俯卧分腿位在经阴道子宫后壁肌瘤剔除术中的应用

和小兵,马新娟,胡文晓,毛 勇,贾振香 (泰安市妇幼保健院妇科,山东 泰安 271000)

[摘 要] **目的** 探讨俯卧分腿位应用于经阴道子宫后壁肌瘤剔除术的安全性及优势。**方法** 回顾性分析我院 2013 年 3 月至 2015 年 1 月应用俯卧分腿位及传统截石位实施的经阴道子宫后壁肌瘤剔除术患者的临床资料,根据手术体位分为 A 组 30 例(俯卧分腿位)及 B 组 24 例(传统截石位)。观察 2 组患者术中术野暴露情况、术者操作方便程度、体位摆放时间、手术时间、患者舒适度、配合度的情况以及手术时患者心率、血压、血氧饱和度的情况。**结果** 俯卧分腿位体位摆放时间和手术时间与截石位相比显著缩短,术中患者配合良好,无明显不适,各项生命体征平稳,通气良好,术野暴露良好,操作比截石位更加方便。**结论** 俯卧分腿位应用于经阴道子宫后壁肌瘤剔除术安全可行,具有优势。

[关键词] 子宫肌瘤;俯卧分腿位;截石位;经阴道子宫肌瘤剔除术
[中图分类号] R713 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2015)05-0497-03

Application of prone-straddle position for transvaginal hysteromyomectomy in the posterior wall of the uterus

HE Xiao-bing, MA Xin-juan, HU Wen-xiao, MAO Yong, JIA Zhen-xiang (Department of Gynecology, Tai'an Maternal and Child Health Care Hospital, Tai'an Shandong 271000, China)

Abstract: Objective To discuss the safety and advantages of prone-straddle position applied in transvaginal hysteromyomectomy of the posterior wall of the uterus. **Methods** The clinical data of patients who were admitted into our hospital from March 2013 to Janaury 2015 and received transvaginal hysteromyomectomy were retrospectively analyzed. They were divided into group A (prone-straddle position, 30 cases) and group B (traditional lithotomy position, 24 cases). The exposure of operative field, convenience of operation, time of the placement, time of operation, patient satisfaction, as well as patients' heart rate, blood pressure, and oxyhemoglobin saturation were observed and analyzed. **Results** Compared with the lithotomy position, there were significant differences in the time of the placement and the time of operation in the patients treated by prone-straddle position. The patients with prone-straddle position cooperated well, and there was no obvious discomfort. Their vital signs were stable during the operation. The operative field during prone-straddle position exposed better and it was more convenient which make the operation became easier for both the operators and nurses. **Conclusion** Prone-straddle position applied in transvaginal hysteromyomectomy of the posterior wall of the uterus is safe and practicable, and it is valuable for clinical application.

Keywords: uterine myoma; prone-straddle position; lithotomy position; transvaginal hysteromyomectomy

子宫肌瘤是女性生殖器官最常见的肿瘤,多见于 30 ~ 50 岁的妇女[1-2]。随着人们对生活质量要求的提高及微创技术不断成熟,要求保留子宫的子宫肌瘤患者越来越多,腹腔镜及经阴道手术成为子宫肌瘤剔除的主要途径[3]。由于经阴道子宫肌瘤剔除术不需要电动粉碎器,弥补了腹腔镜手术费用高、操作困难、出血多、缝合打结不牢固等问题[4]。我院开展经阴道子宫肌瘤剔除术多年,工作中体会到采用截石位行经阴道子宫后壁肌瘤剔除术时,存在光线照射不理想、术野暴露不清、缝合相对困难、术者易疲劳等不足。我院 2013 年 3 月至 2015 年 1 月对 54 例子宫后壁肌瘤患者尝试应用俯卧分腿位行经阴道子宫后壁肌瘤剔除术,取得较好效果,现报告如下。

doi:10.11659/jjssx.06E015008
[收稿日期] 2015-06-05 [修回日期] 2015-06-17

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者 54 例,年龄 31 ~ 52 岁,平均 37.5 岁。其中单发性子宫肌瘤位于子宫后壁者 39 例、多发性子宫肌瘤较大肌瘤位于后壁的患者 11 例,宫颈后壁肌瘤 4 例。根据患者手术体位分为 A 组和 B 组。A 组 30 例患者俯卧分腿位行手术,B 组 24 例传统截石位行手术。2 组患者年龄、病种等情况比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

