

- [2] 彭光喜,程华.肠内生态免疫营养的研究进展[J].南昌大学学报(医学版),2011,51(6):96-98.
- [3] 窦琳,王勇强,高红梅.急性重症胰腺炎肠内营养支持和肠内免疫微生态营养的研究进展[J].交通医学,2017,31(2):128-131,135.
- [4] OLÁH A,ROMICS L JR.Enteral nutrition in acute pancreatitis: a review of the current evidence[J].World J Gastroenterol,2014,20(43):16123-16131.
- [5] 江仲.60例胃癌术后早期肠内肠外营养支持应用体会[J].安徽医药,2015,19(2):346-348.
- [6] YAN X,ZHOU FX,LAN T,et al.Optimal postoperative nutrition support for patients with gastrointestinal malignancy: A systematic review and meta-analysis[J].Clinical Nutrition,2017,36(3):710-721.
- [7] 吕柯,景小松,宋展.早期肠内营养与肠外营养在胰十二指肠切除术后应用的对比研究[J].中国现代医学杂志,2014,24(15):98-101.
- [8] ARENDS J,BACHMANN P,BARACOS V, et al.ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients [J].Clinical nutrition, 2017, 36(1):11-48.
- [9] KOBAYASHI K, KOYAMA Y, KOSUGI S, et al.Is early enteral nutrition better for postoperative course in esophageal cancer patients?[J].Nutrients, 2013, 5(9):3461-3469.
- [10] FUJII T, MORITA H, SUTOH T, et al.Benefit of oral feeding as early as one day after elective surgery for colorectal cancer: oral feeding on first versus second postoperative day [J].Int Surg, 2014, 99(3):211-215.
- [11] ZHAO XL,ZHU SF,XUE GJ,et al.Early oral refeeding based on hunger in moderate and severe acute pancreatitis: a prospective controlled, randomized clinical trial [J].Nutrition, 2015, 31(1):171-175.
- [12] BEVAN MG, ASRANI VM, BHARMAL S, et al.Incidence and predictors of oral feeding intolerance in acute pancreatitis: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression [J].Clinical nutrition, 2017, 36(3):722-729.
- [13] PENDHARKAR SA, ASRANI V, DAS SL, et al.Association between oral feeding intolerance and quality of life in acute pancreatitis: a prospective cohort study [J].Nutrition, 2015, 31(11-12):1379-1384.
- [14] 覃艳琼,万鸿,万里鹏,等.免疫肠内营养支持对老年重症脑卒中病人营养状况和免疫功能的影响[J].安徽医药,2017,21(1):133-136.
- [15] 邵卓,杨件新,金钢,等.个体化快速康复措施对胰十二指肠切除术后围手术期并发症的影响[J].中华胰腺病杂志,2015,15(3):163-168.
- [16] 何红梅,苏琼.胃癌根治术后早期肠内外营养应用的比较研究[J].重庆医学,2013,42(18):2175-2176.
- [17] 贾军红,王继涛,甄忠广,等.早期肠内营养对胰十二指肠切除术后患者康复的影响[J].中华肝胆外科杂志,2017,23(10):702-704.
- [18] 叶培军.胰腺癌术后早期肠内免疫营养支持促进机体胃肠功能、免疫功能恢复的临床研究[J].中国现代医学杂志,2016,26(22):46-49.
- [19] 孔庆元,许毓敏,王晓乐,等.肠内生态免疫营养在胃肠道肿瘤患者围手术期中的应用[J].中国实用医药,2017,12(10):32-34.
- [20] 方玉,杨锐,王艳莉,等.消化系统恶性肿瘤病人围手术期营养支持现状调查[J].肠外与肠内营养,2012,19(1):16-20.

(收稿日期:2018-04-19,修回日期:2018-06-01)

doi: 10.3969/j.issn.1009-6469.2019.10.034

◇ 临床医学 ◇

改良截石位妇科腹腔镜手术 48 例观察

徐惠锋,王昊珏

作者单位:无锡市锡山人民医院手术室,江苏 无锡 214000

基金项目:江苏省无锡市卫生计生委科研项目(MS201608)

