

改良截石位预防手术患者体位并发症的护理进展研究

顾采平

上海市第七人民医院

DOI:10.32629/carnc.v3i10.18790

[摘要] 目的：探讨改良截石位在预防手术患者体位并发症中的应用效果及护理进展。方法：选取2024年5月至2025年5月期间收治的手术患者60例，均分为对照组（30例，传统截石位）和观察组（30例，改良截石位），对比两组体位并发症发生率、术中舒适度、术后24小时活动能力、血压指标以及术后生活质量。结果：观察组护理效果均优于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：改良截石位能有效预防体位并发症，提高术中舒适度以及术后生活质量。

[关键词] 改良截石位；手术患者；体位并发症

中图分类号：R472.3 文献标识码：A

Research on the Nursing Progress of Improving the Stone Cutting Position to Prevent Positional Complications in Surgical Patients

Caiping Gu

Shanghai Seventh People's Hospital

Abstract: Objective: Exploring the application effect and nursing progress of improving the stone cutting position in preventing positional complications in surgical patients. Method: Select 60 surgical patients admitted between May 2024 and May 2025, divided equally into a control group (traditional stone cutting position) and an observation group (improved stone cutting position), and compare the nursing effects of the two groups. Result: The nursing effect of the observation group was better than that of the control group ($P<0.05$). Conclusion: Improving lithotomy can effectively prevent positional complications, enhance intraoperative comfort, and improve postoperative quality of life.

Keywords: Improve the stone cutting position; Surgical patients; Postural complications

引言

截石位作为外科手术中常见的一种强迫体位，广泛应用于普外科直肠癌手术、妇科会阴及腹部腔镜手术、泌尿科腔镜手术等领域^[1]。这种手术体位是手术病人为适应治疗需要而采用的特定姿势，但同时也是最容易导致并发症的手术体位^[2]。截石位可能引发的并发症包括周围神经损伤、下肢深静脉血栓形成、血流动力学异常改变、压疮形成，以及暴露性角膜炎和低体温等不良反应^[3-4]。这些并发症风险使得截石位的使用需要特别关注患者的体位安全。本文旨在探究改良截石位对手术体位并发症的影响，具体如下：

1 研究对象和方法

1.1 研究对象

选取2024年5月至2025年5月期间收治的手术患者60例，均分为对照组（30例，传统截石位）和观察组（30例，改良截石位）。对照组男性患者18例，女性患者12例，最大年龄为86岁，最小年龄为31岁，平均年龄（ 60.65 ± 5.36 ）岁；观察组男性患者19例，女性患者11例，最大年龄为88岁，最小年龄为32岁，平均年龄（ 61.61 ± 5.37 ）岁。两组

一般资料无统计学差异（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：（1）筛选出的参与研究的患者均符合手术指征，接受手术治疗；（2）所有患者均对本项目知情并签署知情同意书。

排除标准：（1）排除合并严重内科系统疾病的患者；（2）排除存在恶性肿瘤或其他神经系统疾病的患者；（3）排除存在严重言语、视力及听力障碍，无法完成量表评估及逾期不能完成随访的患者；（4）排除不配合本项目者。

1.2 研究方法

1.2.1 对照组

传统截石位：患者取仰卧位，臀部移至手术床边缘，双下肢屈曲放置于腿架上，腿架高度约在髋关节平面，保持外展角度 $<90^\circ$ 以避免过度拉伸内收肌群，同时在腘窝处垫置软垫以预防神经血管受压。

1.2.2 观察组

改良截石位：（1）根据手术需求准备齐全的手术器械并确认其性能完好，同时检查麻醉机、心电监护仪及吸引器等辅助设备的运行状态是否正常。在术前准备中需重点验证手术床的各项

Clinical Application Research of Nursing Care

功能与稳定性，确保其能够精准调节至手术所需的高度和倾斜角度，为手术操作提供可靠支持。(2) 将患者置于截石位，注意调整头部位置保持自然状态避免颈部过度活动，同时用支撑物稳固患者双腿使其保持舒适姿势。手术过程中需将患者手臂固定在身体两侧以防止移动，双手保持自然放置于躯体两侧。整个体位摆放过程要确保患者处于稳定状态，既满足手术要求又兼顾舒适度，特别注意避免颈部扭曲和腿部支撑不当等问题。(3) 术后密切监测患者心率、呼吸、血压等生命体征，同时根据疼痛程度给予合适镇痛药物缓解症状。保持伤口清洁干燥并定期更换敷料预防感染，发现异常及时处理。结合患者病情制定个性化康复锻炼方案促进恢复，全程关注伤口护理情况与生命体征变化，通过规范化的疼痛管理和科学的康复计划帮助患者早日康复。

