

直至筋膜深层,术者沿胸大肌表面使用可拉伸多功能电刀配合 U 型拉钩,将游离皮瓣至锁骨头。将 5 mm 的穿刺器置入切口下 2 cm 处,关闭无影灯,便于术者手术。规范应用超声刀在腔镜直视下往颈前将皮下间隙分离,甲状软骨上缘为上界,下界至胸骨上窝,中央超过颈中线。2) 暴露术野:待皮瓣游离至胸锁乳突肌前缘,准确安装腋窝入路腔镜甲状腺悬吊装置,连接好米克林固定架与悬吊拉钩。将适合角度的可悬吊 U 型拉钩脚踏侧放置于切口内,巡回护士配合调节固定架位置及高度,连接悬吊拉钩与 U 型拉钩。术中应根据手术需要选择拉钩,以达到最佳的张力和拉钩角度,充分暴露术野。3) 切取甲状腺瘤体:本组均为单侧甲状腺病变,于胸锁乳突肌外侧与颈前肌外侧组织间隙纵向打开颈前肌。通过超声刀游离出该侧甲状腺对应的上下级血管并离断,过程中用神经监测设备确保患侧喉返神经无损伤,遵循无瘤原则正确使用标本袋将已完整切除的患侧甲状腺及峡部取出。等待术中冰冻切片检查结果决定手术方式。若为良性,则手术结束;若为甲状腺癌,则需清扫患侧中央区淋巴结,充分使用神经监测仪辅助定位解剖喉返神经,留意分辨喉返神经和甲状旁腺。术区冲洗止血,置入负压引流管 1 根,皮肤切口缝合并固定引流管。

3 讨论

当下,乳晕入路、腋窝入路、口腔入路等颈部微创手术成为广泛应用的甲状腺微创术式^[3];但各路径甲状腺微创术式具有各自的优劣势,且不同的术者对手术操作方法也存在较大的差异^[4]。我院从 2019 年 6 月开展免充气经腋窝入路完全腔镜甲状腺手术,该手术巧妙利用悬吊装置打造帐篷式手术空间,无需充气,避免了因二氧化碳泄漏而造成术野手术空间狭小的情况。同时解决了传统腔镜手术因吸收二氧化碳气体引起脑水肿、高碳酸血症及颅内压升高等不良反应。该手术方式具有如下优点:1) 操作环境开放,手术视野清晰,切口可同时置入超声刀、吸引器、腔镜器械等,也不会因频繁擦拭镜头、更换器械而中断术者的手术思路,影响手术操作的准确性。2) 无需膨胀液,分离皮下建立通路的直线距离较胸乳入路更短,有效降低手术创伤,从而减轻患者术后不适^[5]。3) 使用超声刀和电刀全程均在直视下进行,减少手术危险因素,不需使用分离棒盲目地剥离;另外,腋窝入路的最大优势是其美容效果,选择皮肤张力低,皮下组织相对疏松的腋下为切口,便于建立手术腔隙,所以在腋下褶皱皮纹处的手术切口,术后不易发现,提高患者的满意度^[6]。此外,传统腔镜手术取标本比较麻烦,一直困扰着外

科医生。为了在小切口取出大标本,术者通常要耗费大量精力和时间,延长了手术时间和麻醉时间;更有甚者需将切口延长,术中手术切口过度牵拉,不利于切口的愈合。而腋窝入路的手术切口一直通体外,装好的标本袋后可从手术操作区直接取出,大大减少了取标本耗费的时间。对比开放术式,腔镜对细微组织结构显露具有放大效应(可放大 8~10 倍),如可以清晰显示喉上神经、喉返神经和甲状旁腺。因腋窝入路视角的切换,走向呈斜行的颈中线,增加手术操作的难度,这对术者的解剖知识基础和腔镜技术经验提出了更高的要求^[7]。得益于高清成像的配合,加之神经监测,腔镜甲状腺手术亦可实现安全解剖并保护喉返神经和喉上神经,规范清扫中央区淋巴结^[8]。

