的抗生素治疗及雾化和祛痰治疗。护理人员要劝告患者戒烟,指导患者坚持缓慢深呼吸及腹式呼吸、有效咳嗽、咳痰及吹气球等呼吸功能锻炼。嘱患者 12 h 禁食,6 h 禁水,了解患者睡眠情况。指导病人加强营养支持,给予高蛋白、高热量、富含维生素食物。若大量胸腔积液患者,必要时按医嘱静脉点滴白蛋白,以补充疾病消耗和胸腔渗出丢失的蛋白质。

3.1.3 用物、药物和人工气胸准备 无菌物品的准备,包括电子胸腔镜及配件、穿刺套管针、活检钳、吸引管、电凝

棒、胸腔闭式引流管及闭式引流装置。准备冷光源纤维导光缆、电视监视系统、心电监护仪、供氧设备、电动负压吸引器。

人工气胸的准备一般在检查前1 d或数小时进行,配合医生严格无菌操作,局麻后抽尽胸腔内积气或积液,首次不应过多或过快。注气300~700 mL,注入时速度要慢,并密切观察生命体征。做好记录及引流管标识,抽出胸水标本及时送检。气体栓塞多在人工气胸时发生,为胸腔镜的严重并发症之一,其发生率极低,约为0.01%~0.05%^[3],常因注气时穿刺针误入血管,或包裹性胸腔积液患者注气时胸腔内压力过高,导致气体进入血管。因此,需确保穿刺针位于胸腔内,注气缓慢,注意观察胸腔内压力的变化。本组无一例发生气体栓塞。

3.2 术中护理配合 密切观察神志、血压、心率、呼吸和血氧饱和度,注意保暖;术中给予患者吸氧2~4 l/min,保持自主呼吸良好。患者在局麻下意识清醒,可能会因紧张导致血压增高、心律失常等意外情况发生,应与其适当交流,分散注意力减轻疼痛;按使用顺序排列好相关用物,备好肾上腺素和凝血酶,有出血时随时应用,配合术者摆好病人体位,消毒、铺巾及完成检查。内科胸腔镜操作过程中镜头碰到胸壁及行胸膜活检时容易引起胸膜反应,本组1例胸膜反应较为严重,术毕患者全身大汗淋漓、面色苍白。立即停止操作,予吸氧、补液,约1 h后症状改善。

3.3 术后护理

3.3.1 一般护理 术后协助患者取舒适体位,以平卧位或半卧位为主,以利于呼吸,鼓励并协助病人进行有效咳嗽和深呼吸运动,有利于积液排出,恢复胸膜腔负压。继续观察生命体征和血氧饱和度至少12 h。术后2 h即可进食清淡易消化、营养丰富的食物。

3.3.2 术后出血 Berry MF等^[4]指出,早预防、早识别和有效管理胸腔镜术后并发症是患者康复的关键因素,护理人员在内科胸腔镜术后的护理观察及措施起重要作用。护士要注意伤口敷料有无渗血、渗液;活检后出血多因富含血管的粘连带撕裂或其他原因的血管损伤所致,发生率约为0.1%左右^[5],多数能自行止血,无需特殊处理。少量的持续出血可使用止血药物;胸腔镜术后应密切巡视,发现胸腔出血及时汇报医生作出处理。活检后气体栓塞、支气管胸膜瘘少见,选择安全的穿刺点和细心操作可避免。

3.3.3 疼痛 伤口、引流管触碰病人胸壁、胸腔内出血皆可引起胸痛。本组患者均主诉有疼痛,尚可忍受,24 h内最为明显。护士应增加巡视次数,协助采取舒适体位,翻身时用手固定引流管,咳嗽时用手按住伤口。及时评估胸痛原因,教会病人有效咳嗽排痰,鼓励其采用放松疗法如听音乐等。若为引流管位置过深,应及时汇报医生,调整引流管深度;若疼痛影响睡眠时,遵医嘱适当给予止痛药。

3.3.4 发热的观察 术后一般有低、中度一过性发热,波

动在37.5℃~38.5℃,很少超过39℃,嘱患者多喝水,2~3 d体温可自行下降。一般认为发热是手术本身和消毒滑石粉炎性反应引起^[4],多数无需特殊处理,只需针对原发性疾病进行治疗。如发热持续不退,胸腔引流液颜色混浊,甚至脓性,应考虑胸膜腔感染的可能,需加强抗生素药物治疗及行胸膜腔冲洗,保持引流通畅。本组有2例术后出现低热,经口服抗生素2 d后体温恢复正常。

