

俯卧位行颈胸椎骨折切开复位内固定术手术室护理不安全因素分析及应对策略

胡梦琪

华中科技大学同济医学院附属同济医院 湖北 武汉 430000

摘要:目的: 探究开展俯卧位行颈胸椎骨折切开复位内固定术过程中存在的手术室护理不安全因素以及对应护理干预措施。方法 在2022年3月至2023年5月本院俯卧位行颈胸椎骨折切开复位内固定术患者中选择66例为对象, 按照数字表随机排序划分对照组(33例, 手术过程中开展常规护理支持)和观察组(33例, 分析不安全因素并开展针对性护理支持)。对患者手术室护理效果进行评估。结果: 对比两组不安全因素发生率, 观察组低于对照组, $P < 0.05$ 。对比患者手术期间不良反应发生率, 观察组低于对照组, $P < 0.05$ 。对比护理满意度, 观察组高于对照组, $P < 0.05$ 。结论: 俯卧位行颈胸椎骨折切开复位内固定术患者在手术期间准确分析手术室护理不安全因素并积极制定干预措施, 可以降低手术期间不安全因素发生率, 提升护理满意度, 有助于患者恢复。

关键词: 俯卧位行颈胸椎骨折切开复位内固定术; 手术室护理; 不安全因素; 应对策略

俯卧位行颈胸椎骨折切开复位内固定术为当前临床治疗颈胸椎骨折患者的主要措施, 且在手术方案持续完善的情况下, 该部分患者的手术效果已经在很大程度上得到提升。但该手术对患者造成的创伤较大, 且多数患者损伤较为严重, 需要在术后较长时间才能得到恢复^[1-2]。手术时间较长, 为充分保障临床对该部分患者手术治疗的综合效果, 需准确评估手术室不安全因素, 并及时制定针对性干预措施, 综合保障该方面手术护理的综合质量。本次研究主要对该部分患者手术期间手术室不安全因素进行分析并准确制定应对策略。

1 资料与方法

1.1 一般资料

在2022年3月至2023年5月本院俯卧位行颈胸椎骨折切开复位内固定术患者中选择66例为对象, 按照数字表随机排序划分对照组(33例, 手术过程中开展常规护理支持)和观察组(33例, 分析不安全因素并开展针对性护理支持)。对患者手术室护理效果进行评估。对照组中男性17例, 女性16例, 年龄在45—67岁间, 均值为 (57.45 ± 1.24) 。观察组中男性18例, 女性15例, 年龄在44—66岁间, 均值为 (56.37 ± 1.74) 。对比两组基本资料, 无差异, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组在手术期间各方面护理干预均按照常规临床护理规定开展。在手术前对患者各方面情况进行综合性评估, 做好各方面术前准备。在手术过程中则准确开展对应护理配合, 评估患者在手术期间各方面指标变化情况等, 分析是否存在异常。在对观察组进行手术期间护理时则需要评估不安全因素的基础上开展针对性护理支持。(1) 不安全因素评估。综合评估临床在开展该类手术过程中的实际情况可以发现, 该部分患者在手术治疗期间存在的手术室不安全因素主要表现为: 手术转运不当。从手术推床上转运至手术床上这个过程。颈椎骨折患者术前均佩戴颈托, 并平卧于手术床转运推床上。由于颈椎骨折, 颈椎生理曲

度会发生改变, 椎体稳定性较差, 若盲目操作可能会导致骨折移位, 从而出现二次损伤。术中压疮发生。俯卧位行颈胸椎骨折术, 全身尿管、神经监测导线、气管插管、心电监护等多项管道, 需逐项检查, 避免压迫出现压疮。

中低体温发生。俯卧位时患者全身衣裤全部祛除, 皮肤暴露程度高, 且患者手术时间较长, 在长时间手术治疗过程中容易导致患者出现低体温等症状, 并增加患者出现应激反应的发生率。同时, 术中低体温会增加感染几率, 凝血功能受损。(2) 护理干预措施。细化转运护理。正确转运方式: 转运至手术床摆放俯卧位前, 需拆掉颈托, 由经验丰富的手术医生和麻醉师于患者头侧固定保护颈椎, 避免颈部活动, 其余由手术室骨科专科护士2人以及医生2人于患者两侧, 采取轴线翻身法, 将患者转运至手术床上。且在具体转运过程中, 各方面护理操作均需要做到动作轻柔, 减少对患者造成的负面刺激。体温管理。在手术过程中, 需调节室温至22—24℃, 输液使用温箱内37℃液体, 或使用加温输液器对液体进行加温, 避免患者在手术过程中体温出现异常波动。体位管理。在手术期间, 不影响手术操作的情况下, 尽量帮助患者处在最舒适体位。并在患者四肢等受压部位合理放置软垫, 达到改善局部受压的目的。患者面部俯卧于凝胶头圈上, 术前根据经验麻醉师插管的管道应偏向一侧固定, 并检查小气囊, 避免各项管道和气囊压迫面部从而形成压疮。同时需要对各类导管固定位置以及固定部位松紧程度合理进行调节。

