

# 子宫肌瘤剔除术患者手术室体位安全护理探讨

邢琳

内蒙古通辽市第六人民医院(传染病医院) 内蒙古 通辽 028000

**摘要:** 目的: 探讨针对性体位安全护理在子宫肌瘤剔除术患者中的应用效果。方法: 选取2022年1月至2024年1月在我院接受子宫肌瘤剔除术的120例患者作为研究对象, 采用随机数字表法将其分为观察组和对照组各60例。对照组实施常规体位护理, 观察组在此基础上实施针对性体位安全护理干预。比较两组患者的体位相关并发症发生率、手术时间及术后恢复情况。结果: 观察组在各项观察指标方面均优于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论: 针对子宫肌瘤剔除术患者实施个性化体位安全护理能够有效降低并发症发生率, 缩短手术时间, 促进患者术后康复, 值得在临床实践中推广应用。

**关键词:** 子宫肌瘤剔除术; 体位安全; 护理干预; 并发症预防

子宫肌瘤是妇科最常见的良性肿瘤之一, 发病率高达20%-25%, 严重影响女性生殖健康和生活质量。随着微创技术的发展, 腹腔镜子宫肌瘤剔除术因其创伤小、恢复快等优势已成为临床首选治疗方式。然而, 该手术对患者体位要求严格, 在长时间手术过程中容易出现压疮、神经损伤、循环障碍等体位相关并发症, 不仅影响手术效果, 还可能延长住院时间, 增加医疗费用<sup>[1]</sup>。手术室体位安全管理是围手术期护理的重要组成部分, 合理的体位摆放不仅能确保手术视野清晰, 还能最大限度地保护患者安全, 减少并发症的发生。传统护理模式往往忽视个体化需求, 缺乏系统性的风险评估和预防措施, 难以满足现代精准医疗的要求<sup>[2]</sup>。因此, 探索更加科学有效的体位安全护理策略对于提高手术质量、保障患者安全具有重要意义。本研究通过对比分析不同护理模式的应用效果, 旨在为子宫肌瘤剔除术患者提供更优质的体位安全管理方案。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本研究选取2022年1月至2024年1月在我院妇科接受子宫肌瘤剔除术的120例患者。按照随机数字表法分为观察组和对照组各60例。观察组年龄25-52岁, 平均年龄( $38.6 \pm 7.4$ )岁。对照组年龄24-54岁, 平均年龄( $39.2 \pm 7.1$ )岁。两组患一般资料比较( $P > 0.05$ ), 具有可比性。纳入标准: 经病理确诊为子宫肌瘤且符合手术指征; ASA分级I-II级; 自愿参与本研究并签署知情同意书。排除标准: 合并严重心肺功能不全或其他重大脏器疾病; 凝血功能异常或正在服用抗凝药物; 既往有神经系统疾病史。

### 1.2 方法

对照组采用传统的常规体位护理模式: ①术前访视时向患者简单介绍手术体位要求; ②入室后由巡回护士协助患者采取膀胱截石位, 使用标准体位垫支撑; ③术中定期检查受压部位皮肤情况; ④术后协助患者恢复平卧位并观察生命体征变化。

观察组在常规护理基础上实施针对性体位安全护理干预: 术前阶段: (1)全面评估: 术前1日由责任护士对患者进行详细的体位安全风险评估, 包括年龄、体重指数、皮肤状况、营养状态、既往病史等, 并制定个性化的体位管理计划。(2)健康教育: 采用图文并茂的方式向患者详细介绍膀胱截石位的具体摆放方法、维持时间以及可能出现的不适感, 消除其紧张焦虑情绪, 提高配合度。(3)皮肤准备: 仔细检查患者全身皮肤完整性, 特别关注骨突部位, 如有异常及时处理; 指导患者术前沐浴更衣, 保持皮肤清洁干燥。术中阶段: (1)精确摆位: 患者入室后, 由经验丰富的专科护士负责体位摆放工作。首先协助患者仰卧于手术台, 然后缓慢调整至膀胱截石位。双腿分开呈90°-100°角, 臀窝处垫软枕, 小腿与大腿呈90°角。注意双下肢外展不超过45°, 避免过度牵拉造成股神经损伤。(2)压力分散: 在骶尾部、足跟、内外踝、膝关节等易受压部位放置专用减压垫, 厚度约5-8cm, 材质选用高密度海绵或凝胶材料。约束带固定松紧适宜, 以能容纳一指为宜, 避免过紧导致血液循环障碍。(3)动态监测: 术中每30分钟检查一次体位维持情况, 观察肢体末端颜色、温度及毛细血管充盈时间, 询问患者有无麻木、疼痛等不适症状。如发现异常立即调整体位或更换减压用具。(4)保温措施: 使用加温毯维持患者体温, 防止因暴露时间过长引起低体温症。输液液体提前加温至37℃左右。术后阶段: (1)循

