

侧卧位与俯卧位在经皮肾镜碎石取石术中护理的比较与分析

郭丽娜 周惠珍

福建省漳州市第三医院手术室 福建漳州 363000

【摘要】目的 探讨侧卧位和俯卧位在经皮肾镜碎石取石术(PCNL)中的应用,从而进行比较分析两种体位的便捷性、安全性和手术疗效。**方法** 选取2020年06月至2020年12月期间在我院手术室开展经皮肾镜碎石取石术肾结石患者368例,运用随机数字分配法将所有患者平均分配,2组患者分别为观察组(改良体位-侧卧位)与对照组(传统体位-俯卧位),每组为184例。手术前2组患者在年龄、性别、基础病及合并症等方面比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),汇总记录2种手术体位摆放时间、体位并发症、手术时间、出血量及操作者满意度等,并进行统计学分析。**结果** 观察组患者手术体位摆放时间、手术时间、术中出血量、经皮肾穿刺成功率及一次碎石成功率均显著性占优势,同时眼部压伤、呼吸不畅发生率、循环系统功能障碍、神经损伤、生殖器官损伤以及皮肤压疮发生率大大下降,与对照组相比较, $P<0.05$,存在统计学意义。**结论** 观察组的侧卧体位经皮肾镜碎石取石术疗效与对照组的俯卧位相近,但侧卧位对手术患者而言,易耐受,并发症少,安全性高,是患者舒适的体位,手术医生、麻醉医生及手术室护士三方摆放体位时简单易行、耗时少,是操作者的优选体位。由此可见,侧卧体位在经皮肾镜碎石取石术中的应用中优越性较高,值得在手术中大力的推广。

【关键词】侧卧位与俯卧位;经皮肾镜碎石取石术;护理比较与分析

【中图分类号】R473.6

【文献标识码】A

【文章编号】1672-0415(2021)03-102-02

前言

肾结石是泌尿外科中非常常见的一种疾病,近些年来发生肾结石的患者呈现出了上升的趋势,在临床上,针对肾结石治疗的方法也越来越多样化,而不同的治疗方式在具体的疗效上各有各的优势^[1]。其治疗方法方式有:体外冲击波碎石、输尿管镜碎石、经皮肾镜碎石取石术和腹腔镜辅助下取石的手术方式,任何一种方式都有自身的优势和劣势。本文主要探讨经皮肾镜碎石取石术的研究进展,此方式是目前肾结石治疗的最常用的微创治疗,手术适用性广,创伤小、取石全面彻底、住院时间短、术后恢复快、安全、有效等优点。常用的手术体位为俯卧位,最近许多临床研究指出侧卧位更具有优势。现将比较两种不同的体位对经皮肾镜碎石取石术的影响分析如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取2020年06月至2020年12月期间在我院行经皮肾镜碎石取石术患者368例,其中男性249例,女性119例;年龄28~67岁,平均46.5岁。左肾结石159例,右肾150例,双肾59例,结石直径(1.5 ± 0.6)cm。所有患者经B超或CT等影像学检查显示均伴有不同程度的肾积水。将患者随机分为观察组(改良体位-侧卧位)与对照组(传统体位-俯卧位),每组为184例。两组患者在年龄、性别、结石类型、基础病及合并症等方面比较,差异均无显著性差异,无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 手术体位摆放方法

1.2.1 俯卧手术体位

给予对照组患者俯卧手术体位摆放:患者全身麻醉插管后,将患者双眼睑内涂眼膏,用贴膜保护双眼。首先给患者摆放截石位,将患者向手术床尾移动到合适的位置,双手固定好摆放在手术床的两边,双腿放在膀胱截石位架上固定好。将手术床的腿板向下

压至与手术床平面呈90°角。术者从患侧输尿管内插入所需型号的输尿管导管,同时给予留置导尿管,将尿袋持续开放。之后再手术床恢复为原来的位置,由截石位改为平卧位,去掉膀胱截石位架,在手术床的两边各站一名操作者,麻醉师负责保护患者头颈部和呼吸管路的安全,一起将患者转换成侧卧位,接着再摆放成俯卧位,患者的头部固定在硅胶头圈处,双手向上放置在头部的两侧,并妥善固定。巡回护士在患者腋下、下腹部、膝关节和踝部等部位垫体位垫,并约束固定。

1.2.2 侧卧手术体位

给予观察组患者侧卧手术体位摆放:患者麻醉后,在标准侧卧位基础上取健侧卧位90度,将患者髋关节置于手术床背部和腿板结合处,利用约束带进行固定并确保患者身体冠状面和手术床之间的角度呈90度^[2]。在患者腋下垫一软垫,位置为距离患者腋窝位置10cm处,术侧的上肢屈曲呈抱球状放置于可调节的手架上,远端关节稍低于近端关节,下侧上肢外展于托手架上,远端关节稍高于近端关节,使患者胸廓处于自然舒展状态。肩关节外展不得超过90°,两肩连线和手术床成90°角。患者头下放置一软枕,高度与下侧肩同宽。腹侧用固定挡板支持耻骨联合,背侧用固定挡板固定骶尾部。双下肢自然屈曲呈45°,前后分开放置,使两腿呈跑步姿态的屈曲位,两腿之间可垫一软枕或支撑垫,小腿和双上肢用约束带固定好。

