

专科护理

胸椎术中多体位变换的护理配合

周丽娟, 裴莹丽, 崔秋艳

(首都医科大学附属北京胸科医院 手术室, 北京, 101100)

摘要:目的 探讨观察多体位变换的护理配合在胸椎术中的临床应用效果。方法 选取120例胸椎术患者,随机分为常规护理组与多体位变换的护理配合组,各60例。比较2组疼痛缓解率、神经功能(NSS)评分及并发症发生率。结果 护理配合组疼痛缓解率高于常规护理组($P < 0.05$),护理后NSS评分优于常规护理组,并发症发生率低于常规护理组($P < 0.05$)。结论 对于胸椎术中多体位变换的护理配合,需采取全方位的监控观察与有效配合变换体位的实施,从而提高患者手术成功率。

关键词:多体位变换; 护理配合; 胸椎术

中图分类号: R 472.3 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-2353(2019)02-100-03 **DOI:** 10.7619/jcmp.201902028

Nursing cooperation of multi-positional transformation in thoracic surgery

ZHOU Lijuan, PEI Yingli, CUI Qiuyan

(Operation Room, Beijing Chest Hospital Affiliated to Capital Medical University, Beijing, 101100)

ABSTRACT: Objective To observe clinical effect of multi-positional transformation nursing cooperation in thoracic surgery. **Methods** A total of 120 patients with thoracic spondylotomy were selected and randomly divided into routine nursing group and multi-positional transformation nursing cooperation group, with 60 cases per group. The pain relief rate, neurological function (NSS) score, and complication rate were compared between the two groups. **Results** The pain relief rate of the nursing group was higher, NSS score after nursing was better, and the incidence of the disease was lower than that of the conventional nursing group ($P < 0.05$). **Conclusion** Nursing coordination of multi-positional transformation in thoracic spine surgery can improve the success rate of surgery.

KEY WORDS: multi-positional transformation; nursing coordination; thoracic vertebrae

胸椎病是脊柱病中常见的疾病之一,主要是由于胸椎退行性增生造成,以下位胸椎居多^[1]。胸椎病包括胸椎管狭窄、胸椎间盘突出、胸椎压缩性骨折、胸椎关节紊乱、筋膜嵌顿等^[2]。胸椎类疾病起病后,患者常见慢性腰痛、心悸、消化不良,患病严重者会有出行困难,无法正常站立、截瘫致残等现象^[3]。在胸椎病中胸椎管狭窄症必须通过手术治疗,患者身体病理症状方可得到较好的恢复,手术也成为治疗胸椎管狭窄症的唯一有效方法^[4]。而在胸椎术过程中,由于体位的变换,加之术中患者切口多,使护理难度加大,因此在胸椎术中探索多体位变换的护理配合,已经成为提高胸椎术成功率的重要途径^[5]。现将本院

近年来实施的多体位变换的护理配合在胸椎术中的临床应用效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院2016年1月—2018年1月的胸椎术患者120例,作为本次研究对象。随机分为常规护理组与多体位变换的护理配合组,各60例。其中常规护理组患者年龄24~65岁,平均年龄(44.34±3.56)岁,患者病变范围T₂~T₄椎体,骨折29例,结核10例,胸椎前盘突出11例,黄韧带骨化10例。护理配合组患者年龄23~64岁,平均(45.75±4.31)岁,患者病变范围T₂~T₄椎体,

骨折30例,结核9例,胸椎前盘突出11例,黄韧带骨化10例。2组患者一般资料无显著差异($P>0.05$),具有可比性。纳入标准:①所有入选患者经影像学表现(CT、胸椎X线检查、MRI检查)、临床表现、或病理学确诊症状,必须行胸椎术^[6];②所有入选患者征得家属及本人同意,签字后确认。排除标准:①合并重度的骨质疏松患者,患有其他恶性类疾病患者^[7];②合并有肿瘤、椎间盘退变等情况^[8];③术后复发的胸椎脊柱结核患者^[9]。

1.2 方法

1.2.1 常规护理组:

护理人员在手术前协助患者进行常规检查,告知患者术前需严格遵照医嘱进行给药,对患者进行定时查房,日行2次。主治医师须在术前对患者身份予以确认,以及安排好术前相应的准备工作。术中护理人员密切关注气管的放置,防止气管导管出现折或压,以及保证其外露,依据角度对患者背部与大腿分别进行安置,一般为 20° ,小腿上翘与大腿呈 $30\sim 35^\circ$,胸部与腹部体位悬空状。连接监护设备、建立静脉通路、协助麻醉医师行全麻气管插管并固定后帮助患者取俯卧位。患者肩、胸、髻等与俯卧架接触处不放置棉垫。

