

199 例高龄患者肺癌根治术围手术期护理经验总结

黄卫平 林艺婵 郑泽华^{通讯作者}

(中山大学孙逸仙纪念医院胸外科)

摘要:目的:探讨围术期护理干预对预防老年肺癌患者胸腔镜术后肺部并发症的重要意义。方法:通过对我科就诊老年肺癌患者进行系统的围手术期护理,总结围术期护理干预措施对老年肺癌患者胸腔镜术后肺部并发症的效果。结果:在此期间的手术患者均取得满意的效果,没有出现死亡及重大不良预后事件,患者均恢复良好,生活质量得到明显改善。结论:系统的围术期护理对减少老年肺癌患者胸腔镜术后肺部并发症和提高患者生活质量有重要作用。

关键词:胸外科;电视胸腔镜;围手术期护理;老年患者

电视胸腔镜手术是近 30 年来外科领域最具创新性 & 影响力的新技术之一^[1],从最初经典的三孔胸腔镜,通过针刺和两孔胸腔镜,最终到单孔胸腔镜,VATS 技术随着影像系统和胸外科技术的发展而取得了长足的进步,已成为胸外科的主要手术方式^[2]。和传统的开胸手术相比,具有手术创伤小、术后恢复快、住院时间短、术后疼痛较轻等优点,但术后肺部并发症的发生是不容忽视的一个方面,对于老年患者而言,全身器官功能处于衰老的状态,并常合并如高血压、糖尿病、冠心病等其他系统疾病,术后并发症的发生与患者的预后息息相关^[3]。通过对我科就诊的老年肺癌患者进行系统的围术期护理干预,手术及术后均取得满意的效果,患者恢复良好,无出现重大不良事件,生活质量得到明显改善。

1 原始资料

选取本院 2023 年 3 月至 2023 年 6 月实行电视胸腔镜老年肺癌手术患者。纳入标准:(I) 年龄>60 岁;(II) 术前/术中/术后病理活检诊断为肺癌;(III) 无肿瘤侵袭或远处转移的证据;(IV) 能够耐受胸腔镜手术;(V) 胸腔镜肺癌切除术。

2 结果

所有符合准入标准的手术患者均取得满意的手术效果,没有出现死亡及重大不良预后事件,患者均恢复良好,生活质量得到明显。

3 护理经验总结

3.1 手术前护理

3.1.1 入院系统评估

患者在办理入院时,由医生和护士共同协作,合理选择有用的国际评分表,如外科患者血栓风险评估与预防记录表、跌倒风险评估量表、营养风险筛查及干预表、基本生活活动能力评估单等,对包括患者的心脑系统、呼吸系统、消化系统、泌尿系统、神经系统、运动系统等风险因素指标进行评估,这些评估的要点在于对除患者肺部本身疾病以外的其他可能造成患者围手术期不良事件的发生因素做一个有效评估,根据评分结果,对于高危患者,在术前、术中和术后护理上应重点关注,制定个体化、系统化的护理干预措施并严格执行。

3.1.2 完善术前准备

手术前的准备工作对成功的手术至关重要,护士的工作意义不在于单单为手术备皮、备物、肠道准备和送手术三查七对,更应该全程参与手术患者的医疗管理。我们要求管床护士参与医生的早交班、跟查房,并对患者的基

本资料,如血压、心率、指尖血氧饱和度、血常规、尿常规、粪便常规、肝肾功能、生化指标、血糖水平、凝血功能、心脏超声、胸部 X 线、胸部 CT 平扫与增强、心电图、肺功能等有个初步的掌握,尤其对于异常指标要及时记录并和主管医生进行交流,在护理记录描述医生对于异常指标的处理措施,并及时反馈处理结果。

3.1.3 术前呼吸功能锻炼

老年肺癌患者以男性占多数,并且和吸烟息息相关,术前有效的戒烟对于术后并发症的预防具有非常重要的意义。因此,我们护理上格外注重围手术期呼吸道的管理。在入院时,会详细询问患者的吸烟病史(年限、数量/天、种类等)及临床症状,对于合并肺炎、慢性支气管炎和 COPD 等呼吸系统的老年患者,术前通常会给予抗感染和雾化祛痰治疗;同时安排专科护士指导患者及家属正确拍背和有效的咳嗽、排痰,必要时还会请呼吸内科,共同制定术前方案从而更好的改善患者的呼吸功能。同时,我们会不定期进行义诊,专科护士主要负责普及吸烟产生的危害,对那些已经发现肺部结节,拟行手术治疗的吸烟患者,进行戒烟宣教或至少术前戒烟 4 周,为术后的快速康复打下扎实的基础。