摘要:目的 探讨改良截石位对妇科腹腔镜手术病人手术时间、术中出血量及体位舒适度的影响。方法 将2015年10月至2016年10月无锡市锡山人民医院收治的行传统截石位的妇科腹腔镜手术病人48例作为对照组,再选取2016年11月至2017年11月该院收治的行改良截石位的妇科腹腔镜手术病人48例作为观察组。对比两组手术时间、术中出血量、术中体位舒适度及体位相关并发症发生情况。**结果** 观察组子宫全切术、子宫广泛切除术、输卵管再通术的手术时间分别为(49.06±11.28)min、(140.27±23.81)min、(50.18±11.51)min,术中出血量分别为(33.17±8.91)mL、(102.18±22.15)mL、(11.25±2.15)mL,均少于对照组[手术时间:(65.25±10.37)min、(185.27±26.55)min、(65.28±10.41)min,术中出血量:(46.12±10.54)mL、(144.28±25.71)mL、(17.38±2.83)mL],差异有统计学意义($t=7.321, 8.742, 6.741, 6.501, 8.595, 11.950$, 均 $P<0.001$);观察组子宫次全切术、附件手术的手术时间、术中出血量与对照组比较,差异无统计学意义($P>0.05$);观察组生理维度、心理维度、环境维度、社会文化维度及体位舒适度总评分分别为(13.25±1.15)分、(25.14±4.07)分、(19.06±1.43)分、(18.82±1.41)分、(75.14±7.92)分,均高于对照组[(9.02±1.12)分、(20.15±2.97)分、(15.27±1.95)分、(15.24±1.52)分、(60.17±4.61)分],差异有统计学意义($t=18.256, 6.862, 10.859, 11.963, 11.318$, 均 $P<0.001$);观察组体位相关并发症发生率为8.33%,低于对照组的41.67%,差异有统计学意义($\chi^2=12.500, P<0.001$)。**结论** 改良截石位应用于妇科腹腔镜手术病人效果优于传统截石位,可缩短手术时间,减少术中出血量和体位相关并发症发生,提高体位舒适度,值得推广。

关键词: 妇科外科手术; 腹腔镜检查; 体位; 病人满意度; 改良截石位

Observation on 48 cases of improved lithotomy position on patients undergoing gynecological laparoscopic surgery

XU Huifeng, WANG Haojue

Author Affiliation: Operation Room, Wuxi Xishan People's Hospital, Wuxi, Jiangsu 214000, China

Abstract: Objective To explore the effect of improved lithotomy position on operative time, intraoperative blood loss and position comfort in gynecological laparoscopic surgery. **Methods** Forty-eight patients with gynecological laparoscopic surgery who received traditional lithotomy from October 2015 to October 2016 in Wuxi Xishan People's Hospital were used as control group. 48 patients with gynecological laparoscopic surgery were used as observation group. The operation time, intraoperative blood loss, intraoperative position comfort and position-related complications were compared between the two groups. **Results** The operation time of total hysterectomy, extensive hysterectomy and fallopian tube recanalization in the observation group were (49.06±11.28) min, (140.27±23.81) min, (50.18±11.51) min, and the intraoperative blood loss was (33.17±8.91) mL, (102.18±22.15) mL, (11.25±2.15) mL, which were less than those in the control group [surgical time: (65.25±10.37) min, (185.27±26.55) min, (65.28±10.41) min; intraoperative blood loss: (46.12±10.54) mL, (144.28±25.71) mL, (17.38±2.83) mL], and the differences were statistically significant ($t=7.321, 8.742, 6.741, 6.501, 8.559$ and 11.950 , respectively, all $P<0.001$). There was no significant difference in the operation time and intraoperative blood loss of subtotal hysterectomy and adnexal surgery between the observation group and the control group ($P>0.05$). The physiological, psychological, environmental, social cultural dimensions, and the total scores of position comfort of the observation group were (13.25±1.15) points, (25.14±4.07) points, (19.06±1.43) points, (18.82±1.41) points and (75.14±7.92) points, respectively, which were higher than those in the control group [(9.02±1.12) points, (20.15±2.97) points, (15.27±1.95) points, (15.24±1.52) points and (60.17±4.61) points, respectively], and the differences were statistically significant ($t=18.256, 6.862, 10.859, 11.963$ and 11.318 , respectively, all $P<0.001$); the incidence of postural-related complications in the observation group was 8.33%, which was lower than 41.67% of the control group, and the difference was statistically significant ($\chi^2=12.500, P<0.001$). **Conclusion** The improved lithotomy position is superior to traditional lithotomy in gynecological laparoscopic surgery, which can shorten the operation time, reduce the intraoperative blood loss and position-related complications, and improve the position comfort. It is worthy of promotion.

