

骶骨患者术中护理

梁苑 贾文娟

云南省肿瘤医院手术麻醉科 云南昆明 650118

〔摘要〕目的 探究骶骨患者术中护理的应用价值及意义。方法 此次研究对象均患有骶骨肿瘤，治疗时间介于 2018 年 5 月-2019 年 6 月间，前入院的设为实验组实施术中护理，n=39 例，后入院的设为对照组实施常规护理，n=39 例，对比两组患者术中感染率、并发症发生率及手术时间、术中出血量、住院时间等情况。结果 术中针对性护理，实验组并发症率较对照组显著降低 ($P < 0.05$)；对比两组对象手术时间、术中出血量、住院时间，实验组优于对照组 ($P < 0.05$)。结论 骶骨手术护理中因感染、出血等多种并发症易发生，需采用针对性护理改善其症状，改善患者预后，提高生活质量，应用价值较高。

〔关键词〕骶骨肿瘤；术中护理；应用价值

〔中图分类号〕R473.6 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2021) 04-143-03

原发性及转移性是骶骨肿瘤的两种形式，同时周围癌组织也是诱发骶骨肿瘤的危险因素之一。神经根性囊肿、骨母细胞瘤等良性肿瘤的发生率较骨肉瘤、骨髓瘤等恶性发生率小，分别占骨肿瘤发生率的 1.16%、3.92%^[1]。相关研究显示，由于骶骨解剖周围组织的复杂性使其在治疗过程中难治性高，临床多采用化疗及放疗形式进行干预，近年，随医疗水平提高，临床多学科医疗手段的介入，使得手术形式存在治愈的可能性，但是由于其疾病的敏感度，会受到对中不良因素影响，进而影响手术效果，预后差^[2]。因骶骨组织位置的特殊性，因此常规手术中患者可能会发生以下手术风险，如体位增加感染率、低体温等并发症、肿瘤位置较深，造成中止手术困难、手术难度大等，术中护理及配合十分重要。为尽可能减少术中风险，提升治疗安全性及预后，在进行手术之前需要对其进行全面了解，护理人员在术前对患者进行访问，并了解手术方式及手术中可能出现的风险，了解后对其进行综合性评估，对其行进一步干预。临床采用常规护理干预由于针对性较差，存在较大局限性，因此本研究主要讨论了骶骨患者术中护理的应用价值及意义，详细如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

此次研究对象均患有骶骨肿瘤，治疗时间介于 2018 年 5 月-2019 年 6 月间，前入院的设为实验组实施术中护理，n=39 例，后入院的设为对照组实施常规护理，n=39 例。实验组男女患者 18 例、21 例，年龄 (55.25 ± 2.56) 岁，对照组 22 例、17 例，年龄 (57.24 ± 2.78) 岁。经病理诊断脊索瘤 21 例、神经鞘瘤 26 例、骨巨细胞瘤 21 例、骨髓瘤 10 例。患者患病时间均在 3 个月-2 年间，根据患者实际情况对疾病程度进行评估，并结合实际病例采取不同的治疗方式。对比两组基线资料无显著差异 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组

采用常规的护理方式，具体如下：①心理干预：入院后，针对患者行心理护理，交流患者病情，为避免患者的不良心理，将本院的医疗手段水平告知患者增加其信心，并以讲座形式对患者普及治疗方式及效果，提升患者依从性。②提升患者括约肌肌力于术前术后，提升括约肌功能水平^[3]。③排便训练指导：术后培养患者在餐后排便，养成习惯。蛋白质、

高纤维、热量较高为干预后的患者常规饮食重点，并叮嘱患者饮水，饮水量控制在 2000-2500ml。定时帮助患者按摩，增加其肠胃蠕动能力。

1.2.2 实验组

在对照组基础上开展护理，具体如下：（1）预防感染护理：术中切口感染会显著影响预后，诱发切口感染因素较多，但其独立因素为手术时间。骶骨部位由于解剖组织存在复杂性，进而造成手术时长，加之创伤大成为细菌生长优质环境。干预手段：①手术前行严格消毒，控制手术室人数在 3 人以内，人数人员选择位置站好后，尽量减少走动，避免细菌产生^[4]。②于术前将手术工具准备充分，术中护士需医生形成良好配合，尽量缩短手术时间，减少感染发生率。③为避免感染，利用抗生素进行抗菌消毒，应用浓度控制在杀死术中细菌为宜。根据手术出血量及时间可对其进行调整，如出血量 $\geq 1500\text{ml}$ ，时间 $\geq 3\text{h}$ ，可追加抗生素使用量。④术毕，行引流管引流，冲洗伤口^[5]。（2）术中大出血护理：骶骨手术属于临床急救性手术，因骶骨解剖周围组织较为复杂，其血供丰富，在进行手术中及产生大出血情况，进而增加手术难度及风险。相关研究显示，骶骨手术产生的出血量最高可达 1 万毫升，在手术介入止血方法之前，常因患者血性休克及肿瘤切除不彻底影响手术结果，甚至危及患者生命^[6]。为尽量减少不良因素对手术造成的影响，需在手术之前监测患者的生命体征是否平稳，对减少出血做好准备工作。具体手段：了解具体的手术，对手术中可能出现的意外进行评估，参与实际病例讨论；负责洗手护士需在术前将手术所需器械准备齐全，并将其放于制定位置，术中提升与医生的默契度，尽可能减少手术时间。术中增加凝血工具及电刀的清理，保证其在使用中的功能完好^[7]。为保证术野清晰度，需在术式改变的基础上定时更换吸引器，保证其功能性完好；巡回护士在需定时在监护患者的血压变化情况，首先与医生配合行静脉通道建立，并与麻醉师进行配合行双腔静脉置管，置管后将其与血压监测连机器相连，监测患者血压，在此基础上行常规准备，备好血管活性药（多巴酚酞胺、多巴胺、硝普钠等）、血液回收机、备血、备胶体液，对于患者情况及时采取输血输液干预^[8]。除此之外巡回护士需在检测血压的基础上详细记录患者术中出血量、尿量及输液量，并配合医生对患者行降压处理及高溶性血液稀释，降低手术切口的出血

量,但前提是在保证患者重要器官得到有效灌注的基础上完成的。术中保证患者的生命体征指标水平尤为重要,因此需密切监护患者各项指标,根据患者情况适宜调整输液输血量。

(3) 术中低体温护理:较常规手术一样,由于手术时间长、患者机能弱,免疫力能力较差,可显著增加患者术中低体温情况。出现此种原因的外在因素主要有输液液体未经加温、患者体腔长时间暴露在外、手术环境温度较低、冲洗液温度低等。具体手段:改善术中影响因素。降低患者低体温的主要方式为手术室温度控制,适宜温度 22-24℃ 之间;在此基础上可采用循环变温毯及暖风升温仪对患者进行干预,尽量减少术中暴露位置;为降低输液液体及冲洗液对患者体温的影响,在药液及冲洗液使用前,采用加温仪器行加温处理^[9]。(4) 疼痛护理:由于骶骨手术创面较大,因此术后极易出现疼痛对患者的预后造成影响,为降低疼痛可在术后对患者行镇痛泵镇痛干预,尽可能减少术后关节疼痛,使机体功能得到更早锻炼。根据患者的疼痛程度镇痛泵进行调节,还可采用盐酸丙帕他莫、