

改良侧卧位在贲门癌患者手术中的应用

程凤华

(河南省周口市中心医院手术室 周口 466000)

摘要:目的:分析改良侧卧位在贲门癌患者手术中的应用效果。方法:回顾性选取 2018 年 4 月~2019 年 12 月治疗的 95 例贲门癌患者临床资料,均予以贲门癌切除术治疗,对照组 47 例予传统体位管理干预,改良组 48 例予改良侧卧位管理干预,比较两组手术相关指标(体位摆放时间、手术时间、术中出血量)、术野暴露满意度与淋巴结清扫难度评分、术后并发症发生率。结果:改良组体位摆放时间、手术时间均短于对照组,术中出血量低于对照组($P<0.05$);改良组术野暴露满意度高于对照组,淋巴结清扫难度评分低于对照组($P<0.05$);改良组术后并发症发生率较对照组降低($P<0.05$)。结论:在贲门癌手术中,改良侧卧位管理干预可缩短体位摆放时间、手术时间,减少术中出血量,充分暴露术野,便于淋巴结清扫,还可降低术后体位并发症发生风险。

关键词:贲门癌;改良侧卧位;术野暴露满意度;体位并发症

中图分类号:R473.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.03.071

上消化道恶性肿瘤近年发病率逐年上升,仅次于肺癌、乳腺癌之后,贲门癌占有重要比重,有逐渐增高的趋势^[1-2]。目前贲门癌主要治疗手段是手术治疗,因此提高手术安全性对患者手术效果及预后具有重要意义^[3]。合适的手术体位是手术成功的必要条件,对于贲门癌手术而言,传统体位存在术野暴露不充分、诱发并发症等问题,随着护理管理的发展,体位管理也逐渐应用于手术室中。本研究探讨改良侧卧位在贲门癌患者手术中的应用效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性选取 2018 年 4 月~2019 年 12 月我院治疗的 95 例贲门癌患者临床资料,予以传统体位管理干预的 47 例患者为对照组,予以改良侧卧位管理干预的 48 例患者为改良组。改良组男 27 例,女 21 例;年龄 43~70 岁,平均(56.40±6.52)岁;病程 1~5 年,平均(2.98±0.97)年。对照组男 26 例,女 21 例;年龄 45~70 岁,平均(57.23±6.07)岁;病程 1~6 年,平均(3.10±1.04)年。两组基线资料均衡可比($P>0.05$)。

1.2 选取标准 (1)纳入标准:经临床症状、胃镜、增强 CT、病理检查确诊为贲门癌;既往未行手术、放化疗治疗,有手术治疗指征,行切除术治疗,预计生存时间≥6 个月;临床资料完整。(2)排除标准:认知障碍或意识不清者;合并骨折、肢体残疾等活动受限者;患有影响感觉、运动功能的神经系统疾病者;合并循环功能障碍者;合并血液系统疾病者。

1.3 干预方法

1.3.1 对照组 使用传统体位管理干预,常规准备体位用物,麻醉起效后摆放传统右侧卧位,头枕下侧手臂前伸,固定于托手架(在下),外展 $<90^\circ$,上侧手臂固定在托手架(在上)调节体位架关节旋钮,调整手臂位置,尽量让患者上肢远离躯体,然后使用约束带固定患者双上肢,胸腋下 10 cm 垫软垫,上腿弯曲,下腿伸直,膝间垫软枕,在骶尾部、耻骨联合处使用骨盆