Key words: Gynecologic surgical procedures; Laparoscopy; Posture; Patient satisfaction; Modified lithotomy position

术中截石位是目前使用率较高的手术体位,但会引发腓总神经损伤、小腿筋膜综合征等多种并发症^[1]。近年来随着腹腔镜技术和器械的不断发展,其被广泛应用于妇科手术中,病人通常取头低足高截石位^[2]。但在放置体位时,因为支腿架过高,且其间距过长,所以会导致病人髋部过度屈曲、外展,最终造成大腿神经、肌肉发生受牵拉后疼痛及麻木感,严重者会出现头面部水肿、眼压显著增加的情况,并且随着手术时间延长,上述症状程度也会逐渐加重^[3-4]。为有效避免妇科腹腔镜手术体位并发症的发生,本研究对妇科腹腔镜手术病人给予改良截石位体位摆放,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将2015年10月至2016年10月无锡市锡山人民医院收治的行传统截石位的妇科腹腔镜手术病人48例作为对照组,再选取2016年11月至2017年11月该院收治的行改良截石位的妇科腹腔镜手术病人48例作为观察组。对照组年龄范围为19~66岁,年龄(49.02±5.44)岁;手术方式:子宫

全切术11例、子宫广泛切除术10例、输卵管再通术4例、子宫次全切术11例、附件手术12例。观察组年龄范围为20~65岁,年龄(49.16±5.39)岁;手术方式:子宫全切术12例、子宫广泛切除术9例、输卵管再通术3例、子宫次全切术10例、附件手术14例。两组年龄、手术方式比较,差异无统计学意义($t=0.13, P=0.900; \chi^2=0.44, P=0.979$),具有可比性。本研究符合《世界医学协会赫尔辛基宣言》相关要求。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:未合并心、肝、肾、肺、脑等严重脏器疾病;病人均签署知情同意书。排除标准:近期存在急慢性感染疾病;存在凝血功能较差或障碍者;伴随认知功能障碍;术中发生休克、心脏骤停等严重并发症;临床资料不全;拒绝配合此研究。

1.3 方法 两组均由同一手术团队进行手术。对照组实施传统截石位,在麻醉前取仰卧位并将双髋屈曲,大腿抬高至90°,用托腿架支撑其小腿和膝部,使病人两腿外展至90°左右。麻醉且建立好气腹(气腹压力为15 mmHg)后将床板倾斜使病人头

低30°。观察组实施改良“人字形”截石位^[5],在常规头低足高截石位的基础上调整病人下肢及床背板的角度。同时降低腿部抬高和外展、头底的角度,确保病人呈“人字形”。病人于麻醉前取仰卧位,臀部尽可能移动至手术台腿板下折床缘外,并给予软垫垫于腰部和臀部。然后调整腿托架,将病人大腿抬高手术床水平面35°左右,并将两腿外展至75°左右,将腿托架支撑于病人小腿肌肉丰富部位并避开腘窝,将其膝关节弯曲95°左右。在麻醉且建立气腹(气腹压力为15 mmHg)后将床板倾斜使病人头低30°,并将上腹部以上调整20°~30°。

1.4 观察指标 (1)手术时间和术中出血量:观察并记录两组手术时间、术中出血量情况。(2)体位舒适度:采用手术体位舒适性量表对两组体位舒适度进行评价,该量表共包含生理、心理、环境、社会文化4个维度,27个条目,每个条目1~4分,总分范围为27~108分,分数越高则表明舒适度越高^[6]。于病人术后清醒后下发其量表进行评估。(3)体位相关并发症:术后72 h统计两组神经损伤、眼睑水肿、肩部疼痛、大腿内收肌拉伤的发生例数,计算总并发症发生率,进行比较分析。

1.5 统计学方法 采用SPSS 18.0进行统计分析,两组手术时间、术中出血量、体位舒适度评分用 $\bar{x} \pm s$ 表示,行成组 t 检验;两组体位相关并发症发生率用例数(%)表示,行 χ^2 检验或Fisher确切概率法,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 手术时间和术中出血量 观察组子宫全切术、子宫广泛切除术、输卵管再通术的手术时间、术中出血量均少于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),详见表1,2。

2.2 体位舒适度 观察组生理维度、心理维度、环境维度、社会文化维度及体位舒适度总评分均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见表3。

2.3 体位相关并发症 观察组体位相关并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见表4。

表4 两组行不同截石位妇科腹腔镜手术病人体位相关并发症发生率比较/例(%)