总之,经过实践证明,该手术具有完美的美容效果和更少的手术并发症,是患者的福音,值得临床作进一步推广。

参考文献

- [1] Kang J B, Kim E Y, Park Y L, et al. A comparison of postoperative pain after conventional open thyroidectomy and single-incision, gasless, endoscopic transaxillary thyroidectomy: a single institute prospective study [J]. Ann Surg Treat Res, 2017, 92 (1): 9-14.
- [2] 郑传铭,毛晓春,王佳峰,等. 无充气腋窝入路完全腔镜下甲状腺癌根治术效果初步评价初期体会 [J]. 中国肿瘤临床, 2018, 45 (1): 27-32.
- [3] 宋聪睿,王勇,高阳,等. 经胸乳入路腔镜与颈部入路常规手术对甲状腺良性肿瘤效果 [J]. 医学信息, 2020, 33 (17): 106-108.
- [4] 叶大才,范显文,陈潇,等. 经腋窝入路腔镜甲状腺手术与传统开放性甲状腺手术的对比研究 [J]. 系统医学, 2019, 4 (24): 90-92.
- [5] 王会敏. 无充气单切口腋窝入路腔镜下甲状腺手术的围术期护理体会 [J]. 当代护士: 中旬刊, 2020, 27 (8): 45-47.
- [6] 苏耀荣,李超,李伟文,等. 腔镜手术治疗分化型甲状腺癌的手术效果、经济性及美观学效果分析 [J]. 医学临床研究, 2017, 34 (7): 1329-1331.
- [7] 孙言平. 经腋窝入路单孔腔镜手术对甲状腺肿瘤患者术中出血量及并发症的影响 [J]. 实用医技杂志, 2020, 27 (3): 330-331.
- [8] 胡康,孙素红,郑传铭,等. 改良无充气腋窝入路腔镜甲状腺(旁)腺手术 40 例分析 [J]. 中国普通外科杂志, 2019, 28 (11): 1437-1440.

延续性护理对慢性阻塞性肺疾病患者肺功能及生活质量的影响

福建省立金山医院内科 9 区(福州 350001) 廖雨娟 叶丽红 宋仁欢

慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)临床上较为常见,多发于身体机能较差的老年人群,一般会造成患者的进气、出气困难,通气功能障

碍,且存在肺泡壁受损、呼吸性终末细支气管远端扩大情况,严重影响患者自身的生活质量^[1]。一般患者在疾病缓解后会离院居家护理,而后续的用药与训练极大地依赖患者自

身的依从性,而多数患者因为各种原因,难以保证训练的质量与持续用药,故部分患者存在再次返院甚至病情急剧恶化的情况^[2]。医学界认为,有必要对该类患者离院后进行干预,但是常规护理模式下的离院电话追踪随访,对患者的约束能力一般,也无法解决患者所遇的问题。为改善该情况,笔者将延续性护理干预应用于该类患者,取得较好效果,现总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:选取我院 2020 年 1—12 月收治的 COPD 患者 100 例。1) 纳入标准:①患者符合 COPD 的临床诊断标准,且予以确诊;②患者意识清晰,能够与护理工作人员进行交流;③患者为本院辖区内常住人员,能够接受上门随访。2) 排除标准:①患者合并有恶性肿瘤、哮喘、肝肾功能障碍、血液系统疾病、神经系统疾病或其他高危疾病;②患者自身携带精神类疾病,如人格分裂等,临床上无法对其反馈的信息进行确认;③患者携带有肢体功能障碍。按随机抽签法将患者分为对照组和观察组各 50 例。观察组男 39 例,女 11 例,年龄 50~83 (64.13±3.79) 岁;对照组男 37 例,女 13 例,年龄 51~84 (64.39±4.05) 岁。两组患者的一般资料,如性别、年龄、病程等比较的差异无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。本研究项目经我院伦理委员会批准,遵循自愿原则,患者了解本次研究的全部内容,自愿加入该项目。

1.2 方法:

1.2.1 对照组实施常规的院内护理干预:1) 呼吸支持及护理:在患者入院后予以呼吸支持,并密切关注患者的呼吸道情况,每 4 h 予以患者叩背排痰,如有必要可实施雾化吸入治疗。2) 环境干预:对病房进行严格消毒并保持空气清新,以免患者出现肺部感染,同时将室内温度及湿度调整为适宜人体的最佳状态 (25~27 °C, 湿度 55%~65%)。3) 心理干预:COPD 患者多数呼吸困难,存在一定的恐惧心理,护理工作人员应当依据患者的自身情况对其进行适当的心理干预,另外教导患者一些自我减压方法,如冥想练习等。4) 健康教育:对患者及其家属进行健康教育,重点告知家属 COPD 的发病机制,及治疗过程中的注意事项,坚持肺部康复锻炼对于患者的重要意义。5) 生活锻炼与康复锻炼:在患者早期能够进行部分行动时候即要求患者进行床上康复运动,在日常生活中的穿衣如厕等应当由护理人员指导辅助患者自行完成。在患者能够下床后,即开始常规的康复锻炼。6) 离院干预:每 2 周对患者实施电话回访,记录患者的身体情况,对于患者的疑问进行解答。

