

DOI: 10. 12209/ CAIM202307250001

· 中西医结合临床案例 ·

1 例胸腔镜下右侧肺段切除术 侧卧位肢体摆放的护理体会

张 妍, 张 磊

(北京中医药大学东方医院 手术室, 北京, 100078)

摘要: 总结了改良版侧卧位摆放在胸科肺叶切除手术中的应用, 主要体现在手术患者双下肢的合理安置以及分段式摇腰桥的优势。将舒适护理贯穿手术全程, 不仅可以最大限度地确保手术患者的安全与舒适, 减少压力性损伤的发生, 还可以充分暴露手术野, 预防并发症, 提高手术成功率与手术医生的满意度。

关键词: 肺叶切除手术; 改良侧卧位; 压力性损伤; 体位护理

Nursing experience of placing limbs in a lateral position during thoracoscopic right lung segment resection

ZHANG Yan, ZHANG Lei

(Oriental Hospital Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100078)

ABSTRACT: This paper summarizes the application of the modified lateral decubitus position in thoracic lobectomy, which is mainly reflected in the rational placement of lower limbs and the advantages of segmental swing lumbar bridge. It is believed that comfort nursing throughout the whole operation can not only ensure the safety and comfort of surgical patient to the maximum extent, reduce the occurrence of stress injuries, but also fully expose the surgical field, prevent complications, improve the success rate of surgery and the satisfaction of surgeons.

KEY WORDS: pulmonary lobectomy; improved lateral position; stress injury; postural care

电视胸腔镜手术(VATS)是目前临床常用的一种微创胸外科手术方式, 通过使用胸腔镜专用器械经过胸壁保护套或小切口来完成胸科手术, 其优点是切口小、创伤小、恢复快、减少患者住院时间。手术室因使用辅助医疗器械、麻醉、手术特殊体位等原因导致患者术中不能自主翻身, 身体局部组织持续受压, 极易发生压力性损伤^[1]。因此, 手术体位的安置至关重要, 正确的安置即能充分暴露手术野, 同时又能确保患者在手术中的舒适与安全, 且有利于麻醉医生随时观察患者的情况, 防止并发症。侧卧位是目前临床胸外科最广泛应用的手术体位, 适用于肺部手术, 但由于传统的侧卧位摆放姿势存在安全隐患且步骤较为繁琐, 耗时较长, 同时在术中易出现体位不稳定、影响手术空间、局部皮肤受压及术后患者肢体不适等情况^[2]。为了确保患者的安全与舒适, 减少体位摆放所耗时间, 避免并发症的发生, 本文总结了

1 例胸外科手术体位摆放的护理体会, 现报告如下。

1 临床资料

患者女性, 68 岁, 5 年前体检发现双肺结节, 当时无特殊不适, 间断行中药治疗。现患者为进一步治疗至我院就诊, 左肺下叶结节考虑不除外恶性可能, 左肺下叶静脉手术史具体不详。2023 年 6 月 20 日于门诊以“左肺下叶结节”收入院。入院症见: 无头晕头痛、心慌胸闷、咳嗽咳痰等不适, 睡眠差, 饮食可, 近期体重无明显改变。辅助检查: 胸部 CT(2023-06-07 本院) 与 2020-12-23 日 CT 比较; 两肺上叶慢性炎症可能, 无著变; 两肺小结节影, 大致同前。右肺中、下叶肺大泡, 同前。中医诊断: 肺积、肺脾两虚证、痰瘀互结证。西医诊断: 双肺结节、下肢静脉术后。于 2023 年 6 月 26 日行手术治疗。手术方案: 经单孔胸腔镜右侧

