

# 体位干预护理对妇科腹腔镜术后腹腔引流量的影响效果分析

古丽孜热·艾再尔 古兰拜尔·阿迪力

新疆喀什地区第一人民医院妇科一病区 新疆 喀什 844000

**【摘要】**：目的：探讨体位干预护理对妇科腹腔镜术后患者腹腔引流量的影响，为临床优化术后护理方案提供依据。方法：选取2024年3月—2025年6月我院妇科收治的120例行腹腔镜手术患者作为研究对象，采用随机数字表法分为观察组和对照组，每组各60例。对照组实施妇科腹腔镜术后常规护理，观察组在常规护理基础上实施针对性体位干预护理。比较两组患者术后不同时间段腹腔引流量、引流管拔除时间、住院天数及并发症发生率。结果：观察组术后24 h、48 h、72 h腹腔引流量均显著少于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；观察组引流管拔除时间、住院天数均短于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；观察组术后并发症发生率为6.67%，低于对照组的18.33%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：体位干预护理可有效减少妇科腹腔镜术后腹腔引流量，缩短引流管留置时间和住院周期，降低并发症发生风险，促进患者术后康复，值得临床推广应用。

**【关键词】**：体位干预；妇科腹腔镜；腹腔引流；术后护理；康复效果

DOI:10.12417/2705-098X.26.07.012

## 引言

随着微创外科技术的快速发展，腹腔镜手术因具有创伤小、术后疼痛轻、恢复快等优势，已成为妇科疾病治疗的常用术式，广泛应用于子宫肌瘤剔除、卵巢囊肿剔除、异位妊娠诊治等多种疾病的治疗中。但腹腔镜手术过程中需建立气腹，且术后腹腔内易残留渗出液、积血及未完全排出的二氧化碳气体，若引流不及时，可能导致腹腔积液、感染、肩背部疼痛等并发症，影响患者术后恢复。腹腔引流作为术后重要的护理措施，其引流效果直接关系到患者的康复进程。

临床实践表明，术后体位是影响腹腔引流效果的重要因素之一。妇科腹腔镜手术常采用头低臀高位进行操作，该体位易导致残留液体体积聚于肠曲间隙，常规术后平卧位难以使积液充分引流至盆腔最低处，影响引流效率。体位干预通过科学调整患者术后体位，可改变腹腔内积液的分布状态，促进积液向引流管方向积聚，从而提高引流效果。近年来，已有研究证实体位干预对改善腹腔镜术后引流效果具有积极作用，但针对妇科腹腔镜术后的专项研究仍需进一步细化和验证。

本研究选取2024年3月—2025年6月我院收治的120例行妇科腹腔镜手术患者作为研究对象，探讨体位干预护理对术后腹腔引流量的影响，旨在为临床优化术后护理策略、加速患者康复提供参考依据。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2024年3月—2025年6月我院妇科收治的120例行腹腔镜手术患者作为研究对象。纳入标准：①符合妇科腹腔镜手术适应证，拟行腹腔镜下子宫肌瘤剔除术、卵巢囊肿剔除术、异位妊娠根治术或附件切除术；②年龄18~65岁；③手术过程顺利，术后留置腹腔引流管；④患者及家属知情同意并签署知情同意书。排除标准：①合并严重心、肝、肾等重要脏器功能

障碍；②存在凝血功能异常；③术后出现严重并发症需紧急处理；④意识障碍或无法配合体位调整；⑤妊娠或哺乳期女性。

采用随机数字表法将患者分为观察组和对照组，每组各60例。观察组年龄20~64岁，平均（42.35±8.62）岁；手术类型：子宫肌瘤剔除术22例，卵巢囊肿剔除术18例，异位妊娠根治术12例，附件切除术8例；平均手术时间（68.42±15.36）min，平均术中出血量（35.26±12.48）mL。对照组年龄21~65岁，平均（43.12±8.45）岁；手术类型：子宫肌瘤剔除术20例，卵巢囊肿剔除术20例，异位妊娠根治术13例，附件切除术7例；平均手术时间（69.15±14.87）min，平均术中出血量（36.18±11.95）mL。两组患者年龄、手术类型、手术时间、术中出血量等一般资料比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

### 1.2 护理方法

#### 1.2.1 对照组

实施妇科腹腔镜术后常规护理：①术后返回病房，去枕平卧位6 h，头偏向一侧，防止呕吐物误吸；②6 h后协助患者取半卧位，床头抬高30°~45°；③密切监测生命体征，观察引流管通畅情况，记录引流液颜色、性状及量；④指导患者术后24 h内床上翻身、活动四肢，24 h后根据恢复情况协助下床活动；⑤做好饮食指导、伤口护理及心理护理等基础护理措施。

