

改良式中凹截石位在腹腔镜宫颈癌根治术患者手术室体位护理中的应用

王鸣新

(河南省安阳市妇幼保健院手术室 安阳 455000)

摘要:目的:探讨改良式中凹截石位应用于腹腔镜宫颈癌根治术患者中的效果。方法:选取 2018 年 9 月~2020 年 3 月收治的接受腹腔镜宫颈癌根治术治疗的 94 例宫颈癌患者为研究对象,2018 年 9 月~2019 年 4 月收治的 46 例患者为对照组,采用头低足高截石位,2019 年 5 月~2020 年 3 月收治的 48 例患者为观察组,采用改良式中凹截石位。比较两组体位摆放前、体位摆放后 1 min 血压(收缩压、舒张压)、术后 24 h 舒适度、术后体位相关并发症(下肢麻木、肩部疼痛、高碳酸血症)发生率。结果:体位摆放前,两组收缩压、舒张压比较无明显差异($P>0.05$);体位摆放后 1 min,两组收缩压、舒张压均上升,但观察组低于对照组($P<0.05$)。观察组术后 24 h 舒适度优于对照组($P<0.05$)。观察组下肢麻木、肩部疼痛、高碳酸血症发生率分别为 6.25%、4.17%、4.17%,低于对照组的 30.43%、28.26%、23.91%($P<0.05$)。结论:改良式中凹截石位应用于宫颈癌患者腹腔镜根治术中,可稳定血压,提高术后舒适度与手术安全性。

关键词:宫颈癌;改良式中凹截石位;头低足高截石位;腹腔镜宫颈癌根治术;手术室体位护理;舒适度

中图分类号:R473.73

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.10.075

宫颈癌为女性多发恶性肿瘤,发病率仅次于乳腺癌,是癌症患者病死的重要原因,极大威胁患者身心健康^[1]。早期宫颈癌患者首选外科手术治疗,宫颈癌根治术是其中重要术式之一,能有效延长生存周期^[2]。随着微创技术不断进步,腹腔镜凭借微创、并发症少、恢复快等优势,在宫颈癌根治术中广泛应用。体位舒适是手术过程中的护理重点,合适体位能更好地暴露手术视野,便于术者操作,进而缩短手术时间,减少术中出血量,改善患者预后。传统头低足高截石位借助重力使盆腔脏器移位,手术视野优良,但易引发下肢血流淤积、腓总神经损伤、深静脉血栓形成等并发症^[3]。因此,改良传统截石位成为目前临床研究重点。本研究选取我院宫颈癌患者为研究对象,探讨改良式中凹截石位在腹腔镜根治术手术室体位护理中的应用效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 9 月~2020 年 3 月我院收治的接受腹腔镜宫颈癌根治术治疗的 94 例宫颈癌患者为研究对象,2018 年 9 月~2019 年 4 月收治的 46 例患者为对照组,2019 年 5 月~2020 年 3 月收治的 48 例患者为观察组。对照组年龄 43~64 岁,平均(53.13±4.96)岁;体质量 45.3~71.5 kg,平均(58.23±6.36) kg;美国麻醉医师协会(ASA)分级:19 例 I 级,27 例 II 级。观察组年龄 41~65 岁,平均(54.02±5.08)岁;体质量 45.0~71.8 kg,平均(59.15±6.14) kg;ASA 分级:23 例 I 级,25 例 II 级。两组年龄、体质量、ASA 分级等基线资料均衡可比($P>0.05$)。

1.2 纳入及排除标准 (1)纳入标准:患者知情,自

愿签署知情同意书;经病理学检查确诊为宫颈癌;有明确手术指征。(2)排除标准:伴有循环与呼吸系统疾病、心肺功能障碍、凝血功能障碍、皮肤病、下肢运动障碍、语言沟通障碍、认知功能障碍;术前伴有下肢深静脉血栓;伴有影响体位摆放的骨关节疾病。

1.3 护理方法

1.3.1 对照组 采用头低足高截石位。全身麻醉,患者取仰卧位,尾骶部超出手术床 1 cm 左右,小腿放置于支腿架,使膝关节以上部位与腹部夹角呈 15°,大腿间夹角呈 70°~85°,头低足高 30°,使用肩托固定肩部,至手术结束。

1.3.2 观察组 采用改良式中凹截石位。全身麻醉前患者取仰卧位,将支腿架固定在床边,与手术床脚板平齐并向外展 20°~30°,嘱咐患者将小腿放在支腿架上,腘窝悬空,卸下搁脚板,使臀部超出手术床 7~10 cm,在腰骶部垫软垫,膝关节以上部位与腹部接近水平位,将双腿分开呈 100°~110°,询问患者舒适度,调整至最佳舒适状态,以约束带固定下肢,以肩托固定肩部,行全身麻醉,后向头低足高 30°倾斜,将头面部、肩部、胸部抬高 20°,至手术结束。

1.4 观察指标 (1)比较两组体位摆放前、体位摆放后 1 min 血压水平,包括收缩压(SBP)、舒张压(DBP),以心电监护仪(桂林优利特医疗电子有限公司,型号:A68A)测定。(2)评估两组术后 24 h 舒适度,共分为 4 级,I 级:无任何不适感;II 级:轻微不适,偶有麻木或酸痛感,但可忍受;III 级:中度不适,下肢伴有麻木感与较重酸痛感;IV 级:重度不适,麻木与酸痛感明显^[4-5]。(3)比较两组术后体位相关并

