

探讨不同节段脊柱结核手术患者围手术期护理方法

黄敏娟 黎素因 区彩琼 曾小明 宁国新

广东佛山市高明区人民医院 广东佛山 528500

摘要:目的 探讨不同节段脊柱结核手术患者围手术期护理方法。方法 回顾 29 例不同节段脊柱结核手术患者临床资料, 并进行安全有效的围手术期护理。结果 本组手术顺利, 未发生护理并发症, 所有手术患者均安全渡过围手术期: 切口愈合良好, 术后肢体功能锻炼康复良好, 病椎疼痛减轻。结论 安全有效、科学的围手术期护理及精湛的手术技术配合是脊柱结核手术成功的关键。

关键词: 脊柱; 结核; 围手术期; 护理

脊柱结核在骨与关节结核中发病率居于首位, 约占 40~50%。脊柱结核中绝大多数为椎体结核, 单纯的椎弓结核很少, 这与椎体以骨松质为主、负重大, 劳损多、肌肉附着少, 血供差以及椎体的滋养动脉多为终末动脉等原因有关。发病部位以腰椎最多, 胸椎次之, 胸腰段占第三位, 颈椎、骶尾椎最少^[1]。在病灶清除的基础上, 通过内固定及植骨融合重建脊柱的稳定性, 已成为外科治疗脊柱结核的通用方式。我院于 2017 年 1 月至 2021 年 4 月共收治脊柱结核病灶清除+钉棒系统内固定术 29 例, 围手术期施行了一套安全有效的、科学的、人性化的护理措施, 手术顺利, 效果满意, 现将围手术期护理要点及体会汇报如下。

1 临床资料

本组共 29 例病例, 男性 22 例, 女性 7 例。年龄 22~71 岁, 平均 54.9 岁。颈椎 1 例, 胸椎 11 例, 腰椎 13 例, 胸腰段 4 例, 均在全身麻醉下行结核病灶清除、钉棒系统内固定术, 前路切口手术 4 例, 后路切口手术 25 例。手术平均时间 4 小时, 手术出血量平均约 600ml, 手术均顺利完成。术后经有效、规范抗结核治疗, 均愈合出院。

2 围手术期护理

2.1 术前护理

2.1.1 术前访视: 手术前一日, 手术室护士到病房, 详细了解患者病史、生命体征、术前各项辅助检查, 发现异常及时与床位医生联系, 根据手术患者不同年龄、不同文化层次采用不同的心理疏导方法, 并穿插讲解有关疾病基本相关知识, 手术、麻醉基本知识及需患者配合内容, 术后康复情况等, 并通过介绍以往成功病例增加患者对抗疾病信心。

2.1.2 术前准备: 患者准备: ①规范抗结核治疗 4~6 周以上, 患者全身状况和血沉均好转; ②对营养低下者, 纠正其营养不良状态; ③对有混合感染者体温升高者, 充分控制混合感染; ④对长期卧床截瘫患者或脊柱不稳定患者, 指导其做抬头扩胸、深呼吸和上肢运动, 增强其心肺适应能力^[1]; ⑤术前, 按照全身麻醉术前准备规范, 常规禁食禁饮, 常规骨科无菌备皮。物品准备: 手术要求在无菌要求较高、且为负压的手术间内进行, 准备 C 臂 X 透视机, 吸引器, 麻醉机、监护仪、高频电刀, 必要时备双极电凝, 术中所需急救、抢救物品、药品, 手术床必须能通过 C 臂透视机, 术前巡回护士对所有用物进行全面检查, 保证术中正常运转、使用。

2.2 术中护理

2.2.1 一般护理: 建立上肢静脉通道, 使用 18G 静脉套管针留置浅静脉并连接三通管, 以利于术中麻醉给药。脊柱结核手术多为全身麻醉, 须行气管插管, 巡回护士协助麻醉医生进行麻醉诱导、插管, 密切观察患者生命体征变化, 做好麻醉配合。肌松后, 巡回护士及时给患者行无痛导尿, 注意严格执行无菌操作。

2.2.2 体位摆放: 脊柱结核手术根据不同切口入路选择不同体位, 前路多为侧卧位, 后路多为俯卧位。巡回护士根据手术切口入路正确选择、安放患者体位。安放体位时, 由 2 名医生近身抱起患者, 巡回护士及时垫入体位架, 麻醉医生负责患者头部及呼吸道通畅, 同时用力顺时针将患者安置于体位架上, 根据患者实际情况调整头架、头圈位置, 注意患者眼睛、乳房、生殖器等勿受压, 注意保护眼角膜, 必要时可给予眼贴防护。注意手术床单元清洁、平整, 及时拉平或更换垫单, 搬动体位时, 避免推、剪、拉等力量对患者皮肤造成损伤。

