

## 胸外科手术后的胸部物理治疗护理

王翔波, 李梦晗, 王斯云, 俞江灏  
(昆明医科大学第二附属医院胸心外科, 云南 昆明 650101)

[关键词] 胸外科; 术后; 物理治疗

[中图分类号] R473.6 [文献标识码] A [文章编号] 2095-610X (2014) 12-0181-02

胸部手术创伤大、时间长, 手术切口会使肌肉软弱无力而导致患者咳嗽能力下降, 加之麻醉刺激和疼痛等因素影响, 限制了呼吸运动, 不能有效地咳嗽、排痰, 导致分泌物阻塞支气管, 有效通气量减少, 容易造成肺不张、肺部感染、低氧血症等肺部并发症。如何预防术后肺部并发症是影响开胸手术疗效的重要因素。胸部物理治疗已经逐渐被认定是胸科手术患者不可缺少的治疗手段之一<sup>[1]</sup>。昆明医科大学第二附属医院胸心外科对开胸手术病人实施胸部物理治疗取得良好效果, 现报道如下。

### 1 对象与方法

#### 1.1 研究对象

选择昆明医科大学第二附属医院胸外科 2013 年 1 月至 2014 年 4 月手术病人 92 例, 男性 56 例, 女性 36 例, 年龄 18~76 岁。46 例经胸部物理治疗为观察组, 其中肺部肿瘤 21 例, 食管肿瘤 6 例, 自发性气胸 19 例。46 例未经胸部物理治疗为对照组, 其中肺部肿瘤 20 例, 食管肿瘤 7 例, 自发性气胸 19 例, 2 组患者均无严重心肺疾病。两组患者在性别、病种、病情及手术类型等一般资料无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

#### 1.2 方法

**1.2.1 对照组** 采用胸外科常规护理方法, 术前讲解疾病相关知识, 指导有效咳嗽锻炼。术后次日常规雾化吸入、翻身、拍背、协助咳痰每天两次。

**1.2.2 观察组** 术前 (1) 术前教育: 手术前三天对患者进行胸部物理治疗的健康教育, 指导, 示范缩唇呼吸及控制性深呼吸联合应用, 先经鼻深吸气, 然后缓慢缩唇呼气, 有意识地进行慢而深的呼吸, 有利于改善患者通气、换气功能和气道分泌物

的排出。(2) 有效咳嗽排痰训练: 患者坐或立位, 上身可略倾斜, 缓慢深吸气, 屏气几秒, 然后张口连咳三声, 咳嗽时收缩腹肌腹壁内缩, 或用手按压上腹部帮助咳嗽。停止咳嗽, 缩唇将剩余气体呼出。(3) 呼吸训练器的使用: 呼吸训练器是鼓励病人进行主动的深而慢的最大吸气运动的装置。它的作用原理是通过观察小球升起的个数和速度来判断吸气流多少, 从而了解病人的通气功能, 术前给病人发呼吸训练器, 让病人熟悉了解掌握操作方法, 防止术后肺不张, 每天训练 5 次, 每次 20 min。

术后 (1) 病情的评估: 评估患者的病史、生命体征、有无发绀、异常呼吸、肺部听诊等检查结果, 明确胸部物理治疗的操作范围。(2) 持续气道湿化与雾化吸入: 胸外科病人术后当日清醒后即可进行雾化吸入<sup>[2]</sup>, 术后回监护室即应用面罩型雾化器内加灭菌用水给予持续气道湿化, 布地奈德混悬液 1 mg 雾化吸入 qid, 此方法有效加强了气道湿化, 稀释了痰液, 联合胸部叩拍利于痰液的排出。

