

46例先天性肺囊性病患儿手术治疗的护理

李艳

(广州中医药大学祈福医院,广东 广州 511495)

摘要 总结46例先天性肺囊性病患儿在胸腔镜下行肺切除术的护理,做好心理护理及术前各项准备,术后严密病情观察,做好管道护理、饮食护理及出院指导。

关键词 先天性肺囊性病;胸腔镜;护理

中图分类号 R473.72 文献标志码 B DOI:10.3969/j.issn.1006-9143.2019.04.023 文章编号 1006-9143(2019)04-0454-02

先天性肺囊性病是临床较为少见的肺发育异常疾病,根据病变组织和胚胎来源的不同分为支气管源性囊肿、先天性肺囊性腺瘤样畸形、肺隔离症、先天性大叶性肺气肿^[1]。手术是先天性肺囊性疾病的主要治疗方法。我院对46例先天性肺囊性病患儿进行胸腔镜下肺切除术,现将护理体会报告如下。

1 临床资料

我院2017年9月至2018年5月收治46例先天性肺囊性病患儿,其中先天性肺囊性腺瘤样畸形28例,肺隔离症11例,其他病变7例(包括先天性肺

发育异常4例,先天性肺囊性变1例,先天性支气管囊肿1例,其他先天性畸形1例),男29例,女17例,年龄2个月~19个月,平均年龄6个月。均在胸腔镜下行肺切除术。住院时间6~17天,平均术后住院时间8天,均痊愈出院,未出现并发症。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 本组病例多为1岁以内的婴儿,除了对患儿的安抚,对家长的心理护理也尤为重要。在患儿入院时护理人员做详细的入院宣教,如:病房环境、主管医生和护士等,讲解各种检查、化验的注意事项、告知手术相关知识,各种治疗和护理措施的意

作者简介:李艳,女,副主任护师,副护士长,本科

合皮肤后对敷料、缝针、手术器械和巡回护士进行面对面的清点,并做好相应的记录,防止异物留在体腔内等不良事件发生。缝针数量多,尤其搭桥术中使用的6-0、7-0、8-0prolene线的缝针细小,器械护士应及时收回使用完的缝针并妥善固定,如将缝针成对固定在泡沫海绵上或者成对放置在针盒里,以便及时核对数量防止丢失。由于冠状动脉旁路移植术的器械精细而贵重,术中使用后及时收回并妥善管理和固定,防止器械掉落而损伤。由于哈巴狗止血夹、冠脉分流栓器械细小,容易遗失,使用后及时收回以防遗留在心脏内,分流栓则及时用生理盐水冲洗干净备用,以防形成小血栓落入冠脉。

2.2.3 术后护理 术后过床注意保护好患者的输液管道、动静脉管道、尿管、心包和纵膈引流管不被脱出,输液泵保持有电,必要时准备氧气袋,与手术医生、麻醉医生一起将患者送回心外ICU,并与ICU护士做好详细的药物和用物交接,针对患者术中出现的情况及术后可能出现的风险告知ICU护士,提高其能动性,降低不可预知的损害性。

3 小结

CABG同期心脏瓣膜置换术是治疗冠心病合并

心脏瓣膜病的有效方法^[6],但由于老年患者病史长,并发症多,使得手术期风险相应增加,所以高质量的护理贯穿手术全过程是手术成功的保证。一切以患者为中心,保障患者护理质量和安全为目标,除了要有扎实的基础外,还要有过硬的技术,术中保持高度集中,视线不离开手术区,及时快速准确的提供术者需要的器械和物品,确保手术顺利进行。

参考文献

- [1] 陈磊,王霄霖,沈振亚.同期行冠状动脉旁路移植术及心脏瓣膜手术99例分析[J].浙江临床医学,2014(4):507-509.
- [2] 刘希红,戴小明,杨意念,等.冠脉搭桥病人术前心理状况及其护理干预效果[J].护理学杂志,2004,19(24):58-59.
- [3] 商莉莉,陆箴琦.术前访视存在的问题及护理管理研究现状[J].护理学杂志,2010,25(18):94-96.
- [4] 赵旭芸,朱小冬,杨锦河,等.巡回护士专科护理小组在心脏手术中的护理配合[J].护理实践与研究,2014,11(11):90-91.
- [5] 杜慧平.提高手术配合工作质量的体会[J].河南外科学杂志,2005,11(2):89-90.
- [6] 陈鑫,徐明,蒋英硕.同期心脏瓣膜手术与冠状动脉旁路移植术81例[J].中国胸心血管外科临床杂志,2006,13(3):158-161.

