

■ 专科护理

肺动脉内膜肉瘤术后患者的护理要点

□李 宁

护理要点

体位摆放

患者进行右全肺切除术后,呼吸功能受限。此时,应确保呼吸道通畅,做好氧疗评估工作,并给予高流量氧气吸入。术后,患者宜采取半卧位。此体位可使膈肌下降,

胸腔容积增大,有利于肺通气。另外,也可采取四分之一术侧卧位,在背部、臀部和腿部垫上软枕。需避免过度偏向术侧卧位,以防引起纵隔移位、大血管扭曲,进而导致呼吸循环异常。同时,应避免

让患者采取健侧卧位,以免健侧肺受到压迫,导致肺部通气功能受限,还可防止术侧胸腔内渗液浸入支气管残端,影响愈合。术后,术侧卧位与半卧位应交替进行,以术侧卧位为主、半卧位为辅。

胸腔引流管的护理

患者留置胸腔闭式引流管的目的是引流胸腔内的积气、积液,同时发现各种并发症。术后,患侧胸腔会形成一个空腔,此时需放置一根胸腔闭式引流管,并使其处于钳闭状态,从而使患侧逐渐被渗出的血性胸腔积液填充。护理人员

应根据胸腔积液的量来调节引流管的开闭,以维持胸腔内两侧的压力平衡,防止纵隔移位。有时在术后1日~2日内,若胸腔积液渗出过多、过快,导致纵隔被推向健侧,影响呼吸和循环时,应开放夹住的胸腔引流管,缓慢放出部分胸腔积液,直至纵隔逐渐恢复至原位。

在护理过程中,护理人员要确保引流管通畅,防止引流管扭曲、阻塞、滑脱。同时,要密切观察患者有无呼吸困难、气管是否居中。若发现患者呼吸困难、气管偏向健侧,需立即通知医生,结合相关检查明确胸腔积液情况,开放引流管进行排液减压,促使两侧胸腔压力恢复平衡。

肺康复护理

1.缩唇呼吸训练:指导患者双手交叉置于腋前,用鼻吸气,感受胸廓充分扩张,屏气2秒~3秒,然后缩嘴如吹口哨状,将气体缓慢呼出。呼气时间应长于吸气时间。规律练习,每天3次~5次,每次10分钟。

2.腹式呼吸训练:协助患者取平卧位,一只手放于胸前,一只手放于腹部。吸气时腹部鼓起,胸部

尽量保持不动;呼气时缩唇,缓慢呼气4秒~6秒,同时稍用力按压腹部,使其尽量回缩,屏气1秒~2秒。每日3次,每次10分钟。

3.有效咳嗽训练:有效咳嗽可预防术后肺炎、肺不张等并发症,指导患者深呼吸,然后屏气片刻后用力咳嗽(利用腹肌强烈收缩增加负压)。避免仅喉头振动引起的无效咳嗽。痰液黏稠者,给予每日3次的雾化吸入,稀释痰液。雾化吸

入后或需排痰时,护理人员可由下向上,由外向内叩击患者的背部,或者于吸气末在胸骨上窝稍用力向内压迫气管,刺激气管引起咳嗽反射,使痰液排出。

4.吹气球训练:协助患者坐直,用鼻子缓慢吸气,尽量让腹部鼓起,用嘴均匀呼气,缓慢吹气球,尽量延长吹气时间。重复8次~10次为一组,每日练习2组~3组,有助于肺泡扩张、肺容积恢复及通气功能改善。

心理护理

患者在术后难以接受自己一侧肺被全切的现实,这是由于术前未做好充分的心理准备,对肿瘤预期采取回避态度,从而表现出焦虑和预感性悲哀。预感性悲哀是个体在预期可

能发生的重大丧失之前,提前体验到悲伤、焦虑等复杂情绪反应。

护理人员应及时对患者进行心理评估,认真倾听患者的诉求,鼓励患者适量活动,与病友交流,以减少不良情绪。因此,心理支持不容忽

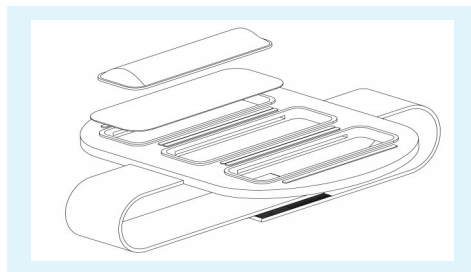
视。家人和医护人员应给予患者关心和鼓励,必要时可寻求心理医生的帮助,帮助患者树立战胜疾病的信心,积极配合治疗和康复。

(作者供职于河南省胸科医院)