3.3.5 胸腔引流及拔管的护理

3.3.5.1 引流管管理 保持胸腔引流管通畅,避免管道过长、扭曲、堵塞、滑脱,影响引流效果^[5]。引流管应每30~60 min挤压1次防止阻塞,妥善固定于床边,运送病人时双钳夹闭。若引流管松脱,应迅速按压置管处胸壁,消毒处理后用凡士林纱布封闭,无菌操作重新置管。水封瓶一般置低于胸部60~80 cm处,尽可能靠近地面。下床活动时引流瓶位置应低于膝关节,任何情况下引流瓶不应高于病人胸腔,以免引流液逆流入胸膜腔造成感染^[6]。注意观察胸腔闭式引流管液面波动情况,及时记录引流液的量、颜色、性质,波动幅度小或无波动,提示引流管可能阻塞,报告医生及时处理。

3.3.5.2 拔管指征 术后72 h引流量<50 mL、水柱波动<2 cm,无气体排出,X线胸片示肺膨胀良好,则夹管24 h后可拔管。如果在术前患者有大量胸腔积液或高度肺不张时,为了避免扩张性肺水肿发生,需要将其封闭、开放交替进行。本组患者术后置管时间最短为1 d,最长19 d,置管中位时间为3 d。其中有1例患者直接缝合皮肤无置管。平均3~5 d即可拔管。拔管前嘱病人深吸气,屏气拔管后立即用油纱布覆盖挤压拔管处伤口,并结扎插管伤口缝线,以防气体进入胸膜腔。拔管后观察患者有无呼吸困难、气促,观察伤口敷料是否清洁干燥,有无渗血、渗液等^[7]。

3.3.6 皮下气肿的观察 部分患者术中或术后出现皮下气肿,多见于皮下组织较为疏松的老年患者。检查颈肩部皮肤有无肿胀或捻发音,发现异常及时报告医生。偶尔会出现胸壁皮下气肿,可能是引流管放置后缝合不严密或胸腔内压力过高,剧烈咳嗽、胸腔内气体经切口进入皮下所致。嘱病人勿用力大便、剧烈咳嗽、屏气等,不需特别处理,几天后可自行吸收。本组3例皮下气肿患者经给予多功能微波治疗1周后,完全吸收。

内科胸腔镜作为一项可操作的安全、有效的微创技术,对不明原因肺部疾病的诊断和治疗具有重要的临床应用价值,医护密切配合非常重要。术前做好充分准备、术中密切配合、术后严密观察病情和精心护理,才能取得满意的诊疗护理效果。Schwarzbach MH等^[8]指出,建立合理规范的胸腔镜围手术期护理临床路径,对患者康复有积极影响,能使疼痛控制良好,导管管理改善,患者住院时间减少,住院成本降低。如何对实施内科胸腔镜术的患者开展循证护理,是我们要进一步探讨的问题。

参 考 文 献

[1] Leshnowar BG, Miller DL, Fernandez FG, et al. Video-assisted thoracoscopic surgery segmentectomy: a safe and effective procedure [J]. Ann Thorac Surg 2010 89(5):1571-1576.

[2] 杨军波. 内科胸腔镜用于诊断胸腔积液的护理体会 [J]. 临床医药 2010, 19(7):68-69.

[3] 侯 磊. 内科胸腔镜检查患者的配合 [J]. 临床肺科杂志 2009, 14(30):426.

[4] Berry MF, D'Amico TA. Complications of thoracoscopic pulmonary resection [J]. Semin Thorac Cardiovasc Surg 2007, 19(4):350-354.

[5] 林翠绒, 张良基. 内科电视胸腔镜检查术的护理 [J]. 临床肺科杂志 2010, 15(8):1209-1210.

[6] 邓红英. 内科胸腔镜诊断不明原因胸腔积液的观察与护理 [J]. 医学临床研究 2010, 27(12):2366-2367.

[7] 姜秀珍, 王建凤. 胸腔镜术治疗胸腔包裹积液的护理 [J]. 护士进修杂志 2009, 24(8):685-687.

