

CT 引导穿刺定位胸腔镜下行肺小病灶切除术的护理

吴枚禅, 刘梅丽, 王军业

(中山大学肿瘤防治中心手术室, 广东广州, 510060)

[摘要] **目的** 探讨 CT 引导穿刺定位胸腔镜下行肺小病灶切除术的护理经验。**方法** 回顾性分析和总结 26 例在 CT 引导穿刺定位胸腔镜下行肺小病灶切除术的护理体会。**结果** 26 例患者 CT 穿刺定位成功, 胸腔镜下肺肿物切除手术顺利, 定位时无气胸、血胸和肺出血等并发症发生。**结论** 掌握正确的定位时机, 加强体位管理, 正确安全穿刺定位, 做好手术配合对提高手术成功具有重要的意义。

[关键词] 肺小病灶; CT 定位; 胸腔镜; 护理

[中图分类号] R473.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8283(2014)04-0014-03 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2014.04.05

Nursing of patients with CT-assisted thoracoscopic surgery for small indeterminate pulmonary nodules

Wu Meichan, Liu Meili, Wang Junye // Modern Clinical Nursing, -2014, 13(4):14.

[Abstract] **Objective** To summarize the nursing experience in patients with CT-assisted thoracoscopic surgery for small indeterminate pulmonary nodules. **Method** The data of 26 patients having undergone CT-assisted thoracoscopic surgery for small indeterminate pulmonary nodules were analyzed retrospectively for summarizing the nursing experience. **Result** The CT-assisted locations of nodules and the thoracoscopic resection of the pulmonary nodules in all the patients were successfully performed, without pneumothorax, haemothorax and pneumorrhagia. **Conclusion** Such measures as setting the right time for locating, enhanced management of body position, accurate and safe punctuation and well performance of surgical cooperation are all critical for the success of the resection.

[Key words] small indeterminate pulmonary nodules; CT-assisted; thoracoscopy; nursing

目前, 肺癌已经成为严重危害人类健康的恶性肿瘤之一, 而且发病率呈逐年上升^[1]。随着体检普查的推广, 越来越多肺癌在早期被发现, 电视胸腔镜手术(video-assisted thoracic surgery, VATS)作为一项微创外科技术, 已成为治疗肺癌常用的手术方法之一^[2]。实施胸腔镜切除时定位肺结节的难易程度取决于病变的大小和部位。传统上, 定位中央型、周围型肺结节的金标准是触诊, 这需要借助于开胸术, 而在胸腔镜下无法进行触诊, 这是一个固有缺陷^[3]。2012 年 12 月~2013 年 7 月本院对直径小于 1 cm 的肺病灶进行了 CT 引导下穿刺定位后进行胸腔镜手术, 取得较好效果, 现将护理配合报道如下。

[收稿日期] 2014-01-19

[作者简介] 吴枚禅(1979-), 女, 广东信宜人, 主管护师, 本科, 主要从事手术室护理工作。

[通信作者] 王军业, 教授, 博士, Email:wangjy@sysucc.org.cn。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组共 26 例, 男 7 例, 女 18 例; 年龄 28~60 岁, 平均(43.0±15.0)岁; 疾病类型: 直肠癌、宫颈癌、肾癌的转移瘤 5 例, 良性肿瘤 5 例, 肺原位癌 13 例, 高分化腺癌 3 例。

1.2 手术方法。

术日采用螺旋 CT 扫描下用巴德钩对肺病灶进行穿刺定位, 采用 1% 的利多卡因作局部浸润麻醉, 定位的穿刺钩末端固定于胸部皮肤表面, 敷料贴覆盖后送手术室。患者行气管插管全麻, 胸腔镜辅助下根据 CT 定位肿物的穿刺钩对相应肺叶用内镜切割缝合器进行楔形切除后送快速冰冻, 根据病理结果, 如恶性肿瘤行肺叶切除, 良性或无法准确判断待石蜡结果再行进一步行肺叶楔形切除术处理。本组所有患者先行肺叶楔形切除术, 其中 16 例再行肺癌根治术。

