

胸腔镜下行肺大泡切除术后加强呼吸道护理干预

韩楠楠

解放军总医院第八医学中心 北京 100089

【摘要】目的：分析术后采取加强呼吸道护理干预对腹腔镜下行肺大泡切除术患者的影响。**方法：**将2019年8月至2021年8月来我院接受腹腔镜行肺大泡切除术的40例患者按奇偶数法分成对照组和研究组，术后分别采取常规护理和呼吸道加强护理，观察预后效果和住院时间。**结果：**研究组患者在呼吸频率、血氧饱和度、肺通气功能等指标对比中均显著优于对照组；住院时间短于对照组患者，各项指标对比差异明显，均具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。**结论：**针对肺大泡切除术患者术后采取加强呼吸道护理干预可有效提升手术治疗效果，促进呼吸功能和肺通气功能恢复，有助于帮助患者在较短的时间内恢复健康，临床价值确切，具有推广意义。

【关键词】：胸腔镜；肺大泡切除术；呼吸道护理；干预效果

引言

肺大泡切除术一般是针对如下三类人员开展的临床治疗方法：（1）肺实质正常但肺大泡体积超过胸腔容积三分之一，且由于肺大泡过大而导致患者出现肺呼吸功能降低，产生胸闷、气短、呼吸困难等临床体征患者；（2）单侧肺大泡占据胸腔体积超过二分之一的巨大型肺大泡，且对周围肺组织造成持续损害；（3）肺实质发生病变，如肺大泡感染、流血、破裂及肺大泡出现占位性病变如肺部肿瘤、肺癌等患者。肺大泡切除的主要作用是增加肺组织的呼吸面，降低气道阻力而使通气量增加，从而改善患者胸闷、气短、呼吸困难等症状。

1 资料与方法

1.1 基础资料

选取2019年8月至2021年8月期间来我院接受腹腔镜行肺大泡切除术的40例患者为研究对象。采取数表法为患者进行编号，按照数字奇偶性将所有患者分成两组，每组含20例患者。奇数号患者为对照组，该组患者性别比例为男13例、女7例，年龄区间23-59岁，平均年龄（ 34.15 ± 2.46 ）岁，体质量49-71kg，平均（ 59.67 ± 4.83 ）kg，手术原因：巨型肺大泡5例、肺部感染6例、肺气肿5例、肺癌4例。手术位置：左侧肺大泡13例、右侧肺大泡7例；偶数号患者为研究组，该组患者性别比例为男15例、女5例，年龄区间25-63岁，平均（ 35.07 ± 2.13 ）岁，体质量52-70kg，平均（ 58.89 ± 5.16 ）kg，手术原因：巨型肺大泡6例、肺部感染6例、肺气肿5例、肺癌3例。切除部位：左侧肺大泡11例、右侧肺大泡9例，经统计学软件综合分析对比，两组患者基线资料呈均衡性特点，不具备统计学意义。

1.2 选取标准

纳入标准：（1）所有患者均符合手术指征，临床资料详实具体，经前期协商患者均对研究知情且表示全程配合；（2）手术过程顺利，术后生命体征平稳，术中及术后无严重并发症；（3）患者认知功能正常，意识形态无障碍性表现；排除标准：（1）免疫缺陷、凝血功能紊乱、合并躯体重大感染等不符合手术指征的患者；（2）近期接受过外科手术史患者；（3）合并肝、肾、心脏等重大组织器官严重病变患者；（4）手术不耐受或对手术期间所用药物敏感患者。

1.3 方法

两组患者术前均行胸腔闭式引流，麻醉途径统一选择为均经双腔气管插管麻醉，术式相同，术前均对患者采取健康宣教，讲解该术式的发展情况及取得的临床成果，增强患者的治疗信心，与患者建立良好沟通，耐心讲解手术中及手术后可能出现的不良反应以及临床应对办法，使其从生理和心理两方面都做好充足的准备，避免过度恐慌。研究组患者在此基础上术后加强呼吸道护理管理，具体包含如下内容：（1）体位护理。术后协助患者采取平卧姿势，指导其头部向一侧偏，待麻醉清醒后适当抬高床头，使患者处于易于呼吸的半坐卧位或坐位，促进胸腔内闭式引流顺畅，与此同时，密切关注患者血压、心率、脉搏及呼吸频率等生命指标。（2）吸痰。术后密切关注患者口腔分泌物状况，及时为患者采取吸痰干预，避免痰液误吸，吸痰操作由年资较长的护理人员执行，避免因护理人员操作手法不灵活对患者支气管残端造成损伤；（3）持续低流量吸氧辅助治疗。该术式在执行的过程中会对周边肺组织形成压迫，部分老年患者本身存在气道功能减退，因此术后易导致肺张力降低，增