[8] Schwarzbach MH, Ronellenfitsch U, Wang Q, et al. Effects of a clinical pathway for video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) on quality and cost of care [J]. Langenbecks Arch Surg 2010, 395(4):333-340.

(收稿日期:2011-12-20 修回日期:2012-02-10)

成人先天性心脏病心内直视手术的护理配合

覃庆华

(广西河池市第一人民医院, 宜州市 546300)

【关键词】 成人先天性心脏病; 心内直视手术; 护理配合

【中图分类号】 R 473.6 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-6575(2012)02-0200-03

成人先心病患者病程较长, 病理情况严重, 临床易继发肺动脉高压、充血性心衰、心律失常等并发症。随着病情的延长, 临床救治困难增加, 并发症发生率也升高^[1], 对手术精度、手术时间要求高, 故成人先心病患者的手术护理配合十分重要。本研究回顾性分析了本院近年收治的 39 例成人先心病患者, 对其救治的手术护理配合做回顾性分析。

1 临床资料

本院 2008 年 1 月至 2011 年 12 月收治的心内直视下手术的成人先天性心脏病患者 39 例, 其中男 22 例、女 17 例, 年龄 19~64 岁, 平均年龄 42.5 岁。39 例患者均采用全麻低温体外循环下心内直视手术, 其中房间隔缺损 15 例, 房间隔缺损合并部分型肺静脉异位引流 1 例, 室间隔缺损 14 例, 室间隔缺损合并三尖瓣关闭不全 2 例, 房间隔与室间隔缺损者行涤纶补片修补术或带垫聚丙烯(prolene) 缝线缝合修补缺损; 左冠状动脉右房瘘 1 例, 主动脉右冠窦瘤破入右室 1 例, 用带垫 prolene 缝合封闭瘘管或修复右冠窦; 三房心合并房间隔缺损 1 例, 经右房入路修复左房畸形并修补房缺; 动脉导管未闭 3 例, 在心内直视下行动脉导管垫片缝闭术; 三尖瓣下移畸形并房间隔缺损 1 例, 行三尖瓣瓣膜重建术加房间隔缺损修补术。术前心电图检查示右束支传导阻滞 5 例, 房颤 5 例, 频发室性早搏 1 例。X 线胸片显示肺动脉段凸出、肺血增多 38 例; 超声心动图检查表明 38 例患者有不同程度肺动脉高压; 均有不同程度的心悸、气促等心功能不全症状。

2 手术配合

2.1 术前准备 手术护士术前应及时访视病人, 了解病情, 建立良好的护患关系, 将心脏手术对患者进行简单的介绍, 让患者减少恐惧感, 树立信心。仔细检查耳、鼻、喉及皮肤有无感染病灶, 嘱病人术前沐浴清洁手术区域的皮肤。手术护士必须参加术前病历讨论和手术方案的制订, 熟悉其病理生理变化及手术要求, 以利于术前做相应的准备。为防止麻醉及手术过程中因呕吐而引起窒息或吸入性肺炎, 接病人入室前一定要询问术前是否确实禁食 12 h。术前常规用药, 东莨菪碱 0.3 mg、鲁米那 10 mg 于术前 30 min 肌肉注射。预防感染是心脏手术成功的重要环节, 必须安排在高效空气净化层的层流手术间内进行^[2]。术前 30 min 应用预防感染药物头孢哌酮钠舒巴坦钠 3.0 g 或五水头孢唑林钠 2.0 g。此外, 术前根据病种、手术方式准备好精密的手术器械、胸骨锯、缝合针线、涤纶补片、除颤仪、微量泵, 配制低温停搏液、生理盐水冰屑, 配制停搏液时特别注意严格的查对制度, 输液瓶壁上必须写清药品及剂量, 配制者二人以上签名。

2.2 术中配合

2.2.1 巡回护士的配合

2.2.1.1 术前应急准备 在病人进入手术室、麻醉师连接好监测系统后, 巡回护士先用套管针迅速建立浅静脉通路以配合诱导麻醉的完成, 之后协助麻醉师建立中心静脉通路和动脉测压通路, 术前抽血标本做血常规、电解质、血气分析检查。成人先天性心脏病患者大多有心功能不全、肺