收稿日期: 2023-07-25

通信作者: 张磊, E-mail: 81288092@qq.com

OPEN ACCESS

www. case. jcme. net. cn

肺段切除术、经胸腔镜胸膜粘连松解术。

2 护理

2.1 护理评估

术前1天根据手术通知单到病房访视患者,手术方案、手术部位、体位、手术时长、术中特殊用物以及麻醉方式。查看患者皮肤的弹性、完整性,有无外伤、脊柱病变、肢体活动度等情况并对患者详细说明手术体位摆放的方法,告知患者术前术后的注意事项,鼓励患者增强信心,消除紧张恐惧心理。多数患者在面对手术时,会因担心手术效果及病情康复而产生焦虑、恐惧等不良情绪,引起心率加快、血压升高、面色潮红等机体不良反应,从而影响手术治疗及术后康复效果。因此,对患者做好有效的宣教,可以增加患者对于疾病、手术的了解情况,对提升患者的配合度、缓解患者负面情绪有积极作用;有利于患者更好的面对手术治疗,这对于保证手术效果有积极作用^[3-4]。

2.2 护理诊断

根据术前访视情况以及对患者身高、体重、体型等了解,组织高年资护理骨干共同制定患者体位摆放方案,将传统的两腿之间夹垫枕头改为将上侧下肢单独垫起。传统方式的体位摆放容易导致下肢局部压迫,引起下肢回流紊乱,影响侧卧位循环系统,导致皮肤受损及下肢深静脉血栓形成风险的提高。改良后的侧卧位下肢体位垫的使用,明显起到分散压力的作用,可有效减少局部皮肤受损及下肢深静脉血栓形成。由于患者有手术史,与手术医生、麻醉医生共同商讨确定手术体位。

2.3 护理计划

2.3.1 针对患者的个人情况准备相应的体位垫及约束带,包括琼脂头圈1个、腋垫1个、托手板2个、侧卧位前后挡板各1个、麻醉架即头架1个、腿部方垫(20 cm × 40 cm)1个、宽约束带1条、棉垫若干。

2.3.2 侧卧手术体位的制定:由主刀医生主导,麻醉医生及巡回护士共同根据手术需求协作完成。麻醉医生关注术前和术中体位,考虑麻醉和插管的风险;手术医生关注术中体位,是否充分暴露视野,确保手术的顺利进行;巡回护士则充分考虑整个围术期患者的舒适与安全^[5]。

2.4 护理实施

2.4.1 患者麻醉前由主刀医生、麻醉医生、巡回护

士三方共同核对手术部位,麻醉后进行体位摆放。

2.4.2 头部及躯干固定:平卧麻醉后,由4人分别站在患者两侧,麻醉医生站头侧,对患者进行轴线翻身,患者为左侧卧位90°,摆放过程中注意统一步调,避免患者脊髓受损。头部垫琼脂头圈,避免耳部与眼部受压,在头圈外侧铺一张吸水性较好的布巾,用于吸附患者流出的口水。在患者耻骨联合与骶尾部分别用前后挡板固定,在挡板与患者皮肤之间垫棉垫,以缓冲挡板对患者皮肤的压力。

2.4.3 上肢摆放:将2个托手板一上一下分别固定在患者健侧,距腋窝约2~3 cm处垫厚度约为5~7 cm的腋垫,以防止下侧手臂受压;同时将下侧手臂伸直放置于下层托手板上,手臂与托手板之间垫棉垫并妥善固定,防止患者皮肤与托手板金属部分接触引起电灼伤,不可悬空放置,此托手板应与下侧受压手臂平行,不可过度外展,避免神经损伤,同时注意静脉通路是否通畅,是否出现因体位变化时牵拉输液通路引起的药液外渗^[6]。将上侧手臂自然放置在上层托手板的凹槽中,凹槽中垫棉垫,轻轻固定,并调节托手板的万向旋钮,调整托架的方向,使上侧手臂倾斜向上摆放,上侧手臂稍抬高,使肘关节与肩关节平齐,上侧上肢肩关节与身体的纵轴必须小于90°,有利于上侧手臂及肩背部肌肉放松及功能的维持,改变以往将上侧手臂悬挂于麻醉架上的现象,固定好麻醉架于适宜高度^[7]。

