

巨大创伤性膈疝胸腹腔镜联合治疗手术配合体会

廖淑芬, 王萍, 曾淑燕, 龚凤球, 史力方*

中山大学附属第一医院 手术麻醉中心, 广东 广州 510000

【摘要】 目的 探讨巨大膈疝经胸、腹腔镜联合入路完成疝修补的护理配合与体会。方法 选取2021年8月29日中山大学附属第一医院收治的1例健身所致创伤性巨大膈疝患者,经胸腹腔镜手术联合治疗术前访视,依据多学科讨论意见准备患者体位、手术器械、物品,尤其关注补片类型、放置部位;术中巡回护士与器械护士各司其职,加快术间体位变换,保证手术流畅、安全完成。结果 患者依从性良好,手术配合顺利,患者术后恢复良好,膈疝修补确切,未出现并发症,手术效果满意。结论 巨大膈疝手术难度大,术中多需变换体位,手术护士应与术者充分沟通,全程参与患者的围手术期管理方可更好地完成术中配合,保证手术顺畅、安全完成。

【关键词】 胸腹腔镜联合手术; 创伤性膈疝; 体位变换; 护理配合

Experience of surgical cooperation in thoracoscopic combined treatment of giant traumatic diaphragmatic hernia

Liao Shufen, Wang Ping, Zeng Shuyan, Gong Fengqiu, Shi Lifang*

Surgical Anesthesia Center, the First Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, Guangzhou 510000, Guangdong, China

Corresponding author: Shi Lifang, E-mail: shilif@mail.sysu.edu.cn

【Abstract】 Objective To explore the nursing cooperation and experience for the management of giant post-traumatic diaphragmatic hernia with thoracic and laparoscopic repair. **Method** Retrospectively analysed a patient with giant traumatic diaphragmatic hernia caused by exercise, who was admitted to the First Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University on August 29, 2021 and treated with combined thoracoscopic and laparoscopic operation. On the basis of multidisciplinary discussion opinions, surgical nurses should complete preoperative visit, prepare surgical positions, surgical instruments and common articles, with great attention to check the type and location of inserted mesh. During the operation, both rounding and instrumental nurses had their jobs well done, especially shifting the change of surgical positions, to promote the process of safe surgery. **Result** The patient's compliance was good, the operation was successfully performed, with hernia repair confirmed with hernia definitely repaired. The patient recovered well and satisfied great after surgery, with no complications developed. **Conclusion** The surgical repair of giant diaphragmatic hernia is challenging, which requires position shifts and high-level cooperation. Surgical nurses should fully communicate with surgeons, actively participate the whole process of perioperative management, and realize all fields of surgical cooperation to achieve a safe and fluent operation.

【Key words】 Thoracic and laparoscopic surgery; Traumatic diaphragmatic hernia; Position shift; Nursing cooperation

创伤性膈疝是指因外力作用导致膈肌破裂,腹腔脏器进入胸腔的一种疾病^[1-3]。临床表现为胸痛、腹痛、恶心、腹胀及停止排便等肠梗阻症状^[4]。胸、腹部挫伤导致的创伤性膈疝发生率为0.8%~

8.0%,但其死亡率高达33.3%^[1],与呼吸和胃肠道并发症和死亡率增加有关,手术修复是防止并发症的标准治疗^[5]。胸、腹腔镜技术对于与传统开胸、开腹手术相比,具有手术切口小,操作更精细,术后疼痛感较开腹手术更低等优势^[6]。但对于最佳手术时机、手术方式、修复类型和补片的使用存

* 通信作者:史力方, E-mail: shilif@mail.sysu.edu.cn

在争议^[7,8]。鉴于此,通过回顾2021年8月29日中山大学附属第一医院接诊的1例健身所致创伤性巨大膈疝患者的临床资料,总结胸、腹腔镜手术联合治疗创伤性膈疝的围手术期护理,现将体会报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者,男性,37岁,因“体检发现右胸膈疝1个月余”入院。患者4个月余前健身后出现腹胀并腹痛,以右上腹为主,疼痛可耐受,未予重视,后体力逐渐下降,活动后气喘明显,无明显腹痛、腹胀及其他消化道症状。胸腹部增强计算机断层扫描(computed tomography, CT)(图1A)示:右侧膈疝,疝入物为空肠、回肠、回盲部及肠系膜、右半结肠及结肠肝区疝入胸腔,右肺受压并膨胀不全及肺不张。胸部查体示:右侧呼吸运动减弱,语音震颤增强,听诊呼吸音减弱,叩诊呈实音。入院诊断为:右侧巨大膈疝(创伤性)。入院后经胃肠外科、胸外科、麻醉科、放射科多学科讨论后建议全身麻醉下行胸腹联合入路膈疝补片修补术。