序恢复：手术结束后，在麻醉医师指导下缓慢协助患者恢复平卧位，避免体位改变过快引起血压波动。注意动作轻柔，保护各种管道不受牵拉。（2）全面检查：仔细检查全身皮肤完整性和色泽变化，重点观察受压部位有无红肿、水疱等压疮早期表现。评估四肢活动度和感觉功能是否正常。（3）延续护理：向病房护士详细交接患者体位相关注意事项，指导其继续观察患者皮肤状况和肢体功能恢复情况。

### 1.3 观察指标

（1）体位相关并发症发生率：包括压疮、神经损伤、循环障碍等；（2）手术时间；（3）术后恢复指标：包括首次下床活动时间和住院天数。

### 1.4 统计学方法

通过SPSS26.0处理数据，计数（由百分率（%）进行表示）、计量（与正态分布相符，由均数±标准差表示）资料分别行 $\chi^2$ 、t检验； $P < 0.05$ ，则差异显著。

## 2 结果

### 2.1 两组患者体位相关并发症发生情况比较

观察组低于对照组（ $P < 0.05$ ）。见表1。

表1 体位相关并发症发生情况比较[n(%)]

| 组别         | 例数 | 压疮      | 神经损伤    | 循环障碍    | 总发生率      |
|------------|----|---------|---------|---------|-----------|
| 观察组        | 60 | 2(3.33) | 0(0.00) | 1(1.67) | 3(5.00)   |
| 对照组        | 60 | 4(6.67) | 3(5.00) | 4(6.67) | 11(18.33) |
| $\chi^2$ 值 | -  | -       | -       | -       | 5.194     |
| P值         | -  | -       | -       | -       | 0.023     |

### 2.2 两组患者手术时间比较

观察组短于对照组（ $P < 0.05$ ）。见表2。

表2 手术时间比较( $\bar{x} \pm s$ , min)

| 组别  | 例数 | 手术时间       |
|-----|----|------------|
| 观察组 | 60 | 85.6±12.4  |
| 对照组 | 60 | 102.3±15.7 |
| t值  | -  | 6.342      |
| P值  | -  | 0.000      |

### 2.3 两组患者术后恢复情况比较

观察组首次下床活动时间、住院时间均短于对照组的（ $P < 0.05$ ）。见表3。

表3 术后恢复情况比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数 | 首次下床活动时间(h) | 住院时间(d) |
|-----|----|-------------|---------|
| 观察组 | 60 | 18.4±3.2    | 4.2±1.1 |
| 对照组 | 60 | 24.7±4.8    | 6.1±1.8 |
| t值  | -  | 8.156       | 6.789   |
| P值  | -  | 0.000       | 0.000   |

## 3 讨论

子宫肌瘤是女性生殖器官最常见的良性肿瘤。随着

微创外科技术的快速发展，腹腔镜子宫肌瘤剔除术以其创伤小、出血少、恢复快等显著优势，逐渐成为临床治疗的首选方案。然而，该手术对患者体位有着极其严格的要求，术中需要长时间维持膀胱截石位，这对护理人员的专业技能和责任心提出了更高挑战。膀胱截石位作为一种特殊的手术体位，虽然能够充分暴露盆腔器官，便于手术操作，但同时也带来了诸多安全隐患<sup>[3]</sup>。传统的护理模式往往侧重于手术配合和技术操作，对体位安全管理重视程度不够，缺乏系统性的风险评估机制和个性化的预防措施。许多护理人员对体位相关并发症的认识不足，仅凭经验进行简单的体位摆放和被动观察，难以做到早发现、早干预。这种粗放式的管理模式已经无法适应现代精准医疗发展的需要，迫切需要建立更加科学完善的体位安全管理体系<sup>[4]</sup>。

针对性体位安全护理是在循证医学理念指导下，基于患者个体差异和手术特殊需求，制定的一套系统化、规范化的护理干预方案。其核心理念是以人为本，注重预防为主，强调全程管理，通过科学的风险评估、精准的体位摆放、动态的安全监测和及时的应急处置，最大程度地保障患者围手术期安全。从解剖生理学角度来看，人体各个部位对压力的耐受能力存在显著差异。骨骼突出部位由于缺乏肌肉和脂肪组织的缓冲作用，单位面积承受的压力远大于其他区域，更容易发生缺血性损伤<sup>[5]</sup>。因此，在体位摆放过程中，合理使用减压垫材显得尤为重要。高密度海绵、凝胶垫等专业用品能够有效分散压力，改善局部血液循环，从根本上降低压疮发生的概率。同时，正确的约束方式也是保证体位稳定的关键因素，过松可能导致体位偏移影响手术视野，过紧则会压迫血管神经束，造成医源性损伤。心理因素在体位安全管理中同样发挥着不可忽视的作用。术前充分的心理疏导和健康宣教能够显著缓解患者的紧张情绪，提高其配合度和依从性。当患者对手术过程有了清晰认知后，就能够主动参与到体位维持工作中来，这对于减轻护理人员的工作负担、提高护理质量都具有积极意义<sup>[6]</sup>。此外，良好的护患沟通还有助于及时发现潜在问题，实现真正的预防性护理。