2.4.4 下肢摆放:用长方形腿部软枕将上侧下肢的膝关节至踝关节处垫起,并屈膝60~70°,下垂的踝关节用棉垫垫起,改变以往传统的两腿之间垫腿枕,因传统模式的下肢体位摆放,调整腰桥时会导致腿枕移位、对双腿产生摩擦力和剪切力,还会因上侧下肢对下侧肢体的压力导致患者下侧肢体受压以及下肢深静脉血栓的形成,延迟术后患者早期下床活动的时间,增加肺部感染的风险。改良后的下肢体位垫使病人的上侧下肢压力均匀分散在体位垫上,可有效减少因调整腰桥导致的腿枕移位对双腿产生的摩擦力和剪切力,并改善了远端末梢循环,保护踝关节皮肤,避免受损。下侧下肢伸直,并在外踝处垫棉垫以保护骨隆突处,摆放体位时要特别注意保护腹部及男性生殖器、女性会阴部,防止损伤,妥善安置尿管,避免打折受压,保持尿管通畅,宽约束带固定腿部。

2.4.5 完成体位摆放后,需围绕患者检查1圈,查

看体位摆放是否合理。侧卧位患者的主要受力点为健侧肩峰侧面、肱骨外上髁、髂前上棘、股骨外上髁、外踝等部位,这些部位为骨隆突处或肌肉、脂肪较薄处,受压时间长易引起皮肤压伤。摆放体位时,应仔细检查患者身体每个受力点的情况。对于瘦弱的患者,在骨隆突处加垫凝胶垫,以缓解局部压力,固定大腿部的绑带需避开膝外侧,距膝关节上方或下方 5 cm 处,防止损伤腓总神经^[8-9]。

2.4.6 检查完毕之后用被单盖住患者身体,做好保暖,防止术中发生低体温,必要时可应用保温措施为患者保温^[10-11]。避免使用一建腰桥调节体位,先将手术床整体头高脚低,缓慢将头板降低,抬高腿板,使肋弓、切口、髂骨尽可能在同一平面,切口尽量选择在常规开胸线上,一旦 VATS 失败,可延长切口立即开胸^[12]。术中加强巡视,如出现体位变化及时处理。

2.5 护理评价

2.5.1 皮肤:手术结束后,仔细观察患者未发生皮肤压痕、红斑、破损等不良反应,与传统体位摆放后易出现压痕、红斑成鲜明对比。

2.5.2 管路:妥善固定各管路,尿管尿袋、胸腔引流管各衔接处均要求密封,保证密闭性。避免引流管打折、受压、阻塞,保持引流通畅并妥善固定,写好标识。搬运患者前先夹闭引流管,避免引流瓶倾倒导致空气经管道进入胸腔。引流瓶始终保持低于患者胸腔位置,以免瓶内液体逆流,并交代注意事项。

2.6 随访

术后 3 h 嘱患者少量饮水,24 h 后拔除尿管并下床活动,患者状态良好,主诉无明显不适,有效预防肺不张。术后 36 ~ 48 h 访视患者,患者主诉肢体无疼痛、酸胀、麻木、活动障碍等不适感。术后约 1 周复查胸片肺复张良好,拔除胸腔引流管出院。

3 讨论

侧卧位是胸科手术常用体位之一,做好体位护理,预防护理并发症的发生是手术室护士的重要职责。安全和节力是手术体位摆放的两个要素。合理的手术体位摆放,是手术成功的基本保障,它既需要满足术者操作的要求,使手术视野充分暴露,又需要最大限度地确保患者的舒适与安全。安置患者体位时,动作协调一致,防止气管插管、胃管、尿管等管路脱落,减少并发症的发生^[13]。在当今护理工作量繁重的时期,摆放手术体位操

作的便利性也成为考量护理操作的一个环节,便利和节力的手术摆放方式能够节约手术时间,增加医护人员的满意度。手术体位包括患者的体位、正确使用体位垫以及手术床的操作三部分^[14]。合理的体位垫的使用能够促使患者受力均匀,较少局部受压^[15]。