(3) 胸背叩拍与咳嗽法的联合应用。术后第一天晨间护理, 协助病人取坐位或半坐位, 指导缩唇呼吸及控制性深呼吸联合应用。护士站在病人一侧, 将手掌微曲成弓形, 五指并拢, 以腕部为支点有节奏地叩打病人胸壁及背部, 利用手掌的拍击产生空气震动, 使痰液松动, 易于排出。叩击部位从肺底自上而下, 由外向内, 震动气道, 每侧肺叶反复叩击 1~3 min, 边叩边鼓励病人进行有效咳嗽动作。咳嗽是胸部物理治疗中最重要的技术, 因为深呼吸、叩击、振动都只能促使分泌物向上移动, 而不能将其分泌物从气道中排出, 只有咳嗽才能完成这一使命<sup>[3]</sup>。对咳痰无效者可用示指轻压胸骨上凹的气管, 并同时横向滑动刺激气管引起咳嗽放射, 促进排

[作者简介] 王翔波 (1972~), 女, 云南昆明市人, 护理本科, 主管护师, 主要从事临床护理工作。

[通讯作者] 俞江灏. E-mail:407967602@qq.com

痰。(4)胸部震颤:胸部震颤能将痰液从外周小气道向中央大气道排除,病人取侧卧位半侧卧位,操作者利用双手或振动仪在胸壁听诊有痰鸣音的部位,由下往上,由两侧往中间的方向缓慢移动,在呼气时快速震颤病人胸壁 5~7 次,每一部位重复 6~7 个呼吸周期。震颤应在每个部位被叩击后进行,且只在呼气期进行,震颤后要鼓励病人运用腹肌咳嗽。亦可辅以震动排痰仪使用,加强震动效果。(5)呼吸训练器的使用:术后指导病人使用呼吸训练器,每天训练 5 次,每次 5 min,防止术后肺不张。(6)体位变换与体位引流。体位与排痰、引流的直接关系,是预防肺部并发症不可忽视的环节。

### 1.3 观察指标

观察 2 组患者术后排痰速度、术后拔除胸腔闭式引流管时间、肺部感染、肺不张发生情况。

### 1.4 统计学处理

数据采用 SPSS 软件包进行统计学分析,计量资料以均数  $\pm$  标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示,采用两独立样本  $t$  检验,计数资料采用  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

观察组手术后有效排痰较对照组快,胸腔闭式引流管拔管时间较对照组提前,肺不张发生率低于对照组,差异均有统计学意义。具体数值见表 1。

表 1 两组患者排痰速度、拔管时间、肺不张发生率比较

组别	$n$	排痰速度	拔管时间 [d, ( $\bar{x} \pm s$ )]	肺不张 ( $n$ )
实验组	46	快	5.413 $\pm$ 2.535*	2*
对照组	46	慢	7.793 $\pm$ 4.213	8

## 3 讨论

胸外科术后早期变换体位加雾化吸入法、叩击胸背震动法等胸部物理治疗的排痰效果,比没采取任何措施的排痰效果显著。此方法增强患者咳嗽的力量、促使患者的血氧饱和度升高、咳嗽后明显改善呼吸音。缩短了术后胸腔引流拔管时间,有效预防了肺不张的发生,术后肺不张发生率明显低于对照组。保证了手术的成功,促进了患者的早日康复。

越早取坐位扣背越有利于胸腔引流及肺功能的恢复<sup>[4]</sup>术后 6 h 采取半卧位,使膈肌下降,通过翻身和变换体位的方法及时排除胸腔内积液积气,提高了胸腔引流的效果,也有利于受挤压肺及肺泡的复张。2 h 更换体位一次,左右侧卧,使痰液在重

力作用下,由支气管向气管引流以利排出。

### [参考文献]

- [1] 闫俊辉,赵少群,林汉群,等. 胸部手术后早期实施物理治疗的临床观察[J]. 护理研究,2004,18(1):56-57.
- [2] 张亚丽,周志敏. 电视胸腔镜术后早期实施胸部物理治疗的护理对策[J]. 内蒙古医学杂志,2012,44(2):240-241.
- [3] 余同珍. 病人咳嗽技巧的指导[J]. 中华护理杂志,1997,32(7):407-408.
- [4] 林红,杨学莉,蔡燕华,等. 胸肺部物理治疗技术在开胸术后患者中的应用[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2006,27(11):137.

(2014-10-13 收稿)