A 组患者俯卧分腿位的摆放方法:采用腰硬联合麻醉或硬膜外麻醉,麻醉穿刺成功后,向患者说明手术体位的姿势,以取得患者的配合。先协助患者俯卧于手术床上,臀部平手术床的中下 1/3 下肢板连接处,将患者肩锁及双髂处分别用软垫垫起,避免胸部和腹部受压。头取侧卧于软枕上,双臂自然弯曲放置于头两侧或平展,并适当固定。将手术床下肢板下调 15° 并外展,双腿尽量分开呈 90° ~ 120°,膝部垫软枕,用固定带约束。将手术床调至与水平位呈 20° ~ 30°,呈臀高头低位。手术

床升至最高,手术者取站立位手术(图 1a)。

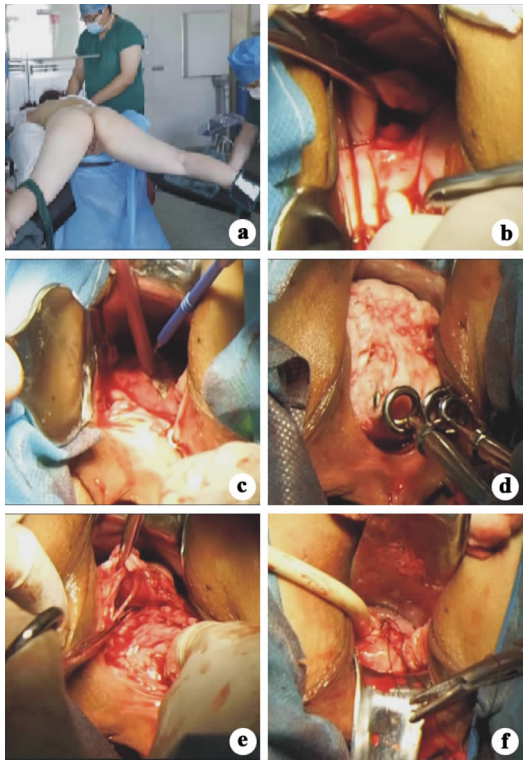
麻醉成功,俯卧体位摆放好后,暴露阴道后穹窿,距宫颈外口上 3.5 cm 左右横行切开阴道后穹窿处阴道壁黏膜,至盆腔道格拉斯窝,并向两侧延长至侧穹窿,置拉钩即可暴露位于子宫后壁的子宫肌瘤,螺钻(专利器械)钻入瘤体,牵拉切开瘤体表面浆肌层,剥除瘤体,1-0 可吸收线缝合瘤腔,放回宫体,1-0 可吸收线缝合阴道后穹窿切口,必要时放置盆腔引流管(图 1b ~ 图 1f)。截石位手术方式按阴道手术常规步骤进行[4]。

1.3 观察指标

观察 2 组患者术前体位摆放时间、手术时间、术野暴露情况,术者体会操作方便程度,记录患者体位摆放时间、配合度,询问患者舒适度情况,术中采用多功能心电监护仪监测术中患者血压、心率、血氧饱和度等变化,并记录摆放体位后 20 min 患者的血压、心率、血氧饱和度。

2 结果

54 例手术均获得成功。A 组手术中患者的血压、心率、血氧饱和度与 B 组患者比较无明显差异($P>0.05$)。俯卧分腿位对患者的呼吸、血流动力学影响较小。与 B 组相比,A 组中护士摆放体位的劳动强度明显减少,患者体位摆放时间显著缩短;术野暴露更加充分,术者操作方便舒适,疲劳度减少,手术时间明显缩短(表 1)。2 组患者均于术后 2 个月门诊随访,随访结果显示无出血、发热感染等并发症,阴道后穹窿切口愈合良好,B 超提示子宫恢复良好。