2 结果

26 例患者均成功定位并切除病灶, 穿刺过程中无 1 例发生气胸、血胸和肺出血等并发症。手术时间: 肺叶楔形切除术 40 ~ 60 min, 平均 (43.5 ± 10.2) min, 肺癌根治术 120 ~ 150 min, 平均 (131.3 ± 12.7) min; 失血量: 10 ~ 150 ml, 平均 (52.3 ± 23.0) ml; 肿物大小: 0.5 ~ 1 cm, 平均 (0.7 ± 0.3) cm。1 例患者由于穿刺针勾住组织太少在探查时发现穿刺钩已滑脱, 通过穿刺时在肺上留下的创面找到病灶顺利切除。

3 护理

3.1 CT 穿刺定位时的护理

3.1.1 定位时机选择 最好是手术当天或术前, 过早定位患者感觉有负担和不适感, 影响日常生活, 而且穿刺钩随呼吸运动有可能移位。

3.1.2 屏气练习 因为穿刺需要在间断屏气下进行, 所以术前要对患者进行屏气训练, 要求患者在平静呼吸数次后屏气 5 s 并能反复进行 5 次以上。

3.1.3 体位 由于该手术需要对肿物进行精确定位, 根据肿瘤位置不同, 采取不同体位, 病灶位于肺上叶后段与下叶基底段时行后胸及背部穿刺取俯卧位; 病灶位于上叶前段、下叶前基底段、中叶及舌段行前胸穿刺取平卧位; 病灶位于下叶外段及其他段邻近腋中线时行腋下穿刺取侧卧位。术前向患者说明手术体位的重要性及要求, 取得患者的配合, 利用约束带帮助患者固定, 尽量做到充分暴露穿刺部位又能保证安全的最短进针路径。对于语言不通的患者使用图片式体位让患者看图摆体位^[4]。

3.1.4 利多卡因的使用 用 1% 的利多卡因作局部浸润麻醉时注意避开肋间血管以免引起出血和局麻药中毒, 用量不宜超过 400 mg。注射时局部加压使其在组织内形成张力性浸润, 达到与神经末梢广泛接触, 以增强麻醉效果^[1]。

3.1.5 穿刺时护理 当医生按测量长度将穿刺针穿过皮肤刺破胸膜时, 嘱患者平静呼吸, 避免穿刺针随呼吸运动在肺组织内摆动, 损伤肺组织。协助医生固定穿刺针柄, 然后进行 CT 扫描。以确定穿刺针的位置, 当穿刺针尖端到达肿块边缘时,

即可穿刺, 同时嘱患者屏气, 及时与患者沟通, 安慰患者, 取得配合。术中监测生命体征, 观察患者的血压、心率、呼吸及血氧饱和度的变化, 每 5 min 测量血压 1 次, 以便及时发现血压变化; 询问患者感觉如有无胸闷、胸痛、呼吸困难等气胸症状; 穿刺时避开肋间血管和肺叶间血管以免引起肺内出血。穿刺钩的末端穿出并固定于胸壁约 2 cm, 敷料贴覆盖。

3.1.6 定位后护理 嘱患者勿用力咳嗽, 预防发生气胸和穿刺钩移位; 密切观察患者生命体征的变化和有无胸闷、胸痛、气促和咳血等情况及时发现气胸、肺出血等并发症并给予处理, 尤其是老年、肺气肿、肺大泡或纤维化患者由于胸膜弹性降低, 回缩差等原因易导致并发症发生, 因此需特别注意观察此类患者病情变化。

3.2 胸腔镜下肺小病灶切除术的护理

3.2.1 体位护理 ①气管插管全麻后, 患者取 90° 健侧卧折刀位, 目的是拉宽肋间隙方便穿刺器和器械进出胸腔, 折刀点对准患者乳头下两横指; 全身麻醉后, 由于患者肌肉完全松弛, 脊柱和肢体各大、小关节均处于无支撑无保护状态^[5], 注意保护颈椎, 摆体位时要同时同侧同轴转动以免造成颈髓损伤甚至高位截瘫。折刀位后, 在头部垫 3 ~ 5 cm 的软垫, 使颈椎处于水平位, 保持颈部肌肉的松弛。②严禁拖、拉、推患者, 以免皮肤错位产生剪切力导致压疮。女性患者注意乳房不要受压, 男性患者上侧挡板时注意保护阴茎。注意心电图的导联线不要受压以免损伤皮肤。③保持身体各部位的功能位置: 放置腋垫以防神经血管受压; 上肢外展不超过 90° 以免损伤神经; 双下肢屈髋屈膝 30° 并用枕头或下肢体位垫隔开以免受压, 啫喱垫保护外踝。