#### 1.2.2 观察组

在常规护理基础上实施针对性体位干预护理，具体措施如下：

（1）体位干预方案制定：由主管护士、责任护士及医生共同根据患者手术类型、引流管放置位置及身体状况，制定个性化体位干预计划，并对护理人员进行专项培训，确保体位调整操作规范、准确。

（2）术后分阶段体位干预：①术后6 h内：去枕平卧位，

头偏向一侧，同时在患者臀部垫一软枕，使臀部抬高 $5^{\circ}\sim 10^{\circ}$ ，利于腹腔内积液向盆腔引流管方向积聚；②术后6~24 h：协助患者取改良式特伦德伦伯卧位，床头抬高 $15^{\circ}\sim 20^{\circ}$ ，床尾抬高 $20^{\circ}\sim 30^{\circ}$ ，使患者处于头低臀高状态，该体位可利用重力作用促进腹腔积液、积血向盆腔最低处聚集，提高引流效率。每2小时协助患者变换一次体位，避免局部受压，每次变换体位后检查引流管是否通畅；③术后24~72 h：根据患者引流情况调整为半卧位联合侧卧位，床头抬高 $30^{\circ}\sim 45^{\circ}$ ，交替取左侧卧位和右侧卧位，左侧卧位时左腰下垫软枕，右侧卧位时右腰下垫软枕，角度以患者舒适为宜，该体位可促进肠功能恢复，同时避免单一体位导致的引流不畅；④术后72 h后：若引流液明显减少（24 h引流量 $< 50$  mL），协助患者逐渐过渡到常规半卧位及下床活动。

（3）体位干预辅助措施：①体位调整前向患者及家属详细解释体位干预的目的、方法及注意事项，争取患者配合；②体位调整过程中动作轻柔，避免牵拉引流管、导尿管等管路，防止管路脱出或扭曲；③密切观察患者体位调整后的反应，若出现头晕、心慌、恶心等不适，立即停止调整，恢复舒适体位并及时处理；④每日评估患者引流情况、腹部体征及身体恢复状况，动态调整体位干预方案。

### 1.3 观察指标

（1）腹腔引流量：分别记录两组患者术后24 h、48 h、72 h的腹腔引流量，计算术后总引流量。

（2）引流管相关指标：记录两组患者引流管拔除时间（引流液24 h $< 50$  mL且颜色清亮后拔除）。

（3）康复指标：记录两组患者术后住院天数。

（4）并发症发生率：观察并记录两组患者术后出现的并发症，包括腹腔积液、感染、肩背部疼痛、引流管堵塞等，计算并发症发生率。

## 2 结果

### 2.1 两组患者术后不同时间段腹腔引流量比较

观察组术后24 h、48 h、72 h腹腔引流量及总引流量均显著少于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。详见表1。

组别	观察组	对照组	t 值	P 值
例数	60	60	-	-
术后24 h引流量 (mL, $\bar{x} \pm s$ )	125.36 $\pm$ 32.45	168.42 $\pm$ 38.65	6.892	<0.001
术后48 h引流量 (mL, $\bar{x} \pm s$ )	86.24 $\pm$ 25.18	124.35 $\pm$ 30.24	7.235	<0.001
术后72 h引流量	42.15 $\pm$ 18.36	75.68 $\pm$ 22.45	8.126	<0.001

(mL,  $\bar{x} \pm s$ )

总引流量(mL,  $\bar{x} \pm s$ )    253.75  $\pm$  58.62    368.45  $\pm$  65.38    9.654    <0.001

### 3.2 两组患者引流管拔除时间及住院天数比较

观察组引流管拔除时间、术后住院天数均显著短于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。详见表2。

组别	观察组	对照组	t 值	P 值
例数	60	60	-	-
引流管拔除时间(d, $\bar{x} \pm s$ )	3.25 $\pm$ 0.86	4.68 $\pm$ 1.05	7.985	<0.001
术后住院天数(d, $\bar{x} \pm s$ )	5.62 $\pm$ 1.25	7.85 $\pm$ 1.56	8.762	<0.001

### 3.3 两组患者术后并发症发生率比较

观察组术后并发症发生率为6.67%，显著低于对照组的18.33%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。详见表3。

组别	观察组	对照组	$\chi^2$ 值	P 值
例数	60	60	-	-
腹腔积液	1例	3例	-	-
感染	0例	2例	-	-
肩背部疼痛	2例	5例	-	-
引流管堵塞	1例	1例	-	-
总发生率(%)	4(6.67)	11(18.33)	3.927	0.048

## 3 讨论

### 3.1 体位干预对妇科腹腔镜术后腹腔引流量的影响机制

妇科腹腔镜手术过程中，为获得清晰的手术视野，需向腹腔内注入二氧化碳气体建立气腹，术后腹腔内常残留部分气体及手术创伤导致的渗液、积血。常规术后平卧位或半卧位时，腹腔内积液易积聚于肠曲间隙、膈下等部位，难以通过盆腔引流管充分引流，导致引流效率低下，增加腹腔积液、感染等并发症风险。