a:俯卧分腿位;b:切开阴道后穹窿;c:暴露瘤核,切开瘤核表面浆肌层;d:专利裸钻,剥离并娩出瘤核;e:修剪并闭合瘤腔;f:放置引流管缝合阴道后穹窿切口

图 1 俯卧分腿位及关键手术步骤

表 1 2 组患者体位摆放时间、手术时间、血压、心率、血氧饱和度的变化

组别	n	年龄(岁)	体位摆放时间(min)	手术时间(min)	血压(kpa)		心率(次/分)	血氧饱和度(%)
					收缩压	舒张压		
A 组	30	37.0 ± 6.7	2.6 ± 1.3	36 ± 8.6	15.3 ± 1.9	10.3 ± 2.3	86 ± 10.2	98 ± 1.2
B 组	24	38.2 ± 7.2	3.7 ± 1.5	47 ± 11.7	15.2 ± 2.4	10.4 ± 2.0	89 ± 11.1	98 ± 1.1
P		0.53	0.006	0.000	0.86	0.87	0.31	0.99

3 讨论

传统的经阴道子宫肌瘤剔除术具有出血少、手术时间短、安全可靠和费用低等优点[5]。经阴道子宫肌瘤剔除术主要路径为:①如果较大子宫肌瘤在前壁,选择经阴道前穹窿、膀胱宫颈间隙途径;② 如果较大子宫肌瘤位于后壁,选择经阴道后穹窿、直肠子宫陷凹途径[6]。手术体位均为传统的截石位,经阴道前穹窿手术时截石位也较为方便。但是经阴道后穹窿行经阴道子宫后壁肌瘤剔除术时,时常感到操作不便,因为截石位时子宫后壁朝下,术者需要仰视手术部位,手术灯光须从后下方投照,暴露欠充分。因手术操作的需要,术者坐位,活动空间小,术者经常会仰项抬头,双手上举,两肘下垂,缝合瘤腔时需要采用反针缝法,容易疲劳,也影响手术灯光的射入,从而妨碍了手术的进程。俯卧分腿位时子宫后壁朝上,术者操作时打开阴道后穹窿观察子宫后壁肌瘤呈自然俯视状态,灯光由后上方直接射入术野,术野暴露充分,术者可采取站立位手术,活动自如,缝合操作方便舒适,有效克服了截石位子宫后壁肌瘤剔除术的缺点,手术时间明显缩短。另外,俯卧分腿位时为保证操作方便,需要取头低臀高,手术床与水平线呈 20° ~ 30°,以使阴道轴线近于水平,利于术野暴露。

俯卧分腿位时护士摆放体位的劳动强度明显减少。俯卧分腿位只需要在麻醉成功后将患者摆放成俯卧位,分开下肢架,并垫上合适的软垫即可,手术结束直接翻转至接送车。省去了截石位时手术前后取放搁腿架、搁脚架以及装卸下肢板的繁重程序,摆放恢复体位更为方便,也明显减少了护士的劳动强度,缩短了体位摆放时间。

应用股骨近端防旋髓内钉治疗高龄股骨转子间骨折

罗江洪,李 伟,罗 磊,柏光泽,鲜思平 (成都市第六人民医院骨科,四川 成都 610051)

[摘 要] **目的** 探讨应用股骨近端防旋髓内钉(PFNA)治疗高龄股骨转子间骨折的时机和效果。**方法** 2011 年 9 月至 2013 年 3 月我院收治 36 例高龄股骨转子间骨折患者,其中 A1 型 6 例,A2 型 16 例,A3 型 14 例。36 例患者均应用 PFNA 微创手术治疗,术后进行系统的康复锻炼;同时治疗基础疾病、加强护理预防血栓。用 Harris 评分对患者后期髋关节功能进行评估。**结果** 平均住院时间 4 周,伤口一期愈合良好 30 例,因合并内科疾病死亡 4 例,伤口感染 2 例、经治疗后痊愈。21 例患者获随访,根据 Harris 评分分析髋关节功能康复良好,优 12 例、良 6 例,可 3 例,优良率为 85%。**结论** 高龄股骨转子间骨折应用 PFNA 手术治疗不易损伤骨折局部的血供,骨折愈合及髋关节后期功能恢复良好,是高龄股骨转子间骨折患者较为理想的治疗方法。