组别	例数	神经损伤	眼睑水肿	肩部疼痛	大腿内收肌拉伤	总并发症
对照组	48	1(2.08)	13(27.08)	3(6.25)	3(6.25)	20(41.67)
观察组	48	0(0.00)	2(4.17)	1(2.08)	1(2.08)	4(8.33)
χ^2 值			9.561	0.261	0.261	12.500
P 值		1.000 ^a	0.002	0.610	0.610	0.000

注:a示采用Fisher确切概率法

3 讨论

3.1 改良截石位可有效缩短病人手术时间、减少术中出血量 本研究结果显示,观察组子宫全切术、子宫广泛切除术、输卵管再通术的手术时间、术中出血量均少于对照组($P < 0.05$)。表明相比于传统截石位,采取改良截石位可明显缩短术者手术操作

表1 两组行不同截石位妇科腹腔镜手术时间比较/(min, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	子宫全切术	子宫广泛切除术	输卵管再通术	子宫次全切术	附件手术
对照组	48	65.25±10.37	185.27±26.55	65.28±10.41	62.28±12.72	55.71±10.62
观察组	48	49.06±11.28	140.27±23.81	50.18±11.51	61.36±11.05	55.94±11.41
t 值		7.321	8.742	6.741	0.378	0.102
P 值		0.000	0.000	0.000	0.706	0.919

表2 两组行不同截石位妇科腹腔镜术中出血量比较/(mL, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	子宫全切术	子宫广泛切除术	输卵管再通术	子宫次全切术	附件手术
对照组	48	46.12±10.54	144.28±25.71	17.38±2.83	48.29±10.33	44.29±10.55
观察组	48	33.17±8.91	102.18±22.15	11.25±2.15	46.83±9.16	45.01±11.13
t 值		6.501	8.595	11.950	0.733	0.325
P 值		0.000	0.000	0.000	0.466	0.746

表3 两组行不同截石位妇科腹腔镜手术病人体位舒适度评分比较/(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	生理维度	心理维度	环境维度	社会文化维度	总评分
对照组	48	9.02±1.12	20.15±2.97	15.27±1.95	15.24±1.52	60.17±4.61
观察组	48	13.25±1.15	25.14±4.07	19.06±1.43	18.82±1.41	75.14±7.92
t 值		18.256	6.862	10.859	11.963	11.318
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

时间、减少术中出血量。取出子宫、举宫等复杂操作在妇科腹腔镜手术中极为常见,并且通常还需要进行凝切、止血等复杂腹腔镜操作^[7]。在传统截石位中,病人通常会因为重力因素使床缘超过骶尾部,因此术中举宫器无法根据手术需求摆动子宫,造成子宫无法最大限度抬举至耻骨联合后缘,造成对子宫直肠凹区手术操作的阻碍,并且会影响术野,增加手术难度,最终使手术操作时间较长^[8-9]。而改良截石位能够将病人臀部完全外探,通过杯装举宫器举宫,能够不被限制地向各个方向摆动宫体,从而完全暴露术野,最终可促进手术顺利进行,有效缩短手术时间、减少术中出血量^[10]。

3.2 改良截石位可有效提升病人舒适度 本研究结果显示,观察组各维度舒适度评分均高于对照组($P < 0.05$)。表明相比于传统截石位,采取改良截石位的舒适度更高。对其原因进行分析主要在于,实施传统截石位时,病人大腿抬高和大腿外展的角度较大,对其坐骨神经、腿内侧神经、伴行肌肉群均起到牵拉作用,因此对其舒适度造成一定影响^[11-12]。而观察组在确保术野未受到影响的情况下,有效缩小了其大腿外展和抬高的角度,使病人身体呈现“人”字形,进而有效缓解牵拉肌肉的程度,促使病人舒适度提升^[13]。此外传统截石位由于大腿抬高和大腿外展的角度较大,在重力作用下其腿部血液循环受阻,随时间的不断延长,病人会出现下肢麻木、疼痛感,从而明显增加了不适感^[14]。而改良头低足高位,使病人呈“人”字形,有效避免病人小腿下垂而造成的血液回流障碍,病人疼痛、麻木感较轻,因而舒适度较高^[15]。