1.2.2 护理配合组:

在常规护理的基础之上,对患者进行相关手术知识的普及,打消患者心理恐惧感,明确手术的安全性,使患者能够以积极的心态和情绪配合手术治疗。患者入室后与麻醉、手术医师对患者身份、术式和侧别进行三方核对。胸椎术中根据术中实际要求,可灵活对患者体位进行调整,仍需保护好患者的气管导管与头部,在此前提之下,由手术医师在维持患者脊柱水平位的同时将其移至手术床的一侧,再由护士将俯卧架与手术床位置进行调整,达到两方适宜,患者采取滚动法,置于床上。头部则置于特制头圈位置,于肝关节双侧均垫好棉垫臂,患者前臂自然弯屈置于托手板上。依据角度对患者背部与大腿分别进行按安置,一般为 20° ,小腿上翘与大腿呈 $30\sim 35^\circ$,胸部与腹部体位悬空状。踝部呈现背曲,关节自然弯曲下垂,足趾悬空。在患者肩、胸、髻等与俯卧架接触处垫棉垫,膝关节处放棉垫,足背后翻处置一软枕。对患者实施内固定手术完毕后,此时患者的头部及气管导管需交由麻醉医师负责,在同侧由手术医师将患者水平托起,俯卧架与之同时撤出,由护士操作,再顺势将软枕垫置患

者腋下。当患者行健侧卧位时,须对患者耻骨联合及臀部放置挡板,而此时需用软枕隔离开患者与挡板,患者双腿屈膝,于两膝内侧垫一软枕。患者双上肢前伸,并且分别按置在高与低不同的托手板上,同时行固定。

在对患者变换体位时,必须动作协调性一致,并且须轻与柔,需缓慢和稳定,保证患者脊椎的生理轴线正常。对患者行变换体位时共配备8人,以此保证患者轴心翻身安全。

1.3 观察指标

疼痛缓解率:评分标准依据数字疼痛分级法,由患者自己圈出数字,显效为1~3分,有效为4~7分,无效为8~10分。患者神经功能评分(NSS量表):护理前后评分,轻度为 $50\sim <61$ 分,中度为 $61\sim 70$ 分,重度为 >70 分)。压疮、角膜干燥、尺神经麻痹3项护理并发症。

1.4 统计学方法

本研究采用SPSS 22.0软件对所得的数据进行统计学分析,计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, t 检验,计数资料采用%表示, χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者疼痛缓解率对比

护理配合组患者疼痛缓解率为95.11%高于常规护理组的86.67%,2组比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1 2组患者疼痛缓解率对比[n(%)]

组别	显效	有效	无效	疼痛缓解
常规护理组(n=60)	10(16.67)	42(70.00)	8(13.33)	52(86.67)
护理配合组(n=60)	45(75.00)	12(20.00)	3(5.00)	57(95.00)*

与常规护理组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 2组患者NSS评分对比

护理配合组患者护理后NSS评分优于常规护理组,比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表2 2组患者神经功能评分对比 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	护理前	护理后
常规护理组(n=60)	61.34 \pm 2.31	59.42 \pm 1.87*
护理配合组(n=60)	61.00 \pm 2.16	51.07 \pm 1.97**

与护理前比较,* $P<0.05$;与常规护理组比较,** $P<0.05$ 。

2.3 2组患者护理并发症对比

常规护理组并发症发生率13.33%高于护理配合组的1.67%,比较差异有统计学意义

($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 2 组患者并发症对比[n(%)]

组别	压疮	角膜干燥	尺神经麻痹	合计
常规护理组(n=60)	2(3.33)	2(3.33)	4(6.67)	8(13.33)
护理配合组(n=60)	0	0	1(1.67)	1(1.67)*