案例分析

36岁的女性患者1年前无明显诱因突发一过性晕厥,伴胸闷症状,随后前往医院进行肺动脉占位摘除术,术后病理考虑为动脉内膜肉瘤,但未进行进一步治疗。前不久,患者再发一过性晕厥伴胸闷症状,遂到我院接受治疗。肺动脉CT(计算机层析成像)血管造影检查结果显示:肺动脉主干、右肺动脉主干及其部分分支、左肺动脉主干存在充盈缺损。PET-CT(正电子发射计算机断层显像)检查结果表明:右肺动脉主干至右肺各叶段肺动脉起始部以及左肺动脉主干起始部代谢增高。结合肺动脉CT血管造影检查结果,综合判断为肿瘤性病变。医生完善术前相关检查,择期在全麻体外循环下为患者实施了正中切口肺动脉肿瘤切除术、肺动脉人工血管置换术、右全肺切除术、胸膜粘连松解术以及心包剥脱术。术后病理报告结果显示:肺动脉内膜肉瘤。术后,患者生命体征平稳,恢复良好,未发生相关并发症。

小发明



穿戴式患者腹部加热理疗带整体结构示意图

技术背景

患者在接受手术治疗时,难免会产生紧张情绪。这种紧张情绪可能受医院环境、对手术过程和结果的担忧等多种因素影响。紧张情绪会引发人体一系列生理反应,其中包括交感神经系统的激活。交感神经系统被激活后,会促使血管收缩,以减少热量散失,为应对可能的应激状况做准备。这种血管收缩可能会让患者感觉身体发冷。因此,需要设计一种穿戴式患者腹部加热理疗带,对患者进行保温,以维持其身体的正常生理功能,避免因局部身体受寒而增加患者在手术过程中的疼痛感和不适感。

创新内容

穿戴式患者腹部加热理疗带包括理疗带本体,且理疗带本体的两侧设置有约束带,其特征在于:理疗带本体沿其厚度方向贯穿设置有理疗孔,理疗孔上方覆盖柔性加热件。理疗孔与柔性加热件之间形成了用于加热的腔体。柔性加热件与理疗带本体之间设置有限位件。该限位件用于限制柔性加热件相对于理疗孔的位移。理疗孔与柔性加热件之间设置有承托网,且承托网的边沿穿过限位件后向外延伸出腔体。承托网与柔性加热件之间的区域形成容纳腔。该容纳腔用于放置中药包。

有益效果

1.患者在手术时可将该理疗带佩戴在腹部,通过柔性加热件对腹部组织进行加热,从而达到为患者保温的效果。同时,柔性加热件下方设置有中药包,借助热力作用使药物成分渗透至皮肤组织,达到温通经络,促进气血流通的效果。

2.理疗带能够根据患者的体感变化,相应地调整中药包、柔性加热件与患者皮肤组织之间的距离,以确保患者被加热部位的舒适度。

3.当患者被加热部位出汗时,应确保承托网下方空间与外界保持空气流通。这样一方面可起到降温作用,另一方面能将承托网下方空间内热气体中夹杂的湿气一并排出,提升被加热部位的舒适度。

(作者供职于河南省中医院)

一种穿戴式患者腹部加热理疗带

□李晶晶 文/图

微创无痕 千例见证

——洛阳市第一人民医院(中州院区)普外科单孔腹腔镜技术发展报告

本报记者 刘永胜 通讯员 徐建军 张诣雪 李瑜琪

他们都是普外科精湛技术的受益者



单孔腹腔镜手术进行中

张诣雪/摄

“精益求精是本职,造福患者是根本!”在洛阳市第一人民医院(中州院区)1号楼2楼,谈及普外科

的诸多佳绩,赵志鸿动情地说。青海省的张女士是普外科精湛技术的受益者之一。入院前,张

女士反复出现上腹胀痛的症状,饭后尤其难受。经检查,发现她的胃里竟藏着一颗巨大的结石。张女士曾尝试过偏方,也尝试过药物治疗,但均未取得明显效果。不久前,张女士来到儿子工作的洛阳市,经人介绍到洛阳市第一人民医院(中州院区)普外科就诊。面对这个巨大的结石,洛阳市第一人民医院(中州院区)多学科团队进行了详细评估,赵志鸿团队果断决定采用单孔腹腔镜微创手术方案。该手术仅需在腹部开一个约2.5厘米的小孔,通过精密器械精准切开胃壁,成功取出一颗5.0厘米×8.0厘米(相当于一个鸭蛋大小)的巨大胃结石。术后,张女士恢复迅速,困扰她半年的腹胀症状彻底消失。

高龄患者范老先生的就诊经历也颇具代表性。范老先生长期遭受大便异常的困扰,曾多次出现

排便次数增多、大便不成形等症状,但他并未及时就医,直至症状加重才到医院寻求治疗。经过肠镜检查与病理分析,范老先生被确诊为直肠癌。经充分术前准备,赵志鸿团队在全麻下为范老先生进行“单孔+1”腹腔镜直肠癌根治术,仅通过两个小孔便顺利完成了肿瘤根治性切除。整个手术过程出血量少,且未出现并发症,充分彰显了微创技术的独特优势。术后第二天,范老先生便能在医护人员的协助下自行下床活动。术后第七天出院时,范老先生赞叹道:“真没有想到,通过这么小的切口就能把肿瘤切除!”

