

自制 15°斜坡垫肩背部斜仰卧位联合下半身截石位在复杂性肾结石患者术中体位护理中的应用

程风华

(河南省周口市中心医院手术室 周口 466099)

摘要:目的:分析自制 15° 斜坡垫肩背部斜仰卧位联合下半身截石位在复杂性肾结石患者术中体位护理中的应用效果。方法:选取 2018 年 5 月~2020 年 2 月收治的复杂性肾结石患者 109 例,均行经皮肾镜联合输尿管镜取石术,其中 55 例采用自制 15° 斜坡垫肩背部斜仰卧位联合下半身截石位为试验组,另 54 例采用常规体位为对照组。比较体位摆放时间、手术时间、术中出血量、术后出血量、生命体征(舒张压、收缩压、心率、呼吸频率、血氧饱和度)、舒适度、术后残石率。结果:试验组体位摆放时间较对照组短、术中出血量较对照组少($P<0.05$);两组舒张压、收缩压、心率、呼吸频率、血氧饱和度比较,差异无统计学意义($P>0.05$);试验组舒适度评分高于对照组($P<0.05$);试验组术后残石率 5.45%(3/55)低于对照组 18.52%(10/54)($P<0.05$)。结论:自制 15° 斜坡垫肩背部斜仰卧位联合下半身截石位应用于复杂性肾结石临床手术,可缩短体位摆放时间,减少术中出血量,降低术后残石率,提高舒适度。

关键词:复杂性肾结石;体位护理;经皮肾镜取石术;自制 15° 斜坡垫肩背部斜仰卧位

中图分类号:R473.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.02.073

肾结石是临床高发泌尿系统疾病,其发病率约为 10%,其中复杂性肾结石由于病情复杂、嵌顿较多而治疗难度较大^[1]。由于微创手术不断进展,经皮肾镜联合输尿管镜取石术对复杂性肾结石的效果得到临床认可。有研究指出,经皮肾镜联合输尿管镜取石术治疗复杂性肾结石具有出血量少、手术时间短、术后恢复快等优势,且术后并发症较少^[2]。但双镜手术需转换体位,影响手术流畅,降低患者舒适度。本研究选取我院复杂性肾结石患者行经皮肾镜联合输尿管镜取石术,旨在分析自制 15° 斜坡垫肩背部斜仰卧位联合下半身截石位的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2018 年 5 月~2020 年 2 月收治的复杂性肾结石患者 109 例,均行经皮肾镜联合输尿管镜取石术,其中 55 例采用自制 15° 斜坡垫肩背部斜仰卧位联合下半身截石位为试验组,另 54 例采用常规截石位转侧卧位为对照组。对照组男 39 例,女 15 例;年龄 40~69 岁,平均(54.58±7.03)岁;结石直径 23~44 mm,平均(33.63±4.92)mm;左侧 29 例,右侧 25 例。试验组男 38 例,女 17 例;年龄 39~71 岁,平均(55.11±7.23)岁;结石直径 22~46 mm,平均(34.01±5.08)mm;左侧 28 例,右侧 27 例。两组基线资料均衡可比($P>0.05$)。

1.2 入组标准 (1)纳入标准:经 X 线检查、超声检查确诊为复杂性肾结石;拟行经皮肾镜取石术;年龄>18 周岁;患者知情本研究并签署知情同意书。(2)排除标准:合并心肺功能障碍;麻醉、手术不耐

受;近期行髋关节手术,不适宜本研究体位摆放;沟通功能受限。

1.3 治疗方法 (1)对照组采用常规体位。患侧向上,抬高腰桥,头向下低 10°,脚向下低 20°;手术床两侧固定腿架,架起患者下肢并在腿架上固定,逆行插入导尿管;改为仰卧位,结石侧以沙袋垫高 30°~45°成斜仰卧位,贴近手术床沿,显露腋后线。(2)试验组采用自制 15° 斜坡垫肩背部斜仰卧位联合下半身截石位。手术床上固定体位垫,铺好防水单布,患侧靠近手术床沿,并将身体超出床沿 5~10 cm 向健侧旋转 60°~75°,腰肋、肩胛垫好体位垫,双手交叉于胸前,呈 15° 斜坡垫肩背部斜仰卧位,固定外展与臀部高度一致的患侧下肢,下肢高于手术台 10 cm,双腿夹角约 45°,15° 斜坡垫肩背部斜仰卧位 60°,呈截石位。两组均行经皮肾镜联合输尿管镜取石术。

1.4 观察指标 (1)统计两组体位摆放时间、手术时间、术中出血量、术后出血量。(2)比较两组舒张压(DBP)、收缩压(SBP)、心率(HR)、呼吸频率、血氧饱和度(SaO₂)。(3)以 Kolcaba 舒适状况量表(GCO)评估舒适度,共 28 项,采用 4 级评分法计分,分值越高表明舒适度越高。(4)统计术后残石率。

1.5 统计学分析 通过 SPSS22.0 统计学软件处理数据,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验,计数资料以%表示,行 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义,检验标准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组手术相关指标对比 试验组体位摆放时

间较对照组短、术中出血量较对照组少($P<0.05$)。两组手术时间、术后出血量比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 两组手术相关指标对比($\bar{x}\pm s$)

组别	n	体位摆放时间 (min)	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	术后出血量 (ml)
试验组	55	8.92± 1.35	37.94± 9.11	1.42± 0.61	0.22± 0.08
对照组	54	18.15± 2.46	39.02± 8.95	2.01± 0.72	0.20± 0.10
t		24.343	0.624	4.619	1.154
P		<0.001	0.534	<0.001	0.251

