

快速康复外科理念在脊柱微创手术围手术期护理中的应用体会

付超楠

上海长征医院

【摘要】目的 探讨快速康复外科理念在脊柱微创手术围手术期护理中的应用体会。**方法** 2018年1月-2018年12月,将快速康复外科理念应用于62例因椎间盘突出症行脊柱微创手术患者的围手术期护理中,具体方法包括术前超前康复训练,超前镇痛,术后液体控制,尽早进食,术后早期活动,出院指导等。**结果** 快速康复外科理念运用后,患者术后2h饮水,6h进食,疼痛视觉模拟评分(2.25 ± 0.07)分,术后第1天即下床活动。**结论** 将快速康复外科理念应用于脊柱微创手术围手术期护理,能减轻患者痛苦,有利于缩短住院时间,促进患者康复,提高患者满意度。

【关键词】 腰椎间盘突出;微创手术;快速康复外科理念;围手术期

【中图分类号】 R473.6

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2019) 01-117-02

近年,腰椎间盘突出症发病率有明显提高的趋势,且逐渐趋于年轻化。腰椎间盘突出症是脊柱微创技术应用最为活跃的疾病之一,其目的在于通过微创技术将医源性创伤减小到最低程度,同时获得最佳疗效^[1]。随着医学科学的发展,外科治疗及护理的理念也在逐渐发生改变,而快速康复外科日益受到医学领域的极力推广^[2]。2018年1月-2018年12月我科尝试将快速康复外科理念运用于脊柱微创手术围手术期护理中,临床效果满意。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2018年1月-2018年12月因椎间盘突出症于医院骨科住院行脊柱微创手术的患者纳入标准:①因椎间盘突出症住院行择期脊柱微创手术;②术前获得影像学资料和实验室检查,无手术禁忌证;③以单侧或双侧下肢疼痛、麻木为主要表现。排除标准:①既往有腰椎手术史者;②全身营养状况差者;③脊柱不稳或伴狭窄、滑脱者。共纳入62例患者,其中男31例,女31例;年龄39-72岁,平均(51.0 ± 6.7)岁;合并糖尿病7例。

1.2 手术方法

所有患者均采用全身麻醉;25例患者行经皮椎间孔入路腰椎间盘髓核摘除术,37例行经皮椎间板入路腰椎间盘髓核摘除术。

1.3 护理

1.3.1 术前护理

①术前康复锻炼。具体内容包括:A教会患者床上移动、翻身的方法;B指导患者进行腰背肌和腹肌的功能锻炼,有利于术后腰背肌锻炼的顺利开展和患者出院后功能锻炼的继续;C对患者行腰围佩戴指导,方法为由责任护士根据患者体型选择合适型号的腰围,指导并教会患者和家属佩戴腰围,以及如何佩戴腰围侧身起坐。②术前疼痛护理,观察并询问患者疼痛情况,遵医嘱从入院当天开始服用非甾体类镇痛药(塞来昔布)2次1d,1片/次。可引导患者做深呼吸、听音乐、看书或从事其他病情允许的娱乐活动。

1.3.2 术后护理

①液体管理。术后输液量一般在1000mL左右,当日输完即拔出留置针,第2天不再输液。②提前进食。患者术后2h进行少量饮水,家属用汤匙喂,不能用吸管也不能直接水杯喝,以避免呛咳,适应后逐渐多饮水。术后6h即可正常进食。③镇痛管理。主要是采用超前镇痛的方式,手术后当天晚上常

规口服塞来昔布200mg。④睡眠护理。为保障患者有良好的睡眠质量,本组患者治疗和护理尽量安排在白天,减少陪伴人数,夜间提供安静舒适的休息环境。⑤术后早期活动管理。患者术中均不留置保留尿管,术后当天即可翻身,指导患者术后6h即可佩戴腰围起床解小便,注意保护,防体位性低血压。