奋进新时代,开启新征程。“十四五”期间持续赋能医护人员,运用新技术、新手段深化优质护理,丰富和拓展护理服务的广度和内涵^[16]。随着当今医疗水平进入高速发展时期,各种手术新技术、新业务的不断开展,对手术配合特别是手术体位提出越来越高的要求,而体位护理一直是手术工作中的重点及难点^[17]。本文通过对 1 例胸科侧卧位患者的护理,得到了手术医生的充分认可;术前评估患者的需求,增强患者对疾病的相关知识,并提供健康宣教^[18],体现了优质护理的优势,得到了患者的高度好评。因此,身为手术室护士,我们要有高度的责任心,在手术体位摆放时要充分考虑到患者的个体差异,确保体位摆放安全、充分暴露术野、舒适、合理,注意保护受压肢体,防止神经血管损伤,在传统体位摆放的基础上,结合当下手术需求,适当做出合理的调整,尽可能的减少或消除术后护理并发症。在手术过程中,患者的行为和能力受到限制,许多感觉无法感知和表达,手术室护士术中应仔细观察患者的各种生理心理反应,为患者创造一个安全舒适的手术环境,让患者平安舒适地度过手术期^[19]。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 姚丽娟,李红梅,钱卫琴,等. 新型手术侧卧位固定垫的设计与临床应用[J]. 护理学报, 2019, 26(17): 77-78.
YAO L J, LI H M, QIAN W Q, et al. Design and clinical application of a new type of surgical lateral position fixation pad [J]. J Nurs China, 2019, 26(17): 77-78. (in Chinese)
- [2] 王灵英,胡黎敏,周海棠,等. 自制可调节枕头在侧卧位手术中的应用[J]. 中国实用护理杂志, 2016, 32(7): 541-542.
WANG L Y, HU L M, ZHOU H T, et al. Application of self-made adjustable pillow in lateral position surgery [J]. Chin J Pract Nurs, 2016, 32(7): 541-