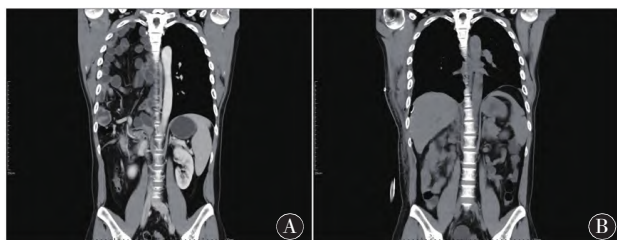


图1 右侧膈疝术前及术后计算机断层扫描冠状位影像
注:A.右侧膈疝术前计算机断层扫描冠状位影像,B.右侧膈疝术后计算机断层扫描冠状位影像。

1.2 方法

1.2.1 手术过程

手术在全身麻醉、单肺通气下进行,先取左侧卧位,右侧第6肋间隙做斜行切口,长约20cm,使用胸部牵开器扩大右胸切口探查示:大网膜、大部分小肠(约200cm)、盲肠、阑尾、升结肠及横结肠(右侧2/3)进入右侧胸腔,疝入脏器未见缺血性改变,疝环位于右膈顶近中心腱膜外侧,内侧膈肌完好,下腔静脉孔未受累,疝环面积约为7cm×5cm。先经疝环缺损还纳疝入胸腔的阑尾、盲肠、升结肠、横结肠及大网膜,接着还纳小肠,待疝内容物完全还纳入腹腔后,置入德迈防粘连补片(10cm×15cm)于膈肌下方,防粘连面朝下腹腔,经右侧胸腔第8肋间置入5mm Trocar

在胸腔镜辅助下使用1-0单股聚丙烯缝线间断缝合疝环缺损。然后,改手术体位为平卧人字位,通气恢复至双肺通气,腹部消毒铺巾后于脐下缘、剑突下、右腋前线肋骨缘放置12mm、5mm、5mm Trocar建立气腹并探查腹腔。腹腔探查示:原疝入右侧胸腔脏器已还纳入腹腔并复位,松解右肝膈韧带后,将锚定于膈肌下方补片展平并充分覆盖疝环区域(超过其边缘至少5cm),后使用可吸收疝钉将补片固定于膈肌。将右肝置于正常解剖位置,将还纳小肠重新排列至解剖位置,腹腔镜直视下拔除Trocar未见活动性出血,“J”型针缝合腹壁切口。

1.2.2 手术配合

1.2.2.1 术前准备

①术前访视:巡回护士术前1d访视患者,了解患者术前心理需求,为患者介绍手术室环境及简要流程,需与患者充分沟通,增强其安全感、信任感及对手术后痊愈的信心,使其以最佳心态接受手术。因患者需要变换体位配合手术,术前宣教应重点讲解每个体位对手术的帮助,患者术后可能因体位出现的不适及相应的解决办法。②手术器械、物品准备:手术安排一体化手术间(或配备多显示器的腔镜工作站),准备好胸、腹腔镜专用器械、侧卧位支架、两套无菌铺巾用物及无菌手术衣、肩颈啫喱垫、开胸器械、膈疝防粘连补片(术前联系主刀医生熟悉预定补片包装与使用事项)、10mm 30°腹腔镜,5mm、10mm Trocar,电凝机,36cm超声刀,灭菌保温杯内盛70~80℃无菌注射用水于保证腔镜镜头清晰度。

1.2.2.2 巡回护士配合

首先,建立静脉通道。其次,麻醉成功后,贴敷眼贴保护双眼,预防角膜干涩。患者先取左侧卧位,右侧上肢使用支架保持功能位(图2A),防止过高或过度牵拉导致臂丛神经损伤^[9]。头部用流体垫塑形呈“鸟巢状”固定,防止手术床变换角度时头部左右摇晃及耳廓受压。转换人字位时,保护胸部切口,避免出血及污染,密切观察血压变化,注意保暖,配合麻醉医生管理好液体出入量,尤其是要进行精确的气道和呼吸管理^[6,10]。

1.2.2.3 洗手护士配合

①胸腔镜操作时站于主刀医生同侧传递手术器械、缝线,提前准备胸腔穿刺Trocar(与腹腔镜穿刺Trocar不同)。②补片应在术者需要时再打开内包,避免补片因长时暴露于空气增加污染风险,应使用干纱布或补片内包装纸传递补片,并提前准备1支无菌标识笔以备术中标记补片锚定位置。此外,使用防粘连补片