1.3 观察指标

本研究收集两组患者护理期间的临床信息并加以分析，对比两组体位并发症发生率、术中舒适度、术后24小时活动能力、血压指标以及术后生活质量。

(1) 体位并发症发生率：记录术后出现神经损伤、压疮、深静脉血栓的患者例数，体位并发症发生率=(神经损伤+压疮+深静脉血栓)/总例数×100%。

(2) 术中舒适度：对患者术中舒适程度进行评估并记录对比。

(3) 术后24小时活动能力：采用改良 Rasch 评分对患者术后24小时活动能力进行评估。从体位耐受性、自主活动能力、疼痛干扰度三个方面评估，分数越高表示活动能力越强。

(4) 血压指标：测量患者平均动脉压、舒张压、收缩压。

(5) 术后生活质量：选用 SF-36 量表从8个维度(生理功能、角色限制、疼痛程度、总体健康、活力、社会功能、情感健康和心理状态)全面评估患者生活质量，每项分值越高表明生活质量越高。

1.4 统计学分析

使用 SPSS 22.0 软件分析本研究数据，计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，采用 t 检验，计数资料以 n (%) 表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 代表差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 观察组与对照组体位并发症发生率对比

观察组体位并发症发生率低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，详见下表 1。

表 1 观察组与对照组体位并发症发生率对比[n,%]

组别	例数	神经损伤	压疮	深静脉血栓	体位并发症发生率
观察组	30	3.33% (1/30)	0	0	3.33%
对照组	30	3.33% (1/30)	6.67% (2/30)	6.67% (2/30)	16.67%
χ^2	-	0.000	6.900	6.900	9.886
P	-	1.000	0.009	0.009	0.002

2.2 观察组与对照组术中舒适度、术后24小时活动能力对比

护理后观察组术中舒适度、术后24小时活动能力评分均高于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，详见下表 2。

表 2 观察组与对照组术中舒适度、术后24小时活动能力对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术中舒适度	体位耐受性	自主活动能力	疼痛干扰度
观察组	30	92.37±2.31	93.66±3.04	91.97±2.08	91.25±2.31
对照组	30	90.02±2.12	91.29±2.25	88.51±2.33	89.33±2.12
t	-	3.352	2.802	4.954	2.739
P	-	0.002	0.008	0.001	0.009

2.3 观察组与对照组血压水平对比

护理前，两组血压指标接近，无统计学意义 ($P > 0.05$)；护理后，观察组平均动脉压、舒张压、收缩压低于对照组 ($P < 0.05$)，详见下表 3。

表 3 观察组与对照组血压水平对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	平均动脉压 (mmHg)		舒张压 (mmHg)		收缩压 (mmHg)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	30	125.67±6.33	109.55±5.54	104.65±7.31	89.56±2.12	136.30±6.30	119.65±2.54
对照组	30	125.68±6.32	113.56±5.68	104.64±7.30	92.36±4.61	36.17±6.20	123.15±2.31
t	-	0.029	3.032	0.030	3.311	0.403	6.117
P	-	0.977	0.003	0.976	0.002	0.689	0.001

2.4 观察组与对照组术后生活质量对比

护理后观察组生理功能、生理角色、身体疼痛、一般健

康状况、活力、社交功能、情感角色以及心理健康评分均高于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，详见下表 4。

表 4 观察组与对照组术后生活质量对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	生理功能	生理角色	身体疼痛	一般健康状况	活力	社交功能	情感角色	心理健康
观察组	30	91.37±5.31	93.66±5.04	91.97±5.08	91.25±6.31	86.37±5.81	92.63±4.25	93.66±3.04	90.97±5.08
对照组	30	88.02±5.12	91.29±5.25	88.51±5.33	87.33±6.12	82.82±5.82	89.69±4.13	90.29±4.25	88.51±5.33
t	-	2.872	2.060	2.972	2.820	2.730	3.138	4.079	2.113
P	-	0.005	0.043	0.004	0.006	0.0080.001	0.002	0.001	0.038

3 讨论

截石位作为普外及妇科直肠癌根治术、会阴部手术等常

Clinical Application Research of Nursing Care

用手术体位, 却因其特殊的卧位方式成为临床上最容易引起损伤的手术体位。近年文献报道显示^[5], 该体位易导致包括腓总神经损伤、下肢深静脉血栓形成以及腓肠肌综合征或小腿筋膜综合征等多种并发症, 给患者带来不必要的痛苦。为有效预防这些并发症的发生, 临床实践中亟需对传统截石位进行系统性改良并加强针对性护理措施。