3.2.2 术中配合 ①皮肤消毒时去除覆盖在穿刺钩上的敷料, 同时消毒胸壁的穿刺钩末端。②胸腔镜探查后找到定位钩确定肿物位置, 腔镜圈钳牵拉肺组织, 根据肺组织的厚度选择相应的内镜切割缝合器进行肺叶楔形切除, 切除后松开穿刺钩, 将末端送回胸腔, 连同标本装入标本袋从胸腔取出, 注意使用结实的标本袋以免穿刺钩穿破标本袋, 快速送冰冻检查。③严格无瘤操作: 使用切口保护器; 出标本时使用标本袋; 接触过肿瘤的器

械敷料不可再使用;器械台有区分无瘤区和有瘤区;医生手接触肿瘤后更换手套;胸腔彻底冲洗。

3.2.3 补液控制 肺组织和肺血管的可扩张性大,故血容量变化也大,深吸气是肺部血量可增至1000 ml,呼气时少至200 ml^[6]。由于手术的不可预见性,可能要进行肺叶切除,如果肺叶切除前输入过多的液体,全身血容量增加,离断动脉时,大量血液回流至心脏导致回心血量增加,加重心负荷。术中严格监测中心静脉压的变化,根据中心静脉压和麻醉师的要求调节补液速度和量。

4 小结

2006年美国NCCN肺癌诊治指南首次正式将VATS列为早期非小细胞肺癌的标准手术方式之一^[7]。本院对26例患者采用CT引导穿刺定位在胸腔镜下行肺小病灶切除术,取得较好的效果,免去患者开胸手触诊的诸多副作用^[7]。掌握正确的

定位时机,加强体位管理,正确安全穿刺定位,做好手术的配合对提高手术成功具有重要的意义。

参考文献:

- [1] 陈孝平. 外科学[M]. 北京:人民出版社,2005:468-476.
- [2] 王俊. 电视胸腔镜在胸部疾病治疗中的应用现状[J]. 临床外科杂志,2005,13(7):384.
- [3] 丁燕,南娟. 肺癌外科手术进展[J]. 中国肺癌杂志,2013,16(3):5-8.
- [4] 朱丹,朱志聪. 手术体位图片在手术室护理中的应用[J]. 解放军护理杂志,2008,25(7):72.
- [5] 李明芬,朱成敏,王璐,等. 脊柱外科手术俯卧位并发症的预防和护理[J]. 护士进修杂志,2007,22(12):1120-1121.
- [6] 钟国隆. 生理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2000:84-85.
- [7] 陈刚. 全胸腔镜下肺癌微创手术肺癌手术的发展趋势[J]. 循证医学,2013,13(2):84-90.

[本文编辑:郑志惠]

· 编读往来 ·

《现代临床护理》杂志投稿程序

注册 登录《现代临床护理》杂志的网站 <http://www.xdlchl.com> →于首页在线办公区点击注册→注册用户及密码(第二次投稿,如曾注册过,则直接输入用户名和密码)→按照系统提示填写注册信息(*项的信息必须填写,其他项目可在不影响您信息安全的前提下选择填写)。

投稿 用您的用户名和密码登录后→点击我要投稿→点击上传稿件→按照系统提示上传相关信息(即可按提示逐项填写稿件信息)→上传稿件全文→点击预览稿件信息,确定无误后即可确认投稿成功。

查询稿件 用您的用户名和密码登录后→点击作者在线查稿区→点击稿件状态查询→可见“初审”、“外审”、“专家审”、“待发表”、“退稿”等稿件状态。

提醒 ①投稿或查询稿件时均用此用户名和密码登录。

②如发现《现代临床护理》杂志回复的意见非广州市地址或有其他疑义时,请及时与本编辑部联系。电话:020-87330961,020-87755766-8050。

③投稿前,请仔细阅读本杂志网站首页的“投稿须知”一栏。

[本刊编辑部]