1.2.2 观察组实施延续性干预:在对照组护理的基础上采用以下措施,1) 离院健康教育:向患者及其家属发放我院自印的院外康复训练材料与健康知识手册,依据手册进行逐条讲解,要求患者家属积极监督患者按时服药、锻炼、休息,并要求患者及患者家属加入本院组建的 COPD 患者微信群以及负责延续干预护理工作人员的微信。2) 离院饮食干预:护理人员应与患者家属商量,依据患者自身的情况指导患者家属对患者的饮食进行安排,以高营养、低刺激、低脂肪为主,以保证恢复期间患者的营养维持,减少脂肪摄入,减轻心肺压力^[3]。3) 上门随访与互联网视频指导:对

于居住地距离较近的患者在可实施上门的情况下,2 周实施 1 次上门随访;对于居住地较远的患者,3 周实施 1 次上门随访。在上门随访时候携带一定的便携检测仪器,对患者实施血压等体征检测,确认患者当下的基本情况;检查患者的用药、康复运动情况,对其实施适当的生活、运动指导。对于不具备上门条件状态下实施远程互联网视频指导。4) 微信群:在微信群中定期科普 COPD 的相关知识,反复强调坚持肺康复运动对于 COPD 患者的重要意义,且由专人每日提醒患者按时用药、锻炼,引导患者之间互相督促;另邀请恢复理想的患者进行现身说法,多发自己生活记录,如野外钓鱼、跑步等,激发患者的恢复信心。

1.3 观察指标:比较两组患者的肺功能指标及血气指标,如第 1 秒用力呼气容积 (FEV₁)、用力肺活量 (FVC)、第 1 秒用力呼气容积占用力肺活量百分比 (FEV₁/FVC) 及动脉二氧化碳分压 (PaCO₂)、动脉氧分压 (PaO₂)。观察比较两组患者生活质量,使用中文版生活质量量表 (SF-36) 评定患者的生活质量,取其中的生理功能 (PF)、社会功能 (SF)、情感职能 (RE)、躯干功能 (BP) 进行评分比较。

1.4 统计学方法:将数据纳入 SPSS 21.0 系统软件中进行计算。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,计数资料以百分数表示,采用 t 检验与 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者肺功能及血气指标:由表 1 数据可知,观察组患者 FVC、FEV₁、FEV₁/FVC、PaCO₂、PaO₂ 均优于对照组,组间比较的差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

表 1 两组患者肺功能及血气指标比较 (n=50, $\bar{x} \pm s$)

组别	FVC/L	FEV ₁ /L	FEV ₁ /FVC (%)	PaCO ₂ /mm Hg	PaO ₂ /mm Hg
对照组	2.65±0.33	1.90±0.29	66.27±3.08	46.51±5.13	74.87±8.36
观察组	3.13±0.26	2.35±0.23	72.45±2.93	42.35±6.37	81.89±7.36
t 值	8.079	8.597	10.280	3.597	4.457
P 值	0.000	0.000	0.000	0.001	0.000

注: 1 mm Hg=0.133 kPa。

2.1 两组患者的生活质量:由表 2 数据可知,观察组患者的生理功能、社会功能、情感职能、躯干功能均优于对照组,组间比较的差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

表 2 两组患者生活质量比较 (n=50, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	生理功能	社会功能	情感职能	躯干功能
对照组	68.14±3.57	76.43±3.57	77.55±3.96	66.14±3.97
观察组	75.57±3.69	85.49±3.14	85.49±3.14	75.46±4.04
t 值	10.233	13.475	11.109	11.635
P 值	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

目前,临床上对于 COPD 的治疗并无显效药物,多是通过呼吸支持对症治疗,行药物控制+呼吸训练来完成肺功能恢复,整体效果尚可。因此,患者离院后的自我护理以及家属护理对于患者的治疗及预后有着极为重要的意义^[4]。

延续性护理是一种对出院患者进行持续性随访、教育、指导、检查的干预方法,其在各类老年慢性疾病中均有理想的应用效果^[5]。本研究结果也显示,实施延续性干预的观察组患者在肺功能、生活质量方面明显优于对照组,这与文献报道的结果一致,提示,延续干预在老年 COPD 患者的护理中有重要意义。笔者分析认为,离院后持续性的健康教育能够使患者及其家属在一定程度上认识到康复运动对于自身的作用,为后续的干预打下了基础^[6]。离院的饮食干预相较于患者家属自身的饮食干预显然更为科学,能够在满足患者营养、能量需要的前提下降低患者脂肪等物质的摄入,减少胆固醇等的沉积,可保证患者的恢复阶段的营养需求^[7]。上门随访可以直接了解患者的具体情况以及信息,故可以更为贴合患者实际情况对患者进行指导,以提升院外指导效果。微信群可以提升患者对于社会的融入感,了解到自身并非独自一人,同时互相护理可以提升患者的治疗信心。

综上所述,在 COPD 的出院干预中,应用延续性护理可以显著提升患者的肺功能以及生活质量,值得临床推广。

参考文献

[1] 吴雪娟. 延续性护理干预在慢阻肺患者护理中的应用价值 [J].