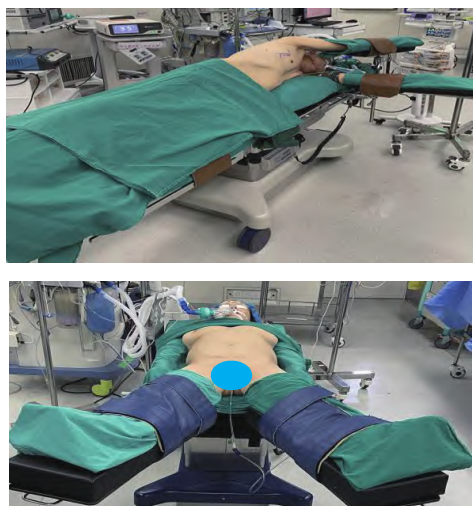


图2 胸、腹腔镜联合手术体位

注:A.左侧卧位,B.平卧人字位。

时,要准确传递补片的正反面。③使用疝钉枪固定补片时,应主动报数使用钉数以提醒主刀剩余钉量,合理分配钉枪固定补片。④检查物品准备是否齐全、正确,并按使用顺序有序排列。术中关注患者心肺功能变化,关闭胸、腹腔切口前提醒术者胸、腹腔纱布有无完全取出。⑤术中精准传递器械,注意无菌原则。转换手术方式时,迅速有序的清点物品及协助医生消毒铺巾,确保手术顺利进行。

本例手术因涉及左侧卧位和人字位的手术体位转换,洗手护士应依据胸、腹腔手术主要内容合理分配手术器械,重点在提前与术者沟通补片放置在胸腔还是腹腔准备补片及固定相关物品。

2 配合结果

本例手术从麻醉开始至完成用时约210 min,术中转换体位的时间约为30 min。该时间段内护理组配合完成体位转换、腹腔镜手术器械准备、消毒铺巾、术前器械与物品核对等工作,流程衔接顺畅,保证了两部分手术安全、顺利地顺利完成。术后患者感觉良好,几乎无疼痛,切口无渗血,术后第1天下床活动,术后第3天复查胸、腹部CT(图1B)示:右膈肌顶部存在,连续性可,原空肠、回肠、回盲部其肠系膜、右半结肠及肝曲进入腹腔,右肺受压迫较前明显减轻。术后第8天康复出院。

成人创伤性膈疝的主要治疗手段为手术切除,术前多学科会诊或讨论,根据患者病情、手术方案、补片放置部位等决定围手术期护理配合的

个中细节。护理组应与手术医生进行术前沟通,进行充分的讨论、评估,制定完善的个性化手术及护理配合方案,以保证手术安全顺利完成。术后访视应关注患者伤口、疼痛、心肺功能有无异常,鼓励患者早期下床活动加速术后康复。

3 护理体会

成人创伤性膈疝多采用微创治疗,虽然胸腔镜及腹腔镜手术具有视野清晰、患者疼痛轻、术后恢复快以及伤口美观等优点,但有学者仍指出腹腔镜手术时间长、术后复发率高,该手术仍需更多临床资料支持该论点^[7]。就胸腔镜及腹腔镜手术的围手术期手术室护理的配合而言,仍要求进行必要的人文关怀,且需要巡回和器械护士准备器械齐全,熟悉胸、腹腔镜下膈疝修补手术所需器械的名称、用途和使用方法,防止因备物不全或业务不熟练而影响手术进程。同时,手术护士应严格执行无菌操作原则并保持良好的工作状态主动配合,及时擦净腔镜镜面的雾汽、血迹等,使之光线适中、图像清晰,利于术者观察与操作。本例手术相关的术中配合、体位转换可应用到多种需要腹、腹腔镜联合入路的复杂手术,如中下段食管癌根治手术、食管胃结合部癌手术、纵隔肿瘤微创手术、颈椎或胸腰椎骨折复位内固定手术等。护理组应在熟悉各手术流程的前提下寻找相应的配合,协同麻醉医生保证患者围手术期以最佳的生理、心理状态接受联合体位的复杂手术^[11]。同时,针对性地参与到术后康复的指导工作中,加速这类型患者的术后康复。