1.3 观察指标

(1) 不安全因素发生率统计。(2) 不良反应统计。对两组患者在手术期间不良反应发生率统计。(3) 护理满意度对比。对比两组手术期间对手术室护理满意度。

1.4 统计学方法

本次研究中各数据都按照SPSS20.0进行处理, 均值 \pm 标准差表示计量数据, t 检验, 百分数表示计数数据, 卡方检验, $P < 0.05$ 差异具备统计学意义。

2 结果

2.1 两组不安全因素以及不良反应发生率对比

结合统计可知, 对照组在手术期间 1 例出现压疮、1 例术中低体温, 观察组在手术期间无不良反应, 对比 $X^2=6.425$, $P=0.001<0.05$ 。

2.2 两组护理满意度对比

针对两组手术过程中对手术室护理满意度, 观察组高于对照组, $P<0.05$, 详见下表 1。

表 1. 两组护理满意度对比 ($n, \bar{x} \pm s$)

组别	例数	满意	较为满意	不满意	满意度
观察组	33	20(60.60)	12(36.36)	1(3.03)	32(96.97)
对照组	33	15(45.45)	12(36.36)	6(18.18)	27(81.82)
t	-	8.588	0.000	8.588	8.588
X^2	-	0.001	1.000	0.001	0.001

3 讨论

俯卧位行颈胸椎骨折切开复位内固定术已经成为当前临床治疗颈胸椎骨折最有效方式, 可以促使患者骨折部位迅速复位, 有助于患者骨折部位受损功能在术后短时间内进行恢复^[3-4]。但结合实际可以发现, 在手术治疗过程中, 因患者手术时间较长, 在各方面潜在不安全因素的作用下, 会直接影响到手术综合效果, 不利于患者术后恢复。

在常规手术室护理干预的基础上, 准确评估患者在手术过程中潜在的不安全因素, 并及时制定针对性护理干预措施, 可以促使该方面护理干预工作质量得到提升^[5-6]。为患者手术期间提供更加全面的护理支持, 由此对手术期间各类不良反应进行预防, 保障手术顺利性, 并为患者在术后迅速恢复提供有利条件。通过对患者在手术期间开展体温管理以及体位管理, 可以降低术中低体温、皮肤损伤等发生率, 保障手术的安全性^[7-8]。及时对手术室温度进行调节, 并对静脉药液以及冲洗液等进行预热处理, 可以避免在长时间静脉给药过程中导致患者体温异常降低, 增加应激反应发生率。细化手术转运过程中的各方面护理, 可以保证患者在转运过程中的安全性, 对转运不良事件进行预防。结合本次观察可见, 结合各类不安全因素并制定针对性护理干预措施, 可以降低患者在手术过程中不良反应发生率以及不安全因素发生率, 对于保证患者手术顺利性以及术后迅速恢复等均存在有重要作用。

综合本次研究, 在进行俯卧位行颈胸椎骨折切开复位内固定术患者护理时需准确分析手术室护理不安全因素并开展针对性护理干预, 提升护理效果。

参考文献:

- [1] 沈卫莉, 王斌. 远红外线与紫外线联合康复训练对跟骨骨折切开复位内固定术患者踝关节功能的影响 [J]. 中国实用医药, 2023, 18 (15): 174-177.
- [2] 易园, 吴水兰, 周佳等. 胫骨平台骨折患者切开复位内固定术后发生膝关节僵硬的危险因素分析 [J]. 中国医学创新, 2023, 20 (22): 164-167.
- [3] 李素芳. 强化护理在跟骨骨折切开复位钢板内固定术后的应用效果观察 [J]. 中国社区医师, 2023, 39 (09): 122-124.
- [4] 逯巧琴, 何改霞. 围术期护理干预对行下颌骨骨折切开内固定复位术患者的护理效果分析 [J]. 贵州医药, 2022, 46 (05): 824-825.
- [5] 高瑛, 乔璐璐. 早期康复护理在促进跟骨骨折切开复位内固定术后康复中的作用 [J]. 临床医学研究与实践, 2022, 7 (07): 153-155.
- [6] 何美飞, 胡爱花. 脊柱骨折患者术前手术室护理健康教育临床研究 [J]. 浙江创伤外科, 2023, 28 (09): 1791-1793.
- [7] 闫苗, 罗晓春, 贺利斌等. 基于人文关怀理念的手术室护理对胫骨平台骨折手术患者的影响 [J]. 中外医学研究, 2023, 21 (21): 109-112.
- [8] 王彩云. 无缝护理结合多样健康教育对股骨骨折内固定患者的影响 [J]. 山西卫生健康职业学院学报, 2023, 33 (03): 147-149.