与常规护理组比较, * $P < 0.05$ 。

3 讨论

研究^[10-11]显示,胸椎术中患者俯卧位及变换体位等原因,容易导致压疮、角膜干燥及尺神经麻痹等护理并发症。另一方面,多数行胸椎术患者因患病时间较长,从而使自身形成消耗体质,而在胸椎术过程中,整个麻醉时间和手术时间较长,患者必须多次变换体位,过程中一些潜在的危险因素也随之而来,护理配合一旦出现不协调,那么很容易导致患者受伤。因此,多体位变换的护理配合在胸椎术中至关重要。研究^[12-13]显示,患者在行胸椎术中由于多次变换体位,加之患者本身因病导致脊柱稳定性差,在手术过程中,对患者若行突然搬动,患者会引发急性循环虚脱而猝死。多种因素下,胸椎术中多次变换体位对患者产生的不利因素较多,因而有效的护理配合对患者手术能否成功至关重要^[14-15]。

本次研究结果显示,护理配合组患者疼痛缓解率高于常规护理组,护理配合组患者护理后 NSS 评分优于常规护理组,常规护理组患者并发症发生率高于护理配合组。在不同体位变换过程中,采取及时与适宜的配合,是减少患者疼痛的较好方法。在胸椎术多次体位的护理配合过程中,需要对患者进行实时性监控,配备充足的医护人员,对患者进行体位变换,保证患者术中的安全性。

综上所述,对于胸椎术中多体位变换的护理配合,需采取全方位的监控观察与有效配合变换体位的实施,从而提高患者手术成功率。

参考文献

[1] 郭娟. 后路椎板减压术治疗胸椎黄韧带骨化症的术中配

合护理[J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(20): 182-183.

- [2] 华薇, 张波. 脊柱侧凸青少年患者行 O-arm 导航微小胸椎椎弓根手术护理配合难点[J]. 护理学报, 2017, 24(19): 245-246.
- [3] 卢明曼, 车兆平, 周媛. 调整手术床变换截石位角度在重度前列腺增生切除术中的应用[J]. 现代临床护理, 2016, 15(9): 33-35.
- [4] 曾安娜, 徐玉仙, 于蕾, 等. 36 例胸椎骨折合并双下肢截瘫患者的术后护理体会[J]. 湖南中医药大学学报, 2016, 15(2): 1461-1462.
- [5] 陈捷, 汪光晔, 黄文俊, 等. 胸椎退行性病变减压术后脑脊液漏危险因素分析及护理研究[J]. 护士进修杂志, 2017, 32(7): 597-600.
- [6] 廖薇. 1 例颈胸椎 Rosai-Dorfman 病患者的围术期护理[J]. 护理学杂志, 2016, 31(22): 34-36.
- [7] 蹇琳, 吴荷玉, 刘晓, 等. 乳腺癌改良根治术同步背阔肌肌瓣乳房再造的护理配合[J]. 现代临床护理, 2016, 15(4): 12-15.
- [8] 叶彬, 陈令斌, 陈伟, 等. 参照法穿刺技术在老年下胸椎及腰椎压缩骨折 PVP 和 IPKP 手术中的应用体会[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2016, 26(7): 665-668.
- [9] 杜萍, 董媛媛, 李雪云. 术中不同头部体位对行脊柱后路截骨矫形术患者唤醒时间和苏醒质量的影响[J]. 现代临床护理, 2016, 15(11): 53-56.
- [10] 郭东华, 周知, 刘绍三, 等. 1 例达芬奇机器人膀胱癌根治、子宫全切及右肾盂取石术患者的手术配合[J]. 护理学杂志, 2016, 31(20): 42-44.
- [11] 刘爱华, 顾莺, 张慧文, 等. 早期体位变换对改善先天性心脏病术后延迟关胸患儿肺功能的影响[J]. 中华护理杂志, 2016, 51(2): 172-175.
- [12] 冉国, 徐睿, 伍金红, 等. 中耳炎手术中头部位置改变对可弯曲喉罩通气效果的影响[J]. 临床麻醉学杂志, 2016, 32(10): 976-979.
- [13] 李国庆, 马维虎, 孙韶华, 等. 体位复位结合钉棒系统及经皮椎体后凸成形术治疗骨质疏松性胸腰段爆裂骨折[J]. 中华创伤杂志, 2017, 33(3): 230-234.
- [14] 孙卓然, 姜帅, 邹达, 等. 国人青年人群坐-立位脊柱-骨盆矢状位序列变化研究[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2018(4): 325-329.
- [15] 咸玉涛, 杨正强, 夏金国, 等. 体位改变对完全植入式静脉输液港导管头端位置影响[J]. 介入放射学杂志, 2018(1): 20-23.