1.3.3 出院指导

快速康复理念认为患者术后体温正常,胃肠功能恢复,能经口进食,能通过口服药物满意地控制疼痛,即具备出院条件^[3],出院前再次向患者及家属强调继续功能锻炼的重要性,按照要求进行出院指导:①出院后1个月内在腰围保护下下地活动,适当限制活动量,2周内每次起床坐和站的时间20min左右,根据个人主观感觉而定,每天锻炼次数不限;注意避免腰部负重及重体力活动,采取正确的行走、坐、搬物姿态。②1个月内出门坐车最好坐副驾驶位置把座椅尽量摇平,严禁采取端坐位坐车,因路面颠簸会使手术部位间盘组织受到的压力增加,增加了复发再次突出的风险,同样步行下楼梯时也会冲击挤压椎间盘,故应动作尽量轻柔。③术后1个月内采用坐便器或马桶解大小便,最好以后生活中都用坐便器。④术后3个月内避免扭腰、弯腰及抬举重物,术后1年内避免参加涉及扭腰、弯腰等动作的运动项目。⑤术后1个月可恢复工作,应由轻到重,时间由短到长,以后都要避免久坐及长时间保持固定姿势。⑥保持良好的心态,定期复查。

2 结果

应用快速康复外科理念进行护理后,所有患者术后2h后饮水,均未发生呕吐及误吸,6h后正常进食。手术当晚所有患者口服塞来昔布200mg,55例能安静休息,7例患者再次诉疼痛予以肌肉注射曲马多100mg后能安静休息,无患者出现恶心、呕吐等不良反应,术后第1天疼痛视觉模拟评分为(2.25 ± 0.07)分,患者术后6h即可佩戴腰围起床解小便,无患者发生尿潴留,术后第1天指导患者佩戴腰围下床活动,配合度高,无患者发生跌倒等不良事件。本组患者住院时间5-11d,平均6.27d。

3 讨论

随着医学科学的发展,快速康复外科日益受到医学领域的极力推广,它是一个多科协作的过程,不仅包括外科医生、麻醉师、康复治疗师、护士,也包括患者、家属及社会的积极参与^[2],主要通过术前心理生理准备及健康宣教、术中体温控制、良好的术中麻醉和处理、合理的补液、术后疼痛管理、早期活动等的应用以达到减少手术应激和术后并发症的

发生、降低病死率、加快患者术后恢复及缩短住院时间的目的。在本研究中,将快速康复外科理念运用于脊柱微创手术患者围手术期护理中,临床效果满意。

3.1 术前康复训练

通过术前康复训练指导患者做轴线翻身,避免脊柱扭曲转动,教会患者腰背肌锻炼及腰围的佩戴,为术后早期下床活动和患者出院后功能锻炼的继续奠定了良好的基础;并且术前康复训练可让患者了解如何应对及配合,有利于减轻患者的焦虑程度,提高患者耐受力。

3.2 超前镇痛的管理

过去常规的镇痛方式为患者感觉到疼痛后才镇痛,但往往效果不佳,常常会出现给药时间差,在药物起作用之前,患者仍要承受一段时间的疼痛。超前镇痛则能很好地解决这一弊端,它是在伤害性刺激作用于机体之前采取一定的措施,防止中枢或外周神经敏感化,减少或消除伤害引起的疼痛^[4],本组患者术前常规使用非甾体类镇痛药塞来昔布,能有效减轻术后疼痛,并且减少了阿片类镇痛药的使用,提高胃肠道的安全性^[5]。高质量的睡眠被认为是促进疾病康复的一个重要因素,良好的镇痛保证了患者睡眠质量,为第2天功能锻炼及下床活动提供了良好的保证^[6]。

3.3 控制液体,早期进食

传统方式术后补液一般为3d,每天约1500mL,但过多的补液可能会造成患者心肺功能障碍、组织水肿等并发症,研究表明减少液体输入量有利于减少术后并发症的发生^[2],本组患者术后输液量一般在1000mL左右,减少了治疗费用,改善了患者的住院体验,尽早地促进了胃肠道功能的恢复。

传统理念认为患者术后由于术前禁食、术中麻醉药物的作用,术后卧床期间肠蠕动减慢等原因,手术当日麻醉清醒后6h开始饮水,之后再进食,食物多以稀饭、汤等流质饮食为主、在术后恢复正常饮食期间,医生常常通过静脉输液的方式给予能量和维生素等以补充经口进食能量摄入的不足^[7]。在快速康复外科理念中,术后尽快恢复正常口服饮食是一个重要环节^[7]。随着医学技术的发展,现代麻醉技术使术后肠

麻痹的发生风险减低,术后早期进食已经越来越安全,许多学者认为,术后早期肠内营养不但不会产生腹胀、呕吐等不适,而且可以促进肠蠕动,维护肠黏膜功能^[8]。本组患者术后2h即可饮水,6h即可进食,避免了患者口干、饥饿等不舒适感觉。