2.2.3 术中观察: ①生命体征: 密切观察患者各生命体征变化, 及患者术中尿量, 根据具体情况及时调整输液速度, 若有异常及时汇报麻醉医生, 及时检查尿管有无受压、折叠等状况, 必要做好输血准备。②体位观察: 密切观察患者受压部位皮肤状况, 在不影响手术进程的情况下, 定时变换患者受压部位体位。提醒手术医生不要在患者肢体上做支撑、摆放手术器具等动作。③无菌操作: 密切观察手术进程, 及时提供手术所需物品, 发现手术无菌区浸湿, 及时提醒加铺无菌单, 保持无菌区干燥、整洁。严格规范执行无菌操作, 发现可能污染情况, 及时更换, 不可再使用。④末梢循环观察: 注意观察末梢循环情况, 如颜色发绀表明可能有受压情况, 应查找原因并给予处理, 以减少术后静脉血栓的发生。侧卧位患者麻醉导管脱管也会造成缺氧、发绀, 后果更为严重, 应给予密切观察^[2]。⑤吸引观察: 因术野出血随时被吸引器吸走, 手术医生有时无法确定术中出血量^[2], 巡回护士应及时观察吸引瓶内血量, 及时提醒手术医生注意, 术中冲洗前应先记录吸引瓶内血量再吸冲洗水。

2.3 术后护理

2.3.1 麻醉后护理: 术后严密监测生命体征, 每 15min 观察一次, 全麻清醒后改为 1h 一次, 观察 24 小时。

2.3.2 引流管护理: 本组患者术后均放置负压引流球, 要密切观察引流液的量、颜色、性质, 并准确记录。勤挤压引流管, 防止折叠、堵塞, 促进伤口渗出尽快排出。密切观察伤口渗出情况, 及时更换敷料, 避免伤口感染。

2.3.3 体位护理: 患者全麻清醒后, 开始定时轴式翻身, 翻身时注意躯体在同一轴线, 防止脊柱上下部分反向扭曲, 每2小时翻身一次, 本组患者均无压疮发生。

2.3.4 疼痛护理: 术后由于手术切口较大、放置引流管等原因, 患者较为不适, 且患者会由于伤口等疼痛, 咳嗽时加剧, 导致不敢咳嗽、咳痰, 容易引起坠积性肺炎, 甚至窒息。因此须因鼓励并协助患者术后咳嗽、排痰, 防止呼吸道并发症发生, 必要时给予止痛剂。

2.3.5 术后结核药的使用: 手术后应该继续9个月~2年规范抗结核治疗, 防止结核病灶复发或蔓延。使用时应遵循早期、合理、足量、规范、全程原则^[3]。同时定期复查肝功能, 必要时给予保肝、护肝药物, 保证抗结核治疗的正常、顺利进行。

2.3.6 饮食护理: 很多结核患者都有营养不良状态, 且合理的饮食、良好的营养状态可以促进伤口愈合, 促使疾病康复, 因此应嘱患者高蛋白、高热量、高维生素饮食, 多食羊肉、牛肉、豆制品等, 多饮牛奶、豆浆, 多食新鲜蔬菜、水果。

3 讨论

3.1 加强术前访视工作

详细、个性化的术前访视可以显著减轻患者及家属的不良心理状态, 增加信任感, 促使患者及家属以良好的心态积极、主动配合手术治疗。手术室护士也能提前了解患者社会、心理情况及疾病情况, 术前及时准备特殊手术用物, 确保手术安全顺利进行。

3.2 加强术中体位管理

良好的体位摆放及术中体位管理, 可以充分暴露手术野, 避免术中压疮的发生, 避免神经等意外损伤发生。术中及时观察末梢循环情况, 发现问题及时查找原因, 及时汇报, 及时处理; 在不影响手术进程的情况下, 定时变换易受压部位位置, 避免术中压疮、深静脉血栓等手术并发症发生。

3.3 加强术中感染控制管理

脊柱结核手术为感染手术, 因此须严格遵守感染手术规范流程, 选择合适手术间, 室内放置适量手术用物, 控制人员进出, 谢绝参观, 保持手术间门处于常闭状态。手术须严格先无菌手术后感染手术进行, 洗手护士台上严格区分污染区和非污染区, 防止感染扩散。手术结束后, 所有手术物品严格遵守感染医疗废物处理规范处理。

3.4 加强术中观察

术中严密观察患者生命体征变化, 根据患者具体情况, 及时处理。严密关注手术进程, 确保手术安全、顺利进行。

3.5 加强术后观察

术后麻醉清醒前, 严密观察患者生命体征变化, 有异常及时通知床位医生处理。按时翻身, 且保持身体在同一轴线, 保持呼吸道通畅, 使患者安全渡过麻醉复苏期。规范抗结核治疗, 防止疾病复发。

4 小结

目前, 脊柱结核患者多为中老年人, 患者因病程较长, 体质较弱, 多伴有营养不良、贫血、免疫力低下及其他慢性疾病。同时脊柱结核手术治疗多为全身麻醉, 包括病灶清除、钉棒系统内固定术, 手术创伤较大, 时间较长, 出血较多。因此, 围手术期护理需注意相关问题, 针对不同患者, 采取个性化护理措施, 提高患者手术耐受性, 确保手术顺利、安全完成。本组患者通过科学、安全、个性化的围手术期护理措施, 护理效果满意, 提高了手术、治疗、护理质量, 围手术期并发症显著减少, 提高了患者的生活质量, 达到预期满意的护理效果。

参考文献

- [1] 贾连顺. 脊柱结核外科治疗的现状与问题[J]. 中国矫形外科杂志, 2017, 15(10): 4-6.
 - [2] 曹颖俐, 杨晓红, 蹇映. 不同切口入路脊柱结核 67 例术中护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2017, 11(17): 34-35.
 - [3] 张煌容. 现代结核病学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2020: 388.
- 课题项目: 佛山市卫生健康局医学科研课题(20210182).