2024年12月,45岁的王女士因持续半个月上腹隐痛前来就医。经详细检查,她被确诊为胃窦低分化腺癌。赵志鸿团队认真分析了王女士的各项检查结果,充分考虑

了她的年龄、肿瘤的具体情况(位置、大小及分期)以及她对术后美观的期望,在全麻下为王女士实施了“单孔+1”全腹腔镜远端胃癌根治术。该手术巧妙地利用了人体天然的“瘢痕”——肚脐,能够有效隐藏手术切口,实现手术区域的“无痕化”,兼具微创与美容效果。手术用时3.5小时,术中出血量为50毫升,脐部切口长约4厘米。术后,王女士恢复顺利,康复出院。

赵志鸿说,目前,该科室已常规开展单孔腹腔镜胆囊切除术、单孔腹腔镜阑尾切除术、单孔腹腔镜疝修补术、单孔腹腔镜肝切除术、“单孔+1”胃肠道肿瘤手术等,并逐步向肝胆、胃肠肿瘤等复杂手术领域拓展。同时,科室开展的食管裂孔疝无张力修补术、胃窦低分化腺癌微创旋切治疗、甲状腺射频消融等新技术,均取得了良好效果。

铸就普外品牌,享誉省内外

近年来,洛阳市第一人民医院(中州院区)普外科在医疗、教学、科研等各方面均取得了显著进展,其区域影响力不断扩大。

2024年8月2日,在江苏省扬州市举办的肝胆胰脾肾诊疗新技术进展研讨会暨肝胆外科单孔腹腔镜手术培训交流会上,赵志鸿团队受邀进行了专题授课和手术演示。会上,赵志鸿以“小单孔,大世界——普外单孔腹腔镜手术的探索与实践”为题进行授课,深入讲解了该院开展普外单孔腹腔镜手术的经验。在手术直播环节,赵志鸿和主治医师刘军龙凭借精湛的技术,连续3.5小时成功完成了4例经脐单孔腹腔镜胆囊切除术。整个手术过程实时转播,吸引了全国多地肝胆外科同行在线观看,在线学习人数超过7900人。这不仅展示了赵志鸿团队在单孔腹腔镜领

域的专业水平,更为全国肝胆外科同行搭建了一个学习与交流的平台,有力推动了单孔腹腔镜技术的广泛普及与应用。

不仅如此,赵志鸿还在2024河南省普外年会上作了“单孔腹腔镜普外科应用探索和实践”的汇报。普外科副主任刘洪波在2024年河南省小儿外科年会上汇报了“单孔腹腔镜小儿外科应用”,向河南省同行分享了该院单孔腹腔镜经验。主治医师王鹏在援疆医院哈密红星医院(新疆生产建设兵团第十三师红星医院)开展单孔腹腔镜胆囊切除术,获得了好评。医师徐锦翔代表团队进行的单孔腹腔镜胃间质瘤手术切除演讲,在豫西胃肠手术视频演讲比赛中获得季军。副主任医师付云开展了单孔腹腔镜下良性胃十二指肠切除术。刘洪波联合科室护士长张争

艳、护士戚洋洋开展了手臂输液港项目。副主任医师张茂锋在中山大学附属第六医院进修疝与腹壁外科专科后,常规开展食管裂孔疝无张力修补术。副主任医师陈曙光常规开展腹部实体肿瘤及甲状腺射频消融术等。赵志鸿和科室副主任温永春参加了温州医科大学钱礼外科学院卓越医师单孔腹腔镜学习班,并取得了结业证书。全科6人参加了郑州市中心医院单孔腹腔镜疝修补术学习班并获得证书,还将所学的先进技术并在科内进行推广。目前,该科单孔腹腔镜手术占全科腹腔镜手术的80%以上,已发展为常规术式,应用于更多普外科疾病。

据了解,目前该科室已开展各类单孔腹腔镜手术1000余例,此项技术在全市三级医院普外科中率先实现大规模开展,手术量处于同级医院前列。科室开设的甲状腺



众志成城守护群众健康

李瑜琪/摄

乳腺专科门诊、肛肠专科门诊等,定位精准,患者数量稳步增长。形成肝胆疝、胃肠、甲状腺乳腺、肛肠等亚专业组,实现术业专攻,为患者提供了更加优质的医疗服务。

“普外科能取得如今的成绩,是医院领导大力支持的结果,是相关科

室密切协作的结果,也是团队同仁奋力拼搏的结果!”赵志鸿说。未来,他们将再接再厉,持续打造以单孔腹腔镜技术为特色的品牌形象,进一步优化科室人才梯队,提升特色技术与科研能力,为广大患者提供更加优质、便捷、高效的医疗服务。



诊室里的赵志鸿

刘云飞/摄