[关键词] 股骨转子间骨折;高龄;股骨近端防旋髓内钉
[中图分类号] R683;R687.3 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2015)05-0499-03

Application of proximal femoral anti-rotation nail for the treatment of elderly femoral intertrochanteric fracture

LUO Jiang-hong, LI Wei, LUO Lei, BAI Guang-ze, XIAN Si-ping (Department of Orthopaedics, the Sixth People's Hospital of Chengdu City, Chengdu Sichuan 610051, China)

Abstract: Objective To explore and analyze the timing and postoperative effect of proximal femoral nail anti-rotation (PFNA) for the treatment of elderly femoral intertrochanteric fracture. **Methods** From September 2011 to March 2013, there were 36 elderly patients with femoral intertrochanteric fractures in our hospital, including 6 cases of type A1, 16 cases of type A2, and 14 cases of type A3. All the 36 patients received PFNA and systematic rehabilitation exercise. Treat the underlying disease and strengthen the nursing to prevent thrombosis at the same time. Hip joint function was evaluated by the Harris score system. **Results** The average hospitalization of patients is 4 weeks. The wound healing was good in 30 cases and wound infection occured in 2 cases who recovered after subsequent treatment, and the other 4 patients died due to complicated internal medicine diseases. 21 cases of patients were followed up, and their hip joint function recovered well

doi:10.11659/jjssx.04E015027
[收稿日期] 2015-04-10 [修回日期] 2015-05-26

俯卧分腿位时只要处理得当,对患者的呼吸、血流动力学影响较小。俯卧分腿位时,胸部和腹部受压容易引起通气不足[7],同时腹部受压还可导致下腔静脉回流受阻,出现血压下降[8]。因此在摆放俯卧分腿位时将患者肩部锁骨处及双侧髂骨处分别用软垫垫起十分必要,以此可避免胸部和腹部受压,保证腹肌和膈肌的正常运动,保持呼吸通畅。本组 30 例俯卧分腿位手术中仅有 1 例出现短暂的血压下降,心率减缓,考虑是由于麻醉不完全,牵拉宫颈时刺激迷走神经引起的一过性心率减慢、血压下降,经加快输液速度,静注阿托品后血压心率恢复正常。需要注意的是俯卧分腿位时肛门位于会阴上方,为避免粪便污染术野,术前一定保证清洁灌肠,避免术中麻醉后患者肛门松弛排便污染术野。

经阴道子宫肌瘤剔除术是当前开展越来越多的一种微创手术,合适的手术体位是手术成功的基本保证,手术中应努力为患者选择一个安全舒适的体位,让患者安全地渡过手术期。在经阴道子宫后壁肌瘤剔除术时应用俯卧分腿位,无论从术野暴露、术者操作、护士劳动强度还是患者感受均优于传统截石位,值得推广应用。

[参考文献]

[1] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社,2004:20-82.
[2] 冯凤芝,冷金花,郎景和. 腹腔镜下子宫肌瘤剔除术的临床进展[J]. 中华妇产科杂志,2004,39(1):65-67.
[3] 袁 军,吴笑颜. 腹腔镜下子宫肌瘤剔除术 22 例疗效观察及护理[J]. 局解手术学杂志,2006,15(4):234-235.
[4] 朱金萍,吴 丹. 经阴道与腹腔镜子宫肌瘤剔除术的对比分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2008,24(1):562-571.
[5] 韩雪梅. 经阴道子宫肌瘤剔除术的手术配合[J]. 局解手术学杂志,2010,19(3):245.
[6] 谢庆煌, 柳晓春. 经阴道子宫系列手术图谱[M]. 第 2 版. 北京:人民军医出版社,2012:42-43.
[7] 王恩真. 神经外科麻醉学[M]. 北京:人民卫生出版社,2000:397-399.
[8] Edward CB. Spine surgery techniques, Complication avoidance and management, preoperative and surgical planning for avoiding complication. Churchill living stione Harcourt Philadeplhia [M]. Pennsylvania, 1999: 135-136.

(编辑:左艳芳)