维普资讯 http://www.cqvip.com

参 考 文 献

1. 狄青怀，马云清，方连法. 地方甲状腺肿与心血管的关系. 见：马霄，主编. 30000例地方甲状腺肿外科治疗. 西安：陕西科学技术出版社，1983. 39－57.
2. 王怀经. 颈部. 见：徐恩多，主编. 局部解剖学. 北京：人民卫生出版社，1998. 21－45.
3. 路 涛. 正常血压的形成与调节. 见：余振球，马长生，赵连友，洪昭光，主编. 现代心力衰竭诊断治疗学. 北京：人民军医出版社，1997. 263－266.
4. 崔吉君. 并发室性心律失常的心力衰竭. 见：侯应龙，杜日映，主编. 现代心力衰竭诊断治疗学. 北京：人民军医出版社，1997. 263－266.
5. 龚丰生. 原发性高血压. 见：陈灏珠，主编. 内科学. 北京：人民卫生出版社，1998. 224－237.

（收稿：2001-04-16）

·个案与短篇·

电视胸腔镜肺部手术病人的护理

杨丽君* 张书芳*

电视胸腔镜手术（VATS）是近几年来应用先进医疗技术设备开展的一种全新的手术方式，与以往传统的开胸手术相比较，它具有创伤小、痛苦轻、术后恢复快、疗效可靠、切口小符合美容要求等优点，受到了胸外科医生的青睐和病人的欢迎。本文自2000年3月～8月共行胸腔镜手术10例，现将护理体会总结如下：

一、临床资料

本组患者10例，全部为男性，年龄23～72岁，其中VATS肺大泡缝扎术7例，肺部肿块VATS活检1例，血气胸VATS探查术1例，结核性脓胸VATS胸膜剥脱和清创术1例。

二、术前护理

1. 呼吸道准备：①戒烟：吸烟会使术后痰多粘稠，难以咯出，增加呼吸道并发症的发生机会，所以我们劝告和监督病人术前严格戒烟两周左右。②预防和控制呼吸道感染：注意保暖，避免感冒，加强口腔卫生护理，给有效抗生素及雾化吸入，控制支气管炎症，解除支气管痉挛，减少呼吸道分泌物。③呼吸功能的锻炼：指导病人正确的咳嗽体位和方法，训练作深呼吸运动，为术后有效预防肺部并发症打下良好基础。采用正确的咳嗽、排痰方法可预防和减少由于缺O_2、CO_2储留、感染、分泌物不易排出等原因造成的肺功能损害和肺部炎症，而深呼吸运动可使呼吸肌群受到刺激，膈肌力增强，改善死腔通气，防止肺泡萎陷，有效清除气道分泌物，保障有效通气，预防肺部感染。

2. 协助医生做好病人的各项辅助检查：比如胸透、胸片、CT、B超、心电图、肺功能测试各种化验检查等，为手术的顺利进行铺平道路。

3. 心理护理：由于胸腔镜手术在我国尤其是在我院开展的时间不长，很多人不甚了解，对手术的危险性、疗效及费用等问题存在顾虑。针对这些问题，我们实施了相应的心理护理，向病人及家属详细介绍胸腔镜手术在国内、外的发展状况，仔细讲解手术的操作方法、步骤，与一般开胸手术比较，优缺点以及可取得的确切疗效，彻底打消心理顾虑，全力配合医护工作。

三、术后护理

1. 严密观察生命体征变化：监测BP、P、R、心电、SPO_2，常规给予O_2吸入，麻醉未清醒前给平卧头偏一侧，保持呼吸道通畅、病情平稳，完全清醒后即改30°斜坡位。

2. 注意保持胸腔闭式引流的通畅：每一小时挤压引流管一次，观察水封瓶水柱波动情况，防止管道阻塞、折叠和扭曲，观察并记录胸腔引流液的性质及量，注意有无气体溢出，术后常规记录24h胸引量，如有异常情况，及时通知医生。

3. 术后止痛：患者因怕痛而不敢咳嗽，导致气管、支气管内分泌物不是排出，严重者导致肺不张、肺炎，同时疼痛可使潮气量下降，呼吸频率加快，并抑制自发深呼吸，加重肺泡通气不足，我们采用杜冷丁50～100mg肌注止痛，效果好。胸腔镜手术病人多可于术后24h内停用麻醉止痛药。

4. 加强肺功能锻炼促进肺复张：胸腔镜术中，单侧肺通气，患侧肺萎陷，由于术中肺组织的牵拉及麻醉插管的刺激可致呼吸道分泌物增加，易造成术后肺不张和肺部感染，所以术后在充分止痛的基础上鼓励病人尽早坐起有效咳嗽，排痰有利于肺的膨胀及胸腔内积气、积液的排出。痰液粘稠不易咳出者可给超声雾化吸入，4～6次/日。胸腔镜手术损伤小、疼痛较轻且手术不切断肋间神经，因此，一般在手术后6～8h，病人神志清、病情稳定，即可取半卧位或坐位进行叩背，咳嗽、咳痰，同时指导作深呼吸运动，术后第2天可进行吹气球等呼吸功能锻炼。本组病人术后恢复良好，无一例发生肺不张或肺炎。

参 考 文 献

1. 陈鸿义. 现代胸腔镜外科学. 北京：人民卫生出版社，1997. 2－60.
2. 张月华. 自发性气胸行胸腔镜肺大泡结扎法的治疗及护理. 实用护理杂志，2000，2：27.

（收稿：2001-04-02）

* 作者单位：450041 河南省郑州市长城铝业公司总医院ICU