3.3 改良截石位可降低并发症发生率 本研究结果显示,观察组并发症的发生概率相比于对照组更低($P < 0.05$),且眼睑水肿发生率下降显著。对其原因进行分析主要在于,传统截石位病人头部处于最低位,在重力作用下,病人会出现眼睑球膜水肿的现象^[16],而改良截石位显著在病人麻醉且建立气腹后首先抬高病人头部角度,使其与床板为 30° ,然后将上腹部以上调整与水平呈 $20^\circ \sim 30^\circ$,从而有效缓解重力对眼睑球膜的影响,降低水肿的发生概率^[17-18]。此外,改良截石位以安全、舒适为目的,将托腿架放置于病人小腿肌肉丰富部位,从而显著增大了受力面积,缓解了对病人腿部血管、神经的压迫,从而明显降低了手术并发症的发生率^[19]。

综上所述,改良截石位应用于妇科腹腔镜手术病人效果优于传统截石位,可缩短手术时间,减少术中出血量和体位相关并发症发生,提高体位舒适

度,值得推广。

参考文献

- [1] 张泽勇,高国贞,王莉,等.自制肩托枕头在妇科腹腔镜手术病人体位安置中的应用效果观察[J].护理研究,2018,32(4):602-603.
- [2] BRADY MA, CARROLL AW, CHEANG KI, et al. Sequential compression device compliance in postoperative obstetrics and gynecology patients[J]. Obstet Gynecol, 2015, 125(1): 19-25.
- [3] 许淑仙,李霞,张建华.快速康复外科理念在妇科腹腔镜手术病人围术期护理中的应用[J].护理研究,2018,32(4):576-579.
- [4] 叶敏,乔成平,张爱霞,等.1例宫颈癌患者行腹腔镜根治术后发生皮下气肿及淋巴水肿的护理[J].现代临床护理,2017,16(12):68-71.
- [5] 王宇,李胜云,孙立群,等.改进头低足高“人字形”截石位在老年妇科腹腔镜手术中的效果观察[J].中国实用护理杂志,2017,33(21):1622-1626.
- [6] 徐梅,王英丽,赵琳,等.手术体位舒适性量表的形成及信度、效度检测[J].中国护理管理,2014,14(10):1045-1047.
- [7] 成汉荣.优质护理在腹腔镜术后腹胀患者中的应用效果[J].中国临床护理,2017,9(3):222-224.
- [8] 刘丽丽,朱丽娜,史婷奇,等.术后早期饮水对妇科腹腔镜手术患者术后腹胀的影响[J].中国实用护理杂志,2017,33(2):106-108.
- [9] 冯星梅,罗建英,王琳.妇科腹腔镜手术体位并发症的预防与护理进展[J].上海护理,2016,16(1):61-64.
- [10] 王莉,张泽勇,陈杰霞,等.肩托枕头在妇科腹腔镜手术头低脚高位患者中的应用[J].护理学报,2016,23(11):72-73.
- [11] CENGIZ H, KAYA C, EKIN M, et al. Is laparoscopic surgery safe in patients with an elevated shock index due to ruptured ectopic pregnancy? [J]. Clin Exp Obstet Gynecol, 2013, 40(3): 418-420.
- [12] 吕娜,刘勇,陈喜军,等.短时氧疗对妇科腹腔镜术后患者肩痛的影响[J].中华现代护理杂志,2018,24(5):588-589.
- [13] 高薇,周曙光,张和平,等.4种全子宫切除术式的术中及术后临床效果观察[J].安徽医药,2016,20(5):939-941.
- [14] 苏高莉,曾靖华,夏秀芳,等.1例腹腔镜下保留肝脏肝内妊娠清除术患者的护理[J].中华护理杂志,2017,52(4):446-448.
- [15] KIM K, YOO S, YANG EJ, et al. Association of nursing-documented ambulation with length of stay following total laparoscopic hysterectomy for benign gynecologic disease [J]. Obstetrics & Gynecology Science, 2013, 56(4): 256-260.
- [16] 廖潇潇,邓杰,黄桂航.体位干预联合小茴香熨烫胃脘部用于妇科腹腔镜术后非切口疼痛[J].护理学杂志,2017,32(22):37-38.
- [17] 王莉,张泽勇,黄问崧,等.一体式肩托在头低脚高截石位腹腔镜手术患者中的应用[J].现代临床护理,2016,15(1):55-58.
- [18] 赵卫东,马杰,何成群,等.腹腔镜模拟训练器联合手术教学在腹腔镜培训中的有效性评价[J].安徽医药,2016,20(3):609-611.
- [19] 董晗琼,姜金霞.快速康复促进妇科腹腔镜术后患者胃肠功能恢复的护理进展[J].中华现代护理杂志,2018,24(8):982-985.

(收稿日期:2018-07-25,修回日期:2018-09-25)