本研究采用的分阶段体位干预方案，通过科学调整患者术后体位，利用重力作用改变腹腔内积液的分布状态，有效提高了引流效果。术后6 h内臀部抬高 $5^{\circ}\sim 10^{\circ}$ ，可使腹腔内早期渗液向盆腔引流管方向流动；术后6~24 h采用改良式特伦德伦伯卧位，头低臀高的体位可使腹腔内积液、积血因重力作用向盆腔最低处聚集，显著提高引流管对积液的收集效率，减少积液残留；术后24~72 h采用半卧位联合侧卧位，可在促进肠功能恢复的同时，避免单一体位导致的局部积液积聚，确保引流持续通畅。研究结果显示，观察组术后24 h、48 h、72 h腹腔引流量及总引流量均显著少于对照组（ $P < 0.05$ ），充分证实了

体位干预对减少腹腔引流量的积极作用。

### 3.2 体位干预对患者术后康复进程的促进作用

引流管拔除时间和住院天数是评估患者术后康复进程的重要指标。腹腔引流量减少可使引流液尽快达到拔除标准，缩短引流管留置时间，减少因引流管长期留置导致的感染、管路堵塞等并发症风险。本研究中，观察组引流管拔除时间为 $(3.25\pm 0.86)$  d，显著短于对照组的 $(4.68\pm 1.05)$  d ( $P<0.05$ )，说明体位干预可通过提高引流效率，加速引流管拔除进程。

同时，体位干预还可通过减少腹腔积液残留、促进肠功能恢复，缩短患者住院时间。腹腔积液减少可降低腹腔感染、粘连等并发症发生风险，为患者早期下床活动创造条件；而分阶段体位调整可促进胃肠蠕动，改善术后腹胀症状，利于患者早期进食，为身体恢复提供营养支持。本研究结果显示，观察组术后住院天数为 $(5.62\pm 1.25)$  d，显著短于对照组的 $(7.85\pm 1.56)$  d ( $P<0.05$ )，表明体位干预可有效加速患者术后康复，降低医疗成本。

### 3.3 体位干预对降低术后并发症发生率的意义

妇科腹腔镜术后常见并发症包括腹腔积液、感染、肩背部疼痛等，这些并发症的发生与腹腔内积液残留、二氧化碳气体刺激等因素密切相关。体位干预通过减少腹腔引流量，降低积液残留风险，可有效减少腹腔感染、积液等并发症的发生；同时，改良式特伦德伦伯卧位可促进腹腔内残留二氧化碳气体向盆腔聚集，减少气体对膈神经的刺激，从而降低肩背部疼痛发生率。

本研究结果显示，观察组术后并发症发生率为6.67%，显

著低于对照组的18.33% ( $P<0.05$ )，其中肩背部疼痛发生率观察组为3.33% (2/60)，对照组为8.33% (5/60)，腹腔积液发生率观察组为1.67% (1/60)，对照组为5.00% (3/60)，进一步证实了体位干预对降低术后并发症发生率的积极意义。此外，体位干预过程中，护理人员密切观察患者反应，及时调整体位方案，可有效避免因体位不当导致的头晕、心慌等不适，提高患者术后舒适度。

### 3.4 体位干预护理的临床应用要点

在临床实施体位干预护理时，需注意以下要点：①个性化方案制定：应根据患者手术类型、引流管放置位置、身体状况等因素，制定针对性的体位干预计划，避免统一化体位导致的引流效果不佳；②规范操作流程：护理人员需经过专项培训，熟练掌握体位调整的角度、方法及注意事项，体位调整过程中动作轻柔，避免牵拉管路，确保患者安全；③加强患者沟通：体位干预前向患者及家属充分解释干预目的和意义，争取患者主动配合，提高体位干预的依从性；④动态评估调整：每日评估患者引流情况、腹部体征及身体反应，根据患者恢复进度及时调整体位方案，确保干预效果持续有效。

## 4 结论

体位干预护理可有效减少妇科腹腔镜术后腹腔引流量，缩短引流管拔除时间和住院天数，降低术后并发症发生率，促进患者术后康复。该护理措施操作简单、安全可行，无需额外增加医疗成本，具有较高的临床推广价值。在临床实践中，应结合患者个体情况制定个性化体位干预方案，规范操作流程，加强护理评估，以进一步提高护理效果。

## 参考文献：

- [1] 华艳.体位干预护理对妇科腹腔镜术后腹腔引流量影响的效果分析[J].青海医药杂志,2022,52(05):17-19.
- [2] 朱慧琼,柏雪,王春.平卧位干预结合时间护理对妇科腹腔镜手术患者的干预效果[J].临床医学研究与实践,2022,7(06):162-164.
- [3] 郝娜.护理体位干预对妇产科腹腔镜术后引流的效果分析[J].中国医药指南,2018,16(01):214-215.