中外医疗, 2021, 40 (3): 148-150.

[2] 王丽思. 延续性护理干预对慢阻肺患者肺功能及生活质量的影响研究 [J]. 系统医学, 2020, 5 (2): 155-157.

[3] 俞桂芳, 夏超, 李爽, 等. 集束化延续护理对慢阻肺稳定期患者干预效果观察 [J]. 安徽卫生职业技术学院学报, 2020, 19 (4): 73-74, 77.

[4] 罗清文. 延续性护理对慢阻肺患者戒烟效果及肺功能的影响 [J]. 当代医药论丛, 2020, 18 (14): 247-248.

[5] 余瑞朋, 王利芳, 李岩, 等. 延续性护理对老年慢阻肺合并呼吸衰竭患者血气指标及运动耐量的影响 [J]. 疾病监测与控制, 2020, 14 (5): 379-381.

[6] 李鹏娟. 结构-过程-结果三维评价模式下的延续性护理在老年慢阻肺稳定期患者中的应用效果 [J]. 中国民康医学, 2021, 33 (3): 170-172.

[7] 孙文杰, 矫文娟, 孙红霞, 等. 延续性护理对老年慢阻肺患者肺功能及生活质量的影响 [J]. 健康大视野, 2019 (12): 161-162.

多学科诊疗模式在预防静脉留置针堵管中的应用效果

福建医科大学附属协和医院消化内科 (福州 350001) 廖小玲 吴敏玲 蒋建福

静脉留置针是住院患者最常使用的输液工具之一,具有操作简单、对组织刺激性小、留置时间长、不易刺破血管等优点,能够有效减少静脉穿刺次数,减轻患者疼痛,减少静脉损伤,降低血管导管感染发生率,有利于临床用药和抢救患者;但在实际工作中静脉留置针常发生堵管,使其静脉留置时间缩短,增加患者反复穿刺的痛苦,加重患者经济负担,增加护士临床工作量^[1]。多学科诊疗模式 (MDT) 的核心理念是以患者为中心,充分利用医院多学科团队合作优势,为每一位患者设计规范、连续的治疗性方案,改善患者的就医体验,提高医疗护理服务质量,护理人员也参与其中^[2]。为了有效预防静脉留置针堵管,延长静脉留置时间,减轻患者痛苦和经济负担,提高护理工作质量。我们将多学科诊疗模式应用到预防静脉留置针堵管的工作中,取得了满意效果,现总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 选取我院消化内科收治的 600 例输液患者作为研究对象,其中,2018 年 10—12 月收治的 300 例为对照组,男 142 例,女 158 例,年龄 25~74 (56.59±10.94) 岁;2019 年 10—12 月收治的 300 例为观察组,男 145 例,女 155 例,年龄 25~78 (57.27±11.08) 岁。纳入标准: 1) 入选患者均给予静脉留置针输液; 2) 年龄 18~80 岁; 3) 患者意识清晰,能够良好沟通; 4) 无凝血功能障碍者。排

除标准: 1) 患者有意识障碍或有精神疾病; 2) 躁动者; 3) 长期卧床者; 4) 凝血功能障碍者; 5) 瘫痪者及无法配合研究者。对两组患者的一般资料进行比较,差异均无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法: 1) 对照组: 按静脉留置针操作流程标准提供一般护理、活动指导等。2) 观察组: 在对照组护理的基础上应用 MDT 预防静脉留置针堵管。由医院护理部牵头,确定 MDT 团队成员并制定相关人员职责,组织团队成员进行相关病例讨论,针对静脉留置针堵管存在的问题进行分析,并制定相应改进措施。具体措施如下: 1) 药学部: 规范临床正确用药,建立临床静脉用药不良事件上报系统;实现药剂师定点分管临床科室,对临床科室存在的问题实施闭环管理。2) 护理部: 成立静脉治疗护理 MDT 团队: ①协同药学部共同做好临床护士药学相关知识培训,制作静脉安全用药口袋书 (内含常用药物渗透压、配伍禁忌、用药常见误区等) 及药物配伍禁忌口诀,加强护士对静脉安全用药相关知识的掌握。②采用多种培训方法,包括理论授课、工作坊及小组培训等,“以点带面”普及至全院护士。③提升护士对静脉留置针堵管的意识,同时做好患者的健康教育。④定期进行护理质量控制,由院内质控延伸至科内质控,全方位提高护理安全。3) 信息科: 充分利用医嘱系统及移动护理终端,根据药物性质构建“安全堤坝”,智能拦截不合理用药