1.3 监测指标

术中记录手术体位摆放时间、体位并发症、手术时间、出血量及操作者满意度等。

2 结果

2.1 分析结果表明,对照组患者的手术体位摆放时间、手术时间、术中出血量、操作者摆放体位时的满意度均明显高于观察组,差异性具有统计意义($P<0.05$),见表1。

表1: 两组情况比较

组别(n)	手术体位摆放时间(min)	手术时间(min)	出血量(ml)	操作者摆放体位满意度(%)
观察组(n=184)	10~15	79.1±27.6	82.5±42.5	100
对照组(n=184)	15~20	89.1±29.1	122.3±47.9	85
P值	$P<0.05$	$P<0.05$	$P<0.05$	$P<0.05$

2.2 在手术体位摆放时,应严格按照规范标准来摆放,同时采取有效的保护措施,避免不当的体位引发并发症的发生,选择合理安全的摆放术中体位是确保手术成功和病人安全的基础^[3]。通过对照组(传统体位-俯卧位)和观察组(改良体位-侧卧位)两种体位的研究分析,对可能发生的并发症进行分析总结如下:

2.2.1 对照组(传统体位-俯卧位)

2.2.1.1 呼吸不畅:患者俯卧位时,头颈部过度前屈极易导致气管插管曲折,从而引起呼吸道梗阻,特别是肥胖患者呼吸障碍的发生率也会大大增高。

2.2.1.2 循环系统功能障碍:俯卧位时,患者的下腔静脉回流受阻,易导致手术区域出血增多和血压下降等现象。相关资料报道,经皮肾镜手术患者心梗和心律失常的发生率约1%。

2.2.1.3 眼部损伤:患者处于全身麻醉状态,术中意识消失,俯卧位时易引起角膜损伤、结膜损伤,发生体位性眼眶水肿。

2.2.1.4 臂丛神经损伤:主要原因是因双臂过度外展造成臂丛神经的损伤。

2.2.1.5 生殖器官压伤:根据男性外生殖器生理特点,俯卧位时其生殖器极易受到挤压,要注意保护男性患者的会阴部,避免阴囊发生压伤。

2.2.1.6 皮肤压疮:患者处于全身麻醉、被动的俯卧位、手术时间较长等三方因素的影响下,造成人体组织局部血液循环障碍,持续缺血缺氧,容易发生皮肤压疮。受压重力主要部位有:额头、双肩、胸前、髂前上棘、膝关节、足尖等。

2.2.2 观察组(改良体位-侧卧位)

侧卧体位有利于患者麻醉呼吸管路的观察与管理,也不会压迫患者的下腔静脉,尤其对于一些肥胖、脊柱后凸的患者更加适合^[4]。同时也不会造成眼球和生殖器的压伤;侧卧位时肠管向健侧移位,能避免或减少穿刺时对肠管的损伤,也减少了对邻近组织器官误伤的风险;因特殊原因需紧急改为开放式手术时,也无需变换体位及消毒铺单,即可直接进行开发性手术,为患者的抢救赢得了宝贵的时间^[5]。故侧卧位是安全、有效的,是手术医生、麻醉师及手术室护士最佳选择的手术体位。

3 讨论

目前,经皮肾镜碎石取石术的手术技术在不断的成熟与完善,已成为治疗肾结石的最主要方法,特别是复杂性、鹿角形或铸形结石等更能体现优势,代替了传统的开放性手术的治疗模式,治疗效果也得到了泌尿专家们的一致认可与肯定。但是,经皮肾镜碎石取石术也是一种高风险的微创手术,各种严重的并发症也时常发生,特别是对刚开展的初学者而言,更应引起重视,所以如何熟练掌握手术技巧,如何顺利的开展,如何避免严重并发症的发生是一件非常严肃的课题。以往经皮肾镜碎石取石术的手术体

位为肾区腹侧垫高完全俯卧位,近些年来国内外许多学者先后报道了采用90°侧卧位、侧卧斜仰截石位等体位进行微创经皮肾镜取石术,均取得满意效果。因俯卧体位不易摆放,又压迫胸腹部,引起肺呼气末容积及肺活量下降,下腔静脉受压使静脉血流减少,导致术中呼吸不畅和循环系统功能障碍,尤其对肺功能障碍和肥胖患者而言,更增加了手术的风险性。同时,由于患者头面部朝下,不利于麻醉的观察,也易引起角膜和结膜的损伤。而侧卧位经皮肾镜取石术该技术有下列优点:侧卧体位容易摆放,没有压迫患者的面部和胸腹部,手术耐受性较高,患者依从性也比较高。再加上侧卧体位与传统的开放手术体位一致,手术者对肾脏以及周围脏器的位置也比较容易把握穿刺角度和深度,因特殊原因术中大出血需要中转开放性手术时,无需再次消毒和改变体位,即可直接改变手术方式。