参考文献

- [1] 刘伟,黄杰,谢颂平.创伤性膈疝32例诊治体会[J].临床外科杂志,2018,26(8):616-617.
- [2] 邓文君,陈翔宇,张元松,等.巨大横膈疝漏诊后胸腔镜手术治疗1例报告[J].腹腔镜外科杂志,2021,26(8):635-637.
- [3] 郑崇乐,梁波,孙天乔,等.创伤性膈疝的临床诊治进展[J].当代医药论丛,2021,19(14):5-7.
- [4] 魏小翠.膈疝行腹腔镜修补术1例护理体会[J].齐鲁护理杂志,2007,13(20):96-97.
- [5] 余春阳.舒适护理在侧卧位手术中防止血压变化与组织损伤的效果评价[J].实用医技杂志,2016,23(5):556-558.
- [6] WONG T H Y, CHOW S C Y, YU P S Y, et al. Novel diaphragmatic reconstruction technique for recurrent diaphragmatic hernia: a case report [J]. Hong Kong Med J, 2021, 27(4):290-292.
- [7] 夏镛,吴乃胜,黄圣荣.胸腔镜膈疝修补术治疗新生儿先天性

- 膈疝的疗效分析[J].浙江创伤外科,2021,26(03):440-441.
- [8] DWIVEDI S, BANODE P, GHARDE P, et al. Treating traumatic injuries of the diaphragm [J]. J Emerg Trauma Shock, 2010, 3(2):173-6.
- [9] 黄晓虹, 刘佳, 王晓宁. 颈椎后路手术病人术后体位变化对血压监测的影响[J]. 护理研究, 2015, 29(36):4576-4578.
- [10] SCHUMACHER L, GILBERT S. Congenital Diaphragmatic Hernia in the Adult [J]. Thorac Surg Clin, 2009, 19 (4):469-472.
- [11] LIU H, LE C, CHEN J, et al. Anesthetic management of thoracoscopic procedures in neonates: a retrospective analysis of 45 cases [J]. Transl Pediatr, 2021, 10(8):2035-2043.

·读者·作者·编者·

本刊中容易出现的错别字和错误用法(破折号后面为正确用法)

病原体——病原体	甘油三脂——甘油三酯	mg/kg/次——mg/(kg·次)	黏连——粘连
侧枝——侧支	基因片断——基因片段	核分裂像——核分裂象	轶和检验——秩和检验
成份——成分	记数法——计数法	牵联——牵连	应急性溃疡——应激性溃疡
大肠——结肠	甲氨碟磷/甲氨喋磷/ 甲氨喋呤——甲氨喋呤	色采——色彩	影象——影像
发烧——发热	简炼——简练	石腊——石蜡	瘀血——淤血
返流性食管炎 ——反流性食管炎	节段性肠炎——局限性肠炎	食道——食管	愈合期——恢复期
阿酶素——多柔比星	禁忌症——禁忌证	适应症——适应证	愈后——预后
阿斯匹林——阿司匹林	抗菌素——抗生素	水份——水分	匀浆——匀浆
疤痕——瘢痕	化验检查——实验室检查	排便——排粪	血象——血常规
细胞浆——细胞质	环胞素——环孢素	盆隔——盆膈	血液动力学——血流动力学
报导——报道	机理——机制	剖腹产——剖宫产	炎症性肠病——炎性肠病
分子量——相对分子质量	几率/机率——概率	其它——其他	已往——以往
份量——分量	机能——功能	丝裂酶素——丝裂霉素	粘膜——黏膜
服帖——服贴	肌肝——肌酐	松弛——松弛	粘液——黏液
浮肿——水肿	考马斯亮兰——考马斯亮蓝	探察——探查	直肠阴道膈——直肠阴道隔
幅射——辐射	克隆氏病——克罗恩病	提肛肌——肛提肌	指证——指征
腹泄——腹泻	离体——体外	体重——体质量	质膜——细胞膜
肝昏迷——肝性脑病	连结——联结	同功酶——同工酶	转酞酶——转肽酶
肛皮线——齿状线	淋巴腺——淋巴结	同位素——核素	姿式——姿势
枸缘酸钠——枸橼酸钠	痿道——痿管	图象——图像	综合症——综合征
海棉——海绵	录象——录像	胃食管返流——胃食管反流	纵膈——纵隔
合并症——并发症	毛细血管嵌压 ——毛细血管楔压	无须——无需	H-E 染色 ——苏木精-伊红染色
何杰金病——霍奇金病	尿生殖隔——尿生殖膈	消毒中——无菌中	组织胺——组胺
返流——反流	氨基糖甙类——氨基糖苷类	血色素——血红蛋白	幽门螺旋杆菌——幽门螺杆菌
雪旺氏细胞——雪旺细胞		5-羟色氨——5-羟色胺	横膈——横膈
		核磁共振——磁共振	