架,调节骨盆架各旋钮调整角度、距离以固定,并对膝关节使用约束带固定,配合医师完成手术。

1.3.2 改良组 予以改良侧卧位管理干预。(1)术前评估与心理护理:对贲门癌手术的担忧、恐惧,易发生术前僵直,甚至震颤,此状态下易发生皮肤压力性损伤,术前由巡回护士访视患者,主动与患者沟通交流,进行安慰与鼓励,缓解不良心理状态;并协助患者模拟手术体位,增加信任感,借此了解患者体型、皮肤状态、有无合并骨质疏松或类风湿等疾病(此类疾病易引发骨折或关节变形,注意术中不可将肢体摆放成功能位,且要保证动作轻柔)。(2)准备用物:相较于传统右侧卧位手术,除约束带、下肢体位垫不变外,胸腋垫根据患者体型准备(薄厚、宽窄、大小适宜),抱球垫(10 cm×20 cm×30 cm)、硅胶头圈 1 个,软棉布长手术单 2 个等。(3)体位安置:身下铺长手术单,摆放右侧 $30^\circ\sim75^\circ$ 的改良侧卧位,侧翻患者,保持左侧在上,中单下压圆枕(大小根据手术需求决定),平整塞入床垫,以固定患者背侧,保持胸部后倾,利于手术最佳角度选取,胸下垫软枕,高度以患者肩宽为标准,与患者腋窝保持一拳距离,腋窝悬空可避免腋动静脉、胸廓、臂丛神经受压,保证正常呼吸;头下垫硅胶头圈,使用手术单包裹放于头下,缓冲压力,并保持患者脸部清洁,防止侧耳部、颜面部受压;经护理人员反复亲身体验,证实在睡眠状态下人体双前臂朝向头部,呈 $20^\circ\sim45^\circ$ 夹角时最为舒适,患者下侧手臂自然置于头侧,双上肢间置抱球垫,双臂自然弯曲呈环抱状,保持睡眠样状态,用长手术单包裹固定患者双上肢,但须露出手指,将末端塞在床下,固定在床旁;臀部前后置软垫,用约束带、软棉布固定于手术床,两腿间垫软枕,双下肢呈“走步态”,下侧脚踝部垫软垫防止压伤,此种摆放增加术者操作空间,避免各韧带、关节、肌肉过度牵拉。

1.4 观察指标 (1)手术相关指标,包括体位摆放时间、术中出血量、手术时间。体位摆放时间:麻醉

结束,巡回护士遵指令摆放体位开始计时,至体位摆放固定好结束;术中出血量:吸引器内血量、止血纱布及止血垫浸透血量,手术室常用纱布、方止血垫、长止血垫规格为 35 cm× 35 cm、30 cm× 30 cm、10 cm× 45 cm,经试验发现血液浸透时每块含血量约为 25 ml、80 ml、30 ml;手术时间:巡回护士记录,从医生切皮至缝合皮肤结束用时。(2)术野暴露满意度与淋巴结清扫难易度,术后由医生对每例手术术野暴露满意度进行评分,2分:满意;1分:一般;0分:不满意。淋巴结清扫难易度评分,困难:2分;一般:1分,容易:0分。统计并记录上述评分。(3)术后 48 h 内对患者进行相关并发症发生情况统计,包括手臂麻木、肌肉酸痛、压力性损伤,本研究发生的压力性损伤为 1 期(指压不变白的红斑)。

1.5 统计学分析 采用 SPSS22.0 软件进行数据分析,计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,行 t 检验,计数资料用 % 表示,行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术相关指标比较 改良组体位摆放时间、手术时间均短于对照组,术中出血量低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组手术相关指标比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	体位摆放时间(min)	术中出血量(ml)	手术时间(h)
改良组	48	6.23± 1.02	380.76± 20.15	3.62± 0.51
对照组	47	9.01± 2.13	410.14± 22.24	4.03± 0.60
t		8.140	6.819	3.591
P		<0.001	<0.001	0.001

2.2 两组术野暴露满意度与淋巴结清扫难易度评分比较 改良组术野暴露满意度评分高于对照组,淋巴结清扫难易度评分低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组术野暴露满意度与淋巴结清扫难易度评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	术野暴露满意度	淋巴结清扫难易度
改良组	48	1.61± 0.34	1.03± 0.45
对照组	47	1.20± 0.40	1.52± 0.41
t		5.387	5.544
P		<0.001	<0.001

2.3 两组术后体位并发症发生情况比较 改良组术后体位并发症发生率较对照组低 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组术后体位并发症发生情况比较[例(%)]

组别	n	手臂麻木	肌肉酸痛	压力性损伤	总发生
改良组	48	1(2.08)	2(4.17)	0(0.00)	3(6.25)
对照组	47	3(6.38)	6(12.77)	2(4.26)	11(23.40)
χ^2					5.562
P					0.018