综上所述,采用侧卧体位微创经皮肾镜碎石取石术不仅使患者感到舒适,手术安全性高,并发症少,术后恢复快,同时也是操作者的最佳之选,是较为安全的微创经皮肾镜碎石取石术的术式,得到了专家们的一致认可。

参考文献

- [1] 蔡达潮,刘宝利,黎斌华.经皮肾镜碎石取石术在肾结石患者中的应用比较[J].基层医学论坛,2018,23(1):48-49.
- [2] 刘毅.后腹腔镜肾囊肿去顶联合经皮肾穿刺碎石术治疗肾囊肿合并结石的疗效观察[J].检验医学与临床,2015(10):1399-1401.
- [3] 杨继秀.舒适护理在手术体位中的应用[J].实用医技杂志,2007,14(8):1055.
- [4] 梁坚,李文雄,李峻,等.侧卧位微创经皮肾镜碎石治疗肾结石的临床应用价值[J].临床泌尿外科,2008,23(6):443-445.
- [5] 符浩,宋汶珂,郭涛,等.改良侧卧位微通道经皮肾镜取石术治疗高危上尿路结石的临床价值[J].中国内镜杂志,2016,22(8):1-5.

(上接第100页)
有积极临床意义^[4-5]。

本研究结果显示,在常规护理措施基础上加上健康教育观察组无论是护理后生活质量评分、疾病健康知晓情况评分还是护理满意度均高于仅实施常规护理措施的对照组,且组间数据差异明显($P<0.05$)。提示健康教育应用于慢性宫颈炎患者护理中效果明确,可提升患者生活质量,提高护理满意度,更加符合患者的临床护理需求。

综上所述,对慢性宫颈炎门诊患者实施护理健康教育,可有效提升患者生活质量,提高患者护理满意度,满足患者护理需求,具临床推广应用之价值。

参考文献

- [1] 屈庆庆.连贯性的护理健康教育对门诊慢性宫颈炎患者的

实施效果[J].实用妇科内分泌杂志(电子版),2020,3(5):180-180.

- [2] 朱丽辉.连贯性护理健康教育在门诊慢性宫颈炎患者中的应用[J].临床医药文献杂志(电子版),2019,2(16):3334-3335.
- [3] Guo,S.-E.,Huang,C.-Y.,Hsu,H.-T. et al.Information needs among patients with chronic obstructive pulmonary disease at their first hospital admission: Priorities and correlates[J].Journal of clinical nursing,2020,23(11/12):1694-1701.
- [4] 赵锋.连贯性护理健康教育在门诊慢性宫颈炎病人中的应用[J].世界最新医学信息文摘(电子版),2020,15(34):220-220.
- [5] Zhang,Y.,Wan,L.,Wang,X. et al.The effect of health education in patients with chronic low back pain[J].The Journal of international medical research,2021,42(3):815-820.

(上接第101页)

更加有效、系统、全面的干预,在成立针对性护理团队后,可帮助产妇的护理更加直观具体,通过心理干预、注意力转移、音乐播放等干预可以有效转移产妇对疼痛的注意力,因而分娩镇痛效果更为显著^[4]。本组结果表明,观察组VAS评分低于对照组。

针对性护理可于产前科学评估产妇心态及情绪变化,针对存在负面情绪的产妇实行相应的分娩知识宣教、心理干预、分娩指导、分娩经验分享等护理措施,提升产妇对于分娩知识的认知水平,使之充分做好分娩准备,有效消除了分娩期间及分娩后的各种不良情绪。且贯穿于分娩始末的针对性干预在改善产妇分娩疼痛、复性情绪的基础上,自然减轻了产妇的分娩应激反应及一系列问题,使之能更好配合医护人员的行为,这无疑对于改善分娩结局意义重大。故而观察组SDS评分、SAS评分低于对照组,且剖宫

产率低于对照组,阴道分娩率高于对照组。

综上所述,针对性护理干预对于降低初产妇分娩疼痛效果良好,且利于其负面情绪及分娩结局的改善,值得推广。

参考文献

- [1] 冯莉.导乐分娩镇痛仪在自然分娩第一产程中的镇痛效果分析[J].医学理论与实践,2018,31(2):246-248.
- [2] 徐红州,郝继英,黄东华,等.不同药物复合罗哌卡因蛛网膜下腔阻滞用于分娩镇痛效果比较[J].医药导报,2017,36(5):517-520.
- [3] 樊战红.芬太尼联合罗哌卡因硬膜外阻滞用于分娩镇痛效果观察[J].河南外科学杂志,2017,23(4):67-68.
- [4] 邓芳,王芬兰.初产妇分娩镇痛效果的相关影响因素分析[J].河南医学研究,2017,26(9):1586-1587.