3.1.4 术前营养风险评估

老年肺癌患者发生营养不良和代谢紊乱的概率较高,主要由于肿瘤的高代谢、高消耗导致患者的体重下降明显,营养问题会影响治疗的依从性和手术疗效,从而影响患者的预后^[4]。参考《住院患者营养风险筛查及干预表 2002》评分结果,大于 3 分者即评估为需要营养支持,这就需要进一步进行综合评估,了解营养不良的原因及严重程度,及时给予营养干预。通常对于此类患者,我们会及时告知医生并请营养科会诊,建议患者进食鱼虾蛋白等优质蛋白的食物,同时服用青菜等膳食纤维,保证大便通畅;鼓励患者家属协同管理,增加治疗的依从性;对于一些基础条件差的患者,会考虑留置中心静脉导管、胃管/空肠管,给予静脉营养、肠内营养,术后再次进行评估,尽早拔除留置管道,鼓励早期经口进食。给予营养支持治疗时,应及时准确把握患者的病情变化,对可能出现的并发症,如胃潴留、腹胀、腹泻、呕吐、便秘、腹泻等要有预见性的进行干预。

3.2 手术后护理

3.2.1 基本生命体征监控

监测患者基本生命体征(心率、血压、血氧饱和度、呼吸频率),我们护理过程中发现,术后返室的患者出现最多的心率

失常为窦性心动过缓(心电图提示心率小于50次/分),其他生命体征平稳,此时要求责任护士及时讲情况报告给主管医生,一般考虑为麻醉药物的代谢较慢,出现轻微的心脏抑制,通过唤醒患者、停用镇痛泵等措施,随着麻醉药物的逐步代谢,心率也会逐渐恢复正常;对于顽固性的心率失常,必要时需要请心血管内科会诊,协助治疗。

3.2.2 术后活动

对于无明显不适且心电监测正常的患者鼓励其尽早离床活动。一般我们在术后6h就将床头稍抬高至30°左右,并鼓励患者在床上进行积极的肢体锻炼,应用气动泵按摩肢体,术后24h会协助患者在床旁进行活动,以逐步恢复患者的自主活动能力,因为这些措施可以防止深静脉血栓的形成并促进患者肢体的早期恢复,在患者活动过程中,监测患者的呼吸、心率,以不超过其日常心率的150%为适宜。

3.2.3 术后营养

对于无明显消化道不良反应且心电监测正常的患者应该早期提供肠内营养。术前禁食一晚开始禁食,手术当天使用5%GNS 500毫升维持患者的基本能量供应;手术结束后,当患者没有腹胀或腹泻等不良消化道反应时,我们鼓励患者术后6h即可开始进少量白开水、果蔬汁、清淡稀粥等全流质膳食,术后24h即可开始半流食饮食,如青菜粥、水果、蔬菜、酸奶、面条等易消化吸收的为主,根据患者肠道恢复情况,逐步过渡到普食。同时还可适当口服肠内营养制剂、蛋白粉等,以保证机体摄入足够的营养。术后早期开始肠内营养的主要目的不是为了给患者提供足够的能量和营养,而是尽早安全有效的恢复患者正常的胃肠道功能、促进肠道菌群的建立,有利于患者术后早期健康恢复。

3.2.4 术后呼吸功能锻炼

术后防止早期肺不张,鼓励患者积极咳嗽咳痰,保持呼吸道通畅,并吸入氧气以维持病人的基本呼吸功能。我们护理过程中发现老年患者术后痰多且浓稠,并且很多患者因为术后疼痛而拒绝主动咳嗽、咳嗽无力,造成指尖血氧饱和度下降,鼻导管吸氧不能改善,必要时插入鼻咽管,保持上呼吸道通畅;如果患者有呼吸衰竭的迹象,必须及时提供重症监护、机械通气、尽早进行纤维支气管镜吸痰。