3.4 早期的活动管理

术后患者常常因为疼痛、疲乏、放置尿管等各种原因,一般术后第3天才开始进行术后功能锻炼。在快速康复外科理念中,术后早期活动可以促进肠道功能恢复,促进全身血液循环,增强心肺功能,防止肌肉萎缩和下肢静脉血栓等并发症,有利于患者的恢复^[8]。本组患者术后第1天即在护士指导下佩戴腰围下床活动,第2天或第3天即出院,平均住院时间为6.27d,减少了住院费用,减轻了患者负担。

综上所述,快速康复外科理念运用于脊柱微创手术围手术期能减轻患者痛苦,有利于缩短住院时间,促进患者康复,具有临床意义。

参考文献:

- [1] 徐耀增. 脊柱微创手术[J]. 中国矫形外科杂志, 2005, 13(6): 467-469.
- [2] 江志伟, 李宁, 黎介寿. 快速康复外科的概念及临床意义[J]. 中国实用外科杂志, 2007, 27(2): 131-133.
- [3] 杨万玲, 黄家丽. 快速康复外科护理临床应用现状及启示[J]. 安徽医学, 2013, 34(10): 1581-1583.
- [4] 辜晓岚, 徐建国. 超前镇痛的机制及其研究进展[J]. 医学研究生学报, 2008, 21(1): 98-103.
- [5] 辜晓岚. 塞来昔布超前镇痛在骨科手术的应用[J]. 临床麻醉学杂志, 2006, 22(1): 19-21.
- [6] 王高荷, 邵纯. 快速康复理念在腹腔镜脾切除术围手术期护理中的应用[J]. 护理实践与研究, 2012, 9(21): 26-28.
- [7] 熊剑秋, 李昕华, 丁丽, 等. 快速康复外科理念在老年人工髋关节置换术患者术后护理中的应用[J]. 护理学报, 2009, 16(5): 43-44.
- [8] 陈志强. 围手术期快速康复的研究进展与展望[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2012, 18(6): 547-552.

(上接第115页)

研究结果也可以看出,循证护理在改善患者呼吸功能上有着更好的效果。

综上所述,循证护理是一种十分有效的护理方法,将该方法应用于急性呼吸窘迫综合征患者中,能够有效提升护理效果,在临床应用中具有较为明显的作用。

参考文献:

- [1] 郭向华. 循证护理干预对急性呼吸窘迫综合征患者呼吸功能的影响[J]. 临床研究, 2018, 26(03):145-146.
- [2] 张明晖, 王万利, 马琰. 循证护理在急性呼吸窘迫

综合征患者护理中的应用分析[J]. 实用心脑血管病杂志, 2017, 25(S2):173-175.

[3] 汪雯静. 循证护理在ICU护理急性呼吸窘迫综合征患者中的运用[J]. 当代护士(下旬刊), 2017(09):106-107.

[4] 张华, 周朝瑞, 刘洪. 循证护理在急性呼吸窘迫综合征患者护理中的应用研究[J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(14):20-23.

[5] 刘丹, 陈艳, 高琼. 小潮气量通气联合肺复张策略治疗呼吸窘迫综合征患者的循证护理[J]. 中国医药导报, 2013, 10(16):142-144+148.

(上接第116页)

种不良情绪因素,通过早期的康复训练,可以改善患者的吞咽功能的恢复状况。本次研究中,对照组的吞咽功能明显优于观察组,且组间对比有明显差异,有统计学意义($P<0.05$)。由此可见,早期的康复护理,对于患者的功能恢复以及治疗时间的缩短有重要的帮助,效果显著,值得临床推广应用。

参考文献:

- [1] 吴青霞, 侯晓倩, 张杰敏, 等. 康复护理对脑卒中后

吞咽困难预后的影响观察[J]. 西部医学, 2013, 25(6):943-944.

[2] 杜燕. 急性脑卒中后吞咽障碍患者护理的研究进展[J]. 健康必读, 2018, (30):109.

[3] 周红, 栗先增, 周金洁. 脑卒中并发吞咽障碍患者经胃管营养护理、综合康复训练联合健康教育的预后效果评价[J]. 中国健康教育, 2018, 34(6):564-567.

[4] 贺嘉. 脑卒中并发吞咽障碍患者的临床护理要点[J]. 医学信息, 2015, (32):202-202.