本研究结果显示，实施针对性体位安全护理的观察组在各项观察指标方面均显著优于采用常规护理的对照组，这一结果充分证实了个性化护理干预的有效性和必要性。在体位相关并发症控制方面，观察组低于对照组（ $P < 0.05$ ）。压疮是最常见的体位相关并发症之一，其发生机制主要是持续性压力导致局部组织缺血缺氧，进而引发细胞变性和坏死。在本次研究中，观察组仅有2例

轻微压疮发生，且均为Ⅰ度压疮，经过简单处理后完全愈合，未对患者造成任何不良后果。相比之下，对照组出现了4例压疮，其中有2例发展到Ⅱ度以上，需要延长住院时间并增加治疗费用。这一显著差异说明，科学合理的力量分散措施确实能够有效预防压疮的发生。神经损伤是另一个需要重点关注的并发症类型。由于膀胱截石位要求双下肢过度外展和屈曲，很容易压迫到坐骨神经、腓总神经等周围神经，造成感觉异常、运动障碍等症状。在本研究中，对照组出现了3例神经损伤病例，表现为足背屈无力、小腿外侧麻木等典型症状，虽经积极治疗后基本恢复，但仍给患者带来了一定痛苦。而观察组通过精确的体位摆放和动态监测，成功避免了此类并发症的发生，体现了预防性护理的巨大优势。循环障碍主要表现为下肢水肿、静脉回流受阻等症状，严重时可能诱发深静脉血栓形成。观察组通过合理的体位设计和保温措施，有效维护了患者的循环稳定，未出现相关并发症。而对照组有4例患者出现了不同程度的循环障碍，其中1例甚至出现了小腿肿胀明显的症状，需要进行抗凝治疗，增加了医疗风险。

手术时间的显著缩短是本研究的另一重要发现。观察组平均手术时间短于对照组( $P < 0.05$ )。究其原因，主要体现在以下几个方面：首先，科学的体位摆放为手术医师提供了最佳的操作视野，减少了术中调整体位的次数；其次，良好的体位稳定性有利于器械操作的精确性，提高了手术效率；再次，及时的体位监测避免了因并发症导致的手术中断，保证了手术的连续性<sup>[7]</sup>。术后恢复指标的改善进一步验证了针对性体位安全护理的价值。观察组患者首次下床活动时间、住院时间均短于对照组( $P < 0.05$ )，这些变化实际上反映了患者整体康复质量的提升。早期活动不仅有利于预防深静脉血栓、肺部感染等并发症，还能促进胃肠功能恢复，改善患者的

心理状态，对于提高患者满意度和降低医疗成本都具有积极作用。

综上所述，针对子宫肌瘤剔除术患者实施个性化体位安全护理是一项科学有效、切实可行的护理干预措施。通过系统的风险评估、精准的体位摆放、动态的安全监测和及时的应急处置，能够显著降低体位相关并发症发生率，缩短手术时间，促进患者术后康复。这一护理模式体现了现代护理学以人为本、预防为主的核心理念，对于提高手术室护理质量和保障患者安全具有重要的临床价值和社会意义。建议在临床实践中推广应用，并不断完善优化，为更多患者提供优质安全的护理服务。

#### 参考文献

- [1] 孙淑惠, 康秀凤. 手术室护理路径对腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者应激反应、心理状态与护理满意度的影响[J]. 妇儿健康导刊, 2025, 4(14):149-152, 157.
- [2] 陈静, 郝娜. 基于量化评估策略的手术室护理结合体位管理在腹腔镜下子宫肌瘤剔除术中的应用价值[J]. 临床医学研究与实践, 2025, 10(2):141-144.
- [3] 康娟. 手术室护理路径联合保温护理措施在腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者中的应用效果[J]. 中外女性健康研究, 2025(1):35-38.
- [4] 周晓星. 手术室护理路径对腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者应激反应、心理情绪以及满意度的影响[J]. 中外女性健康研究, 2024(2):128-130.
- [5] 陈伶俐. 手术室护理路径在腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者中的应用价值探讨[J]. 生命科学仪器, 2024, 22(5):226-228.
- [6] 缪彬. 手术室护理路径在腹腔镜子宫肌瘤剔除术中的实施效果[J]. 现代养生(下半月版), 2022, 22(5):812-815.
- [7] 白晶. 手术室护理指南对腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者的效果观察[J]. 中国医药指南, 2021, 19(1):201-202.