542. (in Chinese)
- [3] 吴志环, 杨秋香, 郑姿颖. 手术室护理术前访视与宣教对患者术前睡眠及不良情绪的影响分析[J]. 世界睡眠医学杂志, 2023, 10(3): 592-594.
WU Z H, YANG Q X, ZHENG Z Y. Analysis of the impact of preoperative nursing visits and education on preoperative sleep and adverse emotions of patients in the operating room [J]. World J Sleep Med, 2023, 10(3): 592-594. (in Chinese)
- [4] 段青鸾, 林珂. 正念疗法在外科手术患者围手术期护理中的应用进展[J]. 中西医结合护理, 2021(1): 141-144.
DUAN Q L, LIN K. The progress of mindfulness behavior therapy in the preoperative nursing [J]. Chin J Integr Nurs, 2021(1): 141-144. (in Chinese)
- [5] 张雅萱, 张磊, 唐玲, 等. 1例肩关节镜手术体位摆放的护理体会[J]. 中西医结合护理, 2023(2): 206-209.
ZHANG Y X, ZHANG L, TANG L, et al. Patient positioning and nursing cooperation of arthroscopic surgery of the shoulder: a case report [J]. Chin J Integr Nurs, 2023(2): 206-209. (in Chinese)
- [6] 谢彩霞, 赵萌, 彭朋, 等. 手术患者静脉输液药物渗出的原因分析及护理对策[J]. 中西医结合护理, 2021(8): 61-64.
XIE C X, ZHAO M, PENG P, et al. Causes analysis and nursing countermeasures of drug exudation by intravenous infusion in operation patients [J]. Chin J Integr Nurs, 2021(8): 61-64. (in Chinese)
- [7] 方文花, 苏毅鹏, 刘碧珍. 舒适护理在胸科侧卧位手术中的应用[J]. 当代护士(下旬刊), 2012(9): 105-106.
FANG W H, SU Y J, LIU B Z. Application of comfortable nursing in thoracic surgery in lateral position [J]. Today Nurse, 2012(9): 105-106. (in Chinese)
- [8] 邢宝坤. 患者手术体位摆放的原则方法及注意事项[J]. 药物与人, 2014, 27(4): 231.
XING B K. Principles, methods and precautions of patients' surgical posture placement [J]. Med People, 2014, 27(4): 231. (in Chinese)
- [9] 乔莉娜, 金鲜珍, 廖春艳, 等. 外科重症患者压疮发生的危险因素分析及护理措施[J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(8): 179-180.
QIAO L N, JIN X Z, LIAO C Y, et al. Risk factors analysis and nursing measures of pressure sore in severe surgical patients [J]. J Clin Med Pract, 2016, 20(8): 179-180. (in Chinese)
- [10] 朱秋燕, 吴婉英, 王丽芬, 等. 围手术期低体温的影响因素及预防措施研究进展[J]. 护士进修杂志, 2022, 37(2): 141-145.
ZHU Q Y, WU W Y, WANG L F, et al. Research progress of influencing factors and preventive measures of inadvertent perioperative hypothermia [J]. J Nurses Train, 2022, 37(2): 141-145. (in Chinese)
- [11] 杨丽. 手术室保温措施对老年全髋关节置换患者术中低体温、应激反应及凝血功能的影响[J]. 黑龙江医药科学, 2021, 44(4): 175-176.
YANG L. Effects of heat preservation measures in operating room on hypothermia, stress response and coagulation function in elderly patients undergoing total hip replacement [J]. Heilongjiang Med Pharm, 2021, 44(4): 175-176. (in Chinese)
- [12] 王国珍. 胸腔镜在胸科手术中的应用与护理配合[J]. 中国保健营养, 2012, 22(16): 3432-3433.
WANG G Z. Application and nursing cooperation of thoracoscope in thoracic surgery [J]. China Health Care Nutr, 2012, 22(16): 3432-3433. (in Chinese)
- [13] 陈挺晖, 吴秀红, 魏永婷, 等. 三种侧卧位摆放方法在胸科手术中的应用效果观察[J]. 中国护理管理, 2015, 15(11): 1338-1340.
CHEN T H, WU X H, WEI Y T, et al. The application effect of three kinds of lateral decubitus placement methods in the thoracic operation [J]. Chin Nurs Manag, 2015, 15(11): 1338-1340. (in Chinese)
- [14] 彭爱红, 张丽君, 林泳. 改良式胸科手术侧卧位的应用研究[J]. 国际医药卫生导报, 2012, 18(7): 1041-1044.
PENG A H, ZHANG L J, LIN Y. Application of modified lateral position in thoracic surgery [J]. Int Med Health Guid Issues, 2012, 18(7): 1041-1044. (in Chinese)
- [15] 张婧, 钟迎春. 改良式侧卧位在胸外科手术中的应用[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(9): 37.
ZHANG J, ZHONG Y C. Application of improved lateral position in thoracic surgery [J]. Nei Mongol J Tradit Chin Med, 2014, 33(9): 37. (in Chinese)
- [16] 唐玲, 郭红, 祝静, 等. 《北京市“十四五”中医护理发展规划》解读[J]. 中西医结合护理, 2022(7): 157-162.
TANG L, GUO H, ZHU J, et al. Interpretation of the 14th five-year plan for the development of traditional Chinese medicine nursing in Beijing [J]. Chin J Integr Nurs, 2022(7): 157-162. (in Chinese)
- [17] 李小寒, 尚少梅. 基础护理学[M]. 5版. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 170.

- LI X H, SHANG S M. Basic nursing science [M]. Version 5. Beijing: People's Health Publishing House, 2012: 170.
- [18] 白丽, 朱恒美, 黎秀智, 等. 肝癌术后复发再次手术切除患者内心感受的质性研究[J]. 中西医结合护理, 2021(3): 60-62.
- BAI L, ZHU H M, LI X Z, et al. A qualitative research on feelings of patients undergoing surgical resection for recurrent hepatocellular carcinoma [J]. Chin J Integr Nurs, 2021(3): 60-62. (in Chinese)
- [19] 黄静. 正确安置侧卧位防止手术并发症的发生[J]. 福建中医药, 2010, 41(3): 60-61.
- HUANG J. Correct placement of lateral position to prevent surgical complications [J]. Fujian J Tradit Chin Med, 2010, 41(3): 60-61. (in Chinese)

声明:此案例经过本平台同行评议,全文开放获取,采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。