3.2.5 术后管道维护

保持管道通畅和洁净。老年肺癌患者术后通常携带两种管道,胸腔引流管和中心静脉置管。术后护理要点在于,应准确标记各个管道的部位、置管时间和置管深度,做好管道的维护。对于中心静脉置管的护理,早期病人回室我们首先应该检查管道是否通畅,这是测量中心静脉压的唯一管道,结果的准确性将直接影响医生对患者容量的判断;同时中心静脉置管也是术后发热发生的一个重要因素,要求我们勤换药和更换敷料,保持穿刺部位的干洁,每次操作前后严格遵守无菌原则,输液完毕,肝素帽及连接处用无菌纱布包裹,妥善固定于胸壁上,避免脱管,造成大出血、感染等严重不良后果;对于胸腔闭式引流管的护理,早期应严密观察胸腔引流管中引流液的数量、性质和颜色,观察引流瓶的水柱中有无气泡溢出;患者能下床活

动后,应做好患者和家属的宣教,包括协助患者携管活动,避免引流瓶倾倒、引流管卷曲甚至脱管,从而避免造成伤口感染、血气胸等严重后果。

3 总结

近年来,肺癌的发病率不断上升,尤其新冠疫情结束后,越来越多的人因呼吸系统症状(发热、咳嗽、咳痰、胸痛等)就诊,随着低剂量胸部CT平扫的普及,这大大增加了肺癌的检出率。根据《临床医学癌症杂志》最新发表的2023年美国癌症报告数据显示,肺癌在人群中的患病率高居第二位,死亡率牢牢占据第一,其与20世纪以来烟草的广泛流行息息相关,在统计的127070例死于肺癌的患者中,高达81%(103000例)是由直接吸烟导致,3%(3560例)是由长期接触二手烟导致^[5]。在我国,肺癌目前依旧是发生率和死亡率最高的癌症,国家癌症中心《2014年中国肺癌发病和死亡分析》一文指出,男性肺癌的发生率(74.31/10万)远高于女性(39.08/10万)^[6,7]。因此,全国各家医院肺癌手术量也是日益增长,目前胸腔镜手术是治疗肺癌的流行术式,相比较传统的全开胸或半开胸手术,具有非常多的优点,即照顾到患者的伤口美观程度,又不影响手术效果,术后恢复快,对身体的损伤小。但是胸腔镜手术的操作具有很高的技术难度,尤其是单孔胸腔镜手术,需要成熟的有经验的外科医生和麻醉医生相互配合,也需要优秀的护理团队贯彻围手术期的悉心护理。现代医疗理念强调医护、患者和家属相互协作,系统的围手术期护理能提升患者就医体验和满意度,增加患者对医护的信任,这大大提高了治疗的依从性和术后的快速康复,减少住院时间、降低术后并发症的发生、减少住院花费。

参考文献:

- [1]Grossi S, Cattoni M, Rotolo N, et al. Video-assisted thoracoscopic surgery simulation and training: a comprehensive literature review. BMC Med Educ. 2023 Jul 27;23(1):535.
- [2]Diao H, Xu L, Li X, et al. Comparison Results of Three-Port Robot-Assisted and Uniportal Video-Assisted Lobectomy for Functional Recovery Index in the Treatment of Early Stage Non-small Cell Lung Cancer: A Propensity Score-Matched Analysis. Ann Surg Oncol. 2023 Dec 17.
- [3]张雨,韩悦,朱倩梅等.老年患者电视胸腔镜手术后肺部并发症的危险因素分析[J].基础医学与临床,2023,43(12):1847-1851.
- [4]Li D, Yuan X, Liu J, et al. Prognostic value of prognostic nutritional index in lung cancer: a meta-analysis. J Thorac Dis. 2018 Sep;10(9):5298-5307.
- [5]Siegel RL, Miller KD, Wagle NS, et al. Cancer statistics, 2023. CA Cancer J Clin 2023;73:17-48.
- [6]郑荣寿,张思维,孙可欣等.2016年中国恶性肿瘤流行情况分析[J].中华肿瘤杂志,2023,45(3):212-220.
- [7]孙可欣,郑荣寿,曾红梅等.2014年中国肺癌发病和死亡分析[J].中华肿瘤杂志,2018,40(11):805-811.