(2018-12-17收稿,2019-02-03修回)

义和作用。制作术前宣教折页发放给家长。建立同类疾病病友微信群,一些康复出院的家长会在群里分享他们的心得体会,消除患儿家长的顾虑,减轻焦虑、恐惧情绪,积极配合,保证手术的顺利进行。

2.1.2 术前准备 小儿胸腔镜肺切除多为择期手术,术前预防感染,加强患儿营养,使患儿各项生理指标处于良好的状态。先天性肺囊性病常需做影像学检查及心脏超声检查等。患儿因年龄小需要镇静才能完成检查,需要做CT增强的要留置抗高压的静脉留置针,常规禁食禁饮。手术前1日留置两条静脉留置针备用。患儿床旁备好吸氧及负压吸引装置,心电监护仪等。

2.2 术后护理

2.2.1 病情观察 患儿术后6小时取去枕平卧头偏向一侧,6小时后可将床头摇高30°,哭闹剧烈时抱起安抚。与手术室医务人员详细了解术中情况,注意皮肤有无压疮,监测患儿神志及生命体征,特别是面色口唇颜色、血氧饱和度及呼吸的变化。观察胸部呼吸运动是否对称,听诊两侧呼吸音是否对称。患儿需要气管插管行单肺通气,术后注意患儿有无喉头水肿表现,常规给予布地奈德雾化吸入以减轻喉头水肿。小儿因气管软、极易被分泌粘液堵塞,注意保持呼吸道通畅,及时清理气道及口鼻分泌物。术后第2天用震荡排痰机给患儿排痰,促进肺复张。由于术中暴露过久,低温麻醉等可使患儿术后有寒战、体温不升、末梢循环差的表现,故术后注意保暖同时监测患儿体温变化。

2.2.2 管道护理

2.2.2.1 引流管的挤压时间与固定 本组42例患儿留置胸腔引流管,起到引流胸腔内积血、积液、积气的作用。36例患儿引流液为血性及淡黄色液体,未进行常规挤压,未发生堵塞的情况。6例患儿引流液为粘液或残留组织,每4~6小时挤压引流管1次。采用3M弹性柔棉宽胶布10~12cm按高举平台的方法妥善固定胸腔引流管,避免脱出及打折。对烦躁哭闹的患儿,必要时用约束带固定上肢以免抓脱胸腔引流管。对于有多条引流管的患儿,尽量固定在同一侧,心电监护及输液架等亦放置在患侧,方便家长及护理人员护理患儿。

2.2.2.2 引流液的观察 注意观察引流液的颜色、性质及水柱波动情况。本组42例胸腔引流管平均留置天数为3天,第1天引流液量平均为30.53mL,第2天为31.67mL,第3天为18.59mL,前2天引流管波动较明显,第3天引流量明显减少,引流管波动减弱或无波动。患儿无呼吸困难等症状亦属正常现象,表明肺部复张良好。本组患儿引流液开始为血性,后逐

渐转为淡黄色。若引流量多、颜色为鲜红色或暗红色,性质较粘稠、易凝血则疑为胸腔内活动性出血。术后6小时后取半卧位,以利于引流。移动患儿时用止血钳夹闭引流管,床边常规备两把止血钳及凡士林纱块,以防胸管脱出能得到及时处理。42例留置胸腔引流管患儿无一例发生堵管、脱管,无活动性出血发生。

2.2.3 疼痛护理 术后患儿因切口疼痛出现哭吵、躁动会导致气促、血氧饱和度下降等缺氧表现,甚至牵拉管道导致脱落,不利于伤口愈合^[2]。因此,术后注重患儿的疼痛感受,做好术后疼痛评估及疼痛管理非常重要。根据不同年龄采用不同的评估量表来进行疼痛评估。患儿采用FLACC评估量表,通过面部表情、肢体动作、活动、哭叫、安抚有无效果来评估疼痛的程度。另外妥善固定胸腔引流管,避免滑动,术后舒适的体位等均可减轻患儿的疼痛。术后患儿均采用镇痛泵持续镇痛治疗,本组10例患儿出现剧烈疼痛,遵医嘱予追加一次镇痛均可达到良好的止痛效果。术后第2天开始患儿比较安静,较少哭闹。

2.2.4 饮食护理 术后6小时,判断患儿完全清醒才可进食,开始喂少量水,如无呛咳、呕吐等逐渐过渡到正常饮食。术后5例患儿出现腹胀,予中药贴敷患儿脐部,开塞露塞肛,排便后缓解。分析原因与家长给患儿喂奶过多有关,故术后要少量多餐进食,避免腹胀影响呼吸运动。

2.3 出院指导 患儿因手术切除一叶肺常导致其肺功能受到一定的影响,但因患儿处于生长发育阶段,各器官的再生能力较强,通过做呼吸操等锻炼,胸腔镜下肺切除对肺功能的影响会很小^[3]。术后1月,可以通过游泳或轻轻活动手臂达到促进肺扩张的目的。

3 小结

先天性肺囊性病是临床较为少见的肺发育异常疾病,胸腔镜下进行肺切除术日渐成熟。术前对家长做好心理护理,完善相关的术前检查及手术准备是手术成功的前提。术后胸腔引流管的妥善固定及病情的观察尤为重要,能早期发现并发症。疼痛的管理及饮食的护理能促进患儿快速康复。

参考文献

- [1] Puligandla PS, Laberge JM. Congenital lung lesions[J]. Clinics in perinatology, 2012, 39(2): 331-347.
- [2] 刘燕. 小儿先天性肺囊性病围术期护理进展[J]. 齐鲁护理杂志, 2016, 22(6): 56-58.
- [3] 艾燕, 黄伦芳, 曾衡英, 等. 小儿胸腔镜肺切除术的护理[J]. 中国临床护理, 2014, 6(6): 493-495.

(2018-09-10 收稿, 2018-11-28 修回)