大低氧血症和肺部感染的几率，增加后续治疗的复杂程度。为有效预防该类并发症的发生率，对本组患者采取 24h 持续低流量氧疗进行辅助治疗，方式为鼻饲吸氧，氧流量为 4L/min，根据患者血气指标适当调整流量参数，确保血氧饱和度维持在 90% 以上。（4）镇静镇痛。术后患者普遍存在剧烈的疼痛感，且肺大泡切除后，肺部创伤会导致患者短期内的呼吸、咳嗽、翻身等功能受到限制，进而诱发支气管分泌物潴留，容易导致患者产生焦虑不安的心理状态，因此给予镇静镇痛类药物进行干预可减轻患者痛苦，帮助患者休息，促进康复。（5）雾化治疗湿化气道。将托涅安和沐舒坦混合液制成雾化药剂，对患者进行 2 次/d 的雾化治疗，且与雾化后及时给予患者温清水漱口，维持口腔清洁。（6）康复训练。麻醉清醒后在患者生命体征平稳的基础上协助其进行肢体屈伸运动，以轻柔的动作帮助患者翻身，增强肺部张力，促进肺部通气功能恢复。

1.4 观察指标

治疗后对两组患者的呼吸频率、血氧饱和度和肺通气功能进行测评，评价不同护理管理的效果。观察两组患者的住院时间。

1.5 评价标准

平静状态下正常呼吸频率为 12-20 次/min, 超过 24 次/min 为呼吸过速，低于 12 次/min 为呼吸过缓。正常人体动脉血的血氧饱和度为 98%，静脉血的血氧饱和度为 75%。当血氧饱和度低于 94% 时即可判定为机体血液中供氧不足，血氧饱和度低于 90% 提升机体存在低氧血症。临床多以第一秒用力呼气量（FEV1）占用力肺活量（FVC）的比值和 FEV1 率预计值进行肺通气功能测定。其中，肺通气功能正常：FEV1/FVC>70% 且 FVC>80%；轻度阻塞：FEV1/FVC<70% 且 FEV1 率 60-79%；中度阻塞：FEV1/FVC<70% 且 FEV1 率 40-59%；重度阻塞：FEV1/FVC<70% 且 FEV1<40%。

参考文献：

- [1] 谭秀萍,朱梅,张娉.胸腔镜下肺大泡切除术 3 例的护理体会[J].中国社区医师,2017,33(6):119-120.
- [2] 张敏,李静.胸腔镜下肺大泡切除术的手术护理[J].医学美容美容 2020,29(22):166.

2 结果

2.1 呼吸频率、血氧饱和度、肺通气功能对比

结合 1.5 标准可知，研究组患者呼吸频率、血氧饱和度、肺通气功能均显著优于对照组（P 均<0.05），见表 1。

表 1 不同护理干预下两组患者呼吸频率和血氧饱和度对比

组别	呼吸频率 (次/min)	血氧饱和度 (%)	肺通气功能正常
对照组 (n=20)	22.32±2.14	89.67±3.91	7 (35.00)
研究组 (n=20)	18.19±1.67	95.41±4.13	13 (65.00)
χ^2	5.186	7.162	7.943
P	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 住院时间

研究组患者住院时间最长的 7d，最短 5d，平均 5.5d，对照组患者住院时间最长 11d，最短 8d，平均 9d，组间住院时间数据对比差异明显，具有统计学意义（P<0.05）。

3 讨论

近几年，腹腔镜在临床外科手术中的应用率逐渐提升，规避了传统术式创口大、易感染、不利于恢复的缺点，使更多的手术患者得到了较好的治疗。但作为一种侵入式操作，其受到技术熟练度、操作规范等因素的影响也会导致一些并发症的出现。如在肺大泡切除术中，腹腔镜路径开展手术已成主流趋势，但在手术过程中，腹腔镜探头的置入会对切除部位周围的肺部组织形成压迫而使一些患者出现肺张力下降的情况，由此导致术后呼吸不畅、痰多、肺呼气功能下降，使手术效果大大折扣。因此基于术后常见的呼吸道并发症采取对应的加强护理干预尤为重要。