3 讨论

手术室体位管理最终目的是保证手术顺利进行与患者安全,体位摆放管理原则是在提高安全前提下充分暴露术野,为术者提供最佳手术配合^[4-6]。

本研究将改良侧卧位管理干预应用于贲门癌手

术中,结果发现,改良组体位摆放时间、手术时间均短于对照组,术中出血量低于对照组 ($P < 0.05$),表明改良侧卧位管理干预可缩短患者体位摆放时间及手术时间,减少术中出血量。传统体位摆放使用托手板等装置,硬度大,旋钮多,调节费时费力,掌握难度较大,导致手术不易操作,且手术体位保护不到位或摆放位置欠佳均可能影响手术医生操作。而改良侧卧位可通过调整侧卧角度满足手术需求,上肢呈睡眠状放置,无体位架,便于医生术中使用超声刀等长臂工具,选择适合患者的体位垫垫于患者背侧胸枕中单下,随时调整侧卧角度,如探查腹腔后,对于贲门近端以下肿瘤可改仰卧位增大手术视野切除,不污染手术区域,无须重新消毒铺巾,节省手术时间,在较佳视野下便于手术操作,无须人为牵扯空间,减少牵扯引发的出血^[7-9]。此外,本研究发现改良组术野暴露满意度高于对照组,淋巴结清扫难易度评分低于对照组 ($P < 0.05$),相较于传统侧卧位进行贲门癌手术,改良侧卧位能更好显露术野,操作简单,体位更利于清扫胃部淋巴结、纵膈淋巴结,提高医生术野暴露满意度,利于淋巴结清扫。降低手术体位并发症发生风险是体位管理干预的另一目标。本研究实施改良侧卧位管理干预后发现,术后体位并发症发生率低于对照组 ($P < 0.05$),改良侧卧位将上肢手臂屈曲,遵循“抱球状”安置原则,可避免应用体位架,规避角度调节不当引起肢体过度牵拉,促进上肢、肩背部放松;两腿前后分开等摆放可增加肢体支撑面,臀部前后放置软垫等,可避免皮肤压伤,保证平衡与稳定,患者体位舒适,减少术后上肢酸痛;腋窝悬空避免血液回流受阻、臂丛神经受损,整体降低术后手臂麻木、肌肉酸痛等并发症发生风险。

综上所述,改良侧卧位管理干预应用于贲门癌手术中,不仅可缩短体位摆放时间、手术时间,减少术中出血量,充分暴露术野,便于淋巴清扫,还能降低术后体位并发症发生率,提高手术安全性。

参考文献

[1]李道娟,梁迪,靳晶,等.上消化道恶性肿瘤流行病学趋势[J].肿瘤预防与治疗,2018,31(1):62-68.
 [2]李胜.6000 例高危人群上消化道癌筛查结果分析[J].医学临床研究,2018,35(10):1908-1910.
 [3]刘伟,王占文,仲丽静,等.手助腹腔镜在胃贲门癌根治术中的手术配合[J].河北医药,2018,40(22):3501-3504.
 [4]王芝静,贾汝福,孙杰,等.体位管理流程在神经外科侧卧位手术患者体位安置中的应用[J].中华现代护理杂志,2017,23(18):2413-2418.
 [5]程柳榕,柯雅娟,朱宏颖,等.手术室体位护理对脑瘤患者长时间手术压疮形成的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2019,26(2):246-248.
 [6]郑凤燕,曹茜,张丽青,等.可调节式按需求改良体位在腹部手术患者中的应用效果[J].温州医科大学学报,2018,48(8):611-614.
 [7]陈晓琴,徐小群,谢张黄,等.改良侧卧位在胸腔镜食管癌手术中的应用研究[J].中国现代医生,2017,55(21):76-79.
 [8]刘艳玲,杜丽娟,黄萍,等.改良侧卧位在胸科手术中的应用[J].中国实用护理杂志,2017,33(29):2267-2270.

(收稿日期: 2020-09-24)