2.2 两组生命体征对比 两组 DBP、SBP、HR、呼吸频率、SaO₂ 比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

表 2 两组生命体征对比($\bar{x}\pm s$)

组别	n	DBP (mm Hg)	SBP (mm Hg)	HR (次/min)	呼吸频率 (次/min)	SaO ₂ (%)
试验组	55	73.45± 7.22	125.06± 9.67	79.42± 8.15	19.18± 2.06	98.57± 1.02
对照组	54	75.06± 7.41	124.33± 9.58	80.13± 8.37	19.45± 2.12	98.24± 1.13
t		1.149	0.396	0.449	0.674	1.601
P		0.253	0.693	0.655	0.502	0.112

2.3 两组舒适度对比 试验组 GCO 评分为(79.64± 7.55)分,对照组为(71.22± 7.07)分。试验组 GCO 评分高于对照组($t=6.008, P<0.001$)。

2.4 两组术后残石率对比 试验组术后出现结石残留 3 例,对照组出现结石残留 10 例。两组比较,试验组术后残石率 5.45% (3/55) 低于对照组的 18.52% (10/54) ($\chi^2=4.427, P=0.035$)。

3 讨论

复杂性肾结石临床较常见,临床治疗以手术为主,但由于复杂性肾结石伴有多段嵌顿,导丝通过困难,采用输尿管镜或肾镜手术均难以一次性完成手术。相关研究指出,经皮肾镜联合输尿管镜取石术是治疗复杂性肾结石的有效术式,可减少术后并发症,降低术后出血风险,提高结石清除率^[3]。但经皮肾镜与输尿管镜术中体位摆放有所差异,体位更换后需再次消毒,破坏手术连贯性,同时若上下端手术无法同时指引,可导致手术失败。因此,改善体位成为经皮肾镜联合输尿管镜取石术研究重要方向。由于输尿管镜需采用截石位进行操作,临床由平卧位、侧卧位、改良斜卧位等进展到联合体位^[4-6]。本研究中自制 15° 斜坡垫肩背部斜仰卧位联合下半身截石位即为改良后联合体位。与常规体位相比,联合体位具有以下优势:(1)无须多次体位转换,无须重复消毒铺巾,有助于缩短总体时间。本研究中试验组体位摆放时间较对照组短 ($P<0.05$),表明自制 15° 斜坡垫肩背部斜仰卧位联合下半身截石位可明

显缩短体位摆放时间。(2)对于严重狭窄或嵌顿患者,可同时进行上下端手术,减少通道穿刺,降低出血风险及肾组织损伤。本研究中试验组术中出血量较对照组少 ($P<0.05$),证实自制 15° 斜坡垫肩背部斜仰卧位联合下半身截石位可减少术中出血量。(3)体位转换减少可避免结石移动,使结石位置与影像学检查结果一致,避免由于结石移动而降低结石清除率。本研究中试验组术后残石率较对照组低 ($P<0.05$),表明自制 15° 斜坡垫肩背部斜仰卧位联合下半身截石位有助于降低术后残石率。

联合体位优势较多,复杂性肾结石多临床多采用联合体位进行手术,目前以斜仰卧位联合截石位为主,其中斜仰卧位为 30° ~45°,且患侧背部距离手术台较高,术中可能出现肌肉酸痛,且软垫并非手术室专用,难以根据患者具体情况方便、安全、快速使用,具有一定局限性^[7-8]。本研究中选择 15° 斜坡垫肩背部斜仰卧位进行固定,同时下半身取截石位,患者腰部扭转程度较小,有助于降低患者不适感。本研究中试验组 GCO 评分高于对照组 ($P<0.05$),提示自制 15° 斜坡垫肩背部斜仰卧位联合下半身截石位可提高患者舒适度。

综上所述,自制 15° 斜坡垫肩背部斜仰卧位联合下半身截石位应用于复杂性肾结石临床手术,可缩短体位摆放时间,减少术中出血量,降低术后残石率,提高舒适度。

参考文献

[1]刘宗来,袁强,张志,等.复杂性肾结石的临床治疗进展[J].腹腔镜外科杂志,2018,23(3):228-231.
[2]谷亚明,韩阳军,左超,等.经皮肾镜取石术联合输尿管软镜钬激光碎石术治疗复杂性肾结石的临床疗效[J].国际外科学杂志,2019,46(9):606-610.
[3]李天,许可慰,谢清灵,等.单通道微创经皮肾镜碎石取石术联合输尿管软镜碎石取石术在斜仰卧截石位下治疗鹿角形结石的临床分析[J].实用医学杂志,2019,35(12):2025-2028.
[4]张卫生.不同手术体位经皮肾镜术治疗复杂性肾结石时患者血流动力学及疗效对比观察[J].医学理论与实践,2018,31(1):63-65.
[5]王大明,于德新,谢栋栋,等.改良俯卧分腿位双镜联合处理复杂性肾结石合并同侧输尿管结石的临床研究[J].中华泌尿外科杂志,2019,40(9):685-689.
[6]兰勇,朱圣亮,陈洪波,等.斜侧仰卧位微创经皮肾镜取石术治疗复杂性肾结石疗效分析[J].国际泌尿系统杂志,2018,38(2):202-206.
[7]邹生龙.不同体位对复杂性肾结石患者经皮肾镜碎石术治疗效果的影响分析[J].当代医学,2019,25(33):149-150.
[8]何花,张洁,陈若愚.斜仰卧-截石位经皮肾镜取石术的护理方法及对病人的影响[J].全科护理,2019,17(11):1340-1341.

(收稿日期: 2020-10-12)