发病发生情况,包括下肢麻木、肩部疼痛、高碳酸血症。

1.5 统计学分析 通过 SPSS22.0 统计学软件分析数据,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,等级资料采用 Ridit 分析, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组血压情况比较 体位摆放前,两组 SBP、DBP 比较无明显差异 ($P > 0.05$); 体位摆放后 1 min,两组 SBP、DBP 均上升,但观察组低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组血压情况比较 (mm Hg, $\bar{x} \pm s$)						
组别	n	SBP		DBP		
		体位摆放前	体位摆放后 1 min	体位摆放前	体位摆放后 1 min	
观察组	48	125.36± 6.44	129.58± 7.18	82.05± 5.79	86.34± 6.18	
对照组	46	124.13± 6.25	135.87± 7.69	81.43± 5.62	90.48± 6.41	
t		0.939	4.101	0.567	3.188	
P		0.350	<0.001	0.600	0.002	

2.2 两组舒适度比较 观察组术后 24 h 舒适度优于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组舒适度比较[例(%)]					
组别	n	I 级	II 级	III 级	IV 级
观察组	48	37 (77.08)	8 (16.67)	3 (6.25)	0 (0.00)
对照组	46	16 (34.78)	19 (41.30)	9 (19.57)	2 (4.35)
U					3.692
P					<0.001

2.3 两组术后体位相关并发症比较 观察组下肢麻木、肩部疼痛、高碳酸血症发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组术后体位相关并发症比较[例(%)]				
组别	n	下肢麻木	肩部疼痛	高碳酸血症
观察组	48	3 (6.25)	2 (4.17)	2 (4.17)
对照组	46	14 (30.43)	13 (28.26)	11 (23.91)
t		9.274	10.168	7.686
P		0.002	0.001	0.006

3 讨论

现代护理理念要求从患者生理、文化、心理、精神等多方面出发,在其围术期提供最佳护理服务^[6]。因此,手术室护理已不再局限于配合开展手术与麻醉工作,保证手术顺利进行,还要注重提高患者舒适度,预防并发症发生,其中体位护理在围术期护理中占据重要位置^[7]。

本研究将改良式中凹截石位应用于宫颈癌患者腹腔镜根治术中,结果显示,体位摆放后 1 min,两组 SBP、DBP 均上升,但观察组低于对照组 ($P < 0.05$),提示改良式中凹截石位应用于宫颈癌患者腹腔镜根治术中,可稳定血压。究其原因,头低足高截

石位下双腿较心脏平面高,加之麻醉药物影响,使得外周血管扩张,造成血压波动,而改良式中凹截石位下双腿高度较低,下肢变化幅度小,可减轻对循环功能影响。本研究发现,观察组术后 24 h 舒适度优于对照组 ($P < 0.05$),提示改良式中凹截石位应用于宫颈癌患者腹腔镜根治术中,可提高术后舒适度。这是由于改良式中凹截石位在全身麻醉前进行,此时患者意识清醒,可配合完成体位摆放,能避免摆放体位时由于肢体角度过大造成的肌肉损伤,减少术后肢体疼痛等不适,提高患者舒适度。

罗小香等^[8]发现,对腹腔镜下子宫切除术患者给予改良式中凹截石位体位护理,下肢麻木、肩部疼痛、高碳酸血症发生率分别为 6.10%、4.10%、4.10%,明显低于采用头低足高截石位的对照组 26.50%、26.50%、22.40%。本研究结果显示,观察组下肢麻木、肩部疼痛、高碳酸血症发生率均低于对照组 ($P < 0.05$),与上述研究结果基本一致。这是由于头低足高截石位下膝关节受支腿架顶压,小腿血流不畅,易形成深静脉血栓,而改良式中凹截石位下膝关节以上部位与腹部接近水平位,能加速下肢血液回流,降低局部静脉内压,减少小腿麻木、血栓形成风险;头低足高截石位下肩部承受巨大重量,术后肩部疼痛发生率高,而改良式中凹截石位将患者头面部、肩部、胸部抬高 20°,能明显减少肩部承重,降低肩部疼痛发生率;头低足高截石位下行腹腔镜手术,膈肌抬高、肺底部受压,影响组织溶解与吸收二氧化碳,易引发高碳酸血症,而改良式中凹截石位下患者膈肌抬高程度较低,可改善肺底部受压,提高肺部顺应性,利于降低肺部并发症。综上所述,改良式中凹截石位应用于宫颈癌患者腹腔镜根治术中,可稳定血压,提高术后舒适度与手术安全性。

参考文献

[1]吴洪香,邵继宏,张昱佳.康复护理联合电针对宫颈癌根治术后膀胱功能恢复及生活质量的影响[J].中医药导报,2017,23(17):126-128.
[2]马尘,闫亚娟,何玥.整体护理干预在腹腔镜下宫颈癌根治术患者围手术期中的应用探究[J].中国医学装备,2017,14(9):100-102.
[3]杨芳,郭浩.改良截石位在腹腔镜宫颈癌根治患者手术护理中的应用[J].中国药物与临床,2019,19(6):1030-1032.
[4]傅钰仙,刘学勤.特殊时段循环体位干预对玻璃体切割术后患者舒适度的影响[J].护士进修杂志,2017,32(3):260-262.
[5]吴少芳.曲线型仰卧护理模式对骨科术后压疮的预防效果及患者舒适度体验[J].中国实用护理杂志,2019,35(1):37-41.
[6]赵快乐,赵体玉,李岩,等.曲线型仰卧手术体位用于预防术中压疮的研究[J].中国护理管理,2017,17(10):1340-1345.
[7]韩盖宇,陈晓霞,刘小民,等.手术体位对腹腔镜心脏外科手术病人体位相关周围神经损伤的影响[J].护理研究,2019,33(17):3022-3024.
[8]罗小香,钱卫玲,朱莉莉,等.改良式中凹截石位对腹腔镜下子宫切除术患者安全性和舒适度的影响[J].中国乡村医药,2018,25(11):11-12.