麻醉患者由平卧位改为截石位时, 双下肢抬高导致血液回流增加使心脏负荷加重引发血压升高; 反之术后恢复平卧位时, 血液重新分布至下肢血管导致有效循环血量减少造成血压下降。针对这种血压波动现象, 临床上采用改良截石位进行预防。特别对于老年患者, 通过将头颈部垫高 10° 既符合其颈部生理曲线需求, 又能促进颈部肌肉放松及静脉回流, 同时增加回心血量, 从而有效缓解术中体位改变引起的血压剧烈波动。改良措施既照顾到老年患者的特殊生理需求, 又能通过优化体位摆放来维持血流动力学稳定, 显著降低了传统截石位导致的血压波动风险, 为手术安全提供了更好保障^[6]。

麻醉状态下手术患者因知觉和肌张力减弱, 保护性反射功能丧失, 体位改变引发的病理生理变化更为显著, 极易导致血压剧变并发心脑血管意外甚至猝死。为预防此类风险, 在改变体位时应采取轮流缓慢抬放双下肢的方式: 先将一侧下肢缓慢抬放, 配合轻拍小腿及被动屈膝运动, 待3分钟血压平稳后再处理另一侧下肢。这种双腿轮流抬放法通过控制血液回流或分流量, 使机体获得代偿调整时间, 有效缓冲了瞬间大量血液转移导致的循环血量剧变。具体操作中, 每侧肢体处理后需等待3分钟待血压稳定再进行下一步, 通过分阶段处理显著降低了血压波动的幅度。同时, 通过按摩腓肠肌和比目鱼肌能促进静脉血液回流心脏, 配合踝部运动和肌肉按摩不仅能提高肌张力, 更能改善局部血液循环^[7]。这种改良方法既避免了急性循环虚脱, 又能通过逐步代偿机制维持血压稳定, 特别是被动屈膝运动和肌肉按摩的双重作用, 既促进了静脉回流又增强了局部循环, 为手术安全及术后康复提供了可靠保障^[8]。本次研究结果显示, 观察组体位并发症发生率、血压指标均低于对照组, 术中舒适度、术后24小时活动能力以及术后生活质量均优于对照组, 有统计学意义($P < 0.05$)。此结果提示, 在实施改良截石位及护理后, 能够对患者术中舒适度以及体位并发症及生活质量等起到显著积极效果。随着国内外对手术体位安置和护理的研究持续深入, 国内临床上已发展出多种改良截石位应用方案, 包括泌尿外科TURP手术的“人字位”、妇科腹腔镜手术的“八

字位”、阴式子宫切除术改良截石位以及肛肠科Miles手术单腿截石位等。这些改良体位均源自传统截石位, 是医护人员综合运用人体力学、病理生理学、解剖学知识和现代护理器具的创新成果。改良的核心目标是将截石位调整为更接近平卧体位的分腿姿态, 在满足手术操作需求的同时, 显著降低体位对患者心肺功能的影响及术后并发症发生率。

综上所述, 改良截石位作为预防手术患者体位并发症的重要措施, 是手术室管理体系的重要内容。通过加大现代护理器具投入、增强护士责任意识与防范观念, 结合患者手术时间和术式特点, 为患者提供安全舒适的手术体位。实践证明, 这种系统化的改良截石位护理方法不仅能有效满足手术需求, 更可显著减少体位相关并发症, 提高患者术中生命体征的稳定性。同时, 规范的体位管理还能改善患者术后生活质量。

[参考文献]

[1]黄雅,楼征,郑杭丽,等.改良截石位在机器人辅助直结肠癌手术中摆放流程的制定及应用研究[J].机器人外科学杂志(中英文),2025,6(3):471-474,480.

[2]刘永青,段旗展,邱伟.改良单边截石位与牵引床仰卧位在老年股骨转子间骨折患者PFNA内固定手术治疗中的应用效果对比[J].中国伤残医学,2025,33(2):57-60,65.

[3]黄鹏,李洲宁,吴静芬.改良截石位在达芬奇机器人辅助全子宫切除术中的应用[J].当代护士,2023,30(2):58-60.

[4]杨淑红,陈惠珍,邱淑华.改良截石位在腹腔镜直结肠癌手术中的应用效果[J].中国卫生标准管理,2023,14(13):93-96.

[5]陈晨,王臣,宋晓明,等.PCNL联合输尿管软镜治疗改良体位的复杂性肾结石患者的疗效观察[J].国际泌尿系统杂志,2025,45(2):46-49.

[6]赵理,徐建华,杨元强,等.改良斜仰卧截石位下双镜联合处理复杂性肾结石的效果[J].安徽医学,2023,44(12):1436-1439.

[7]穆秀杰.改良式截石位护理干预对妇科腹腔镜手术中患者血压及并发症的影响观察[J].中国医药指南,2025,23(29):180-182.

[8]石守印,周敏,徐江波,等.两种截骨固定术式治疗(足母)外翻畸形的生物力学分析[J].实用骨科杂志,2025,31(7):647-651.

作者简介:

顾采平(1988.04-),女,汉族,江苏连云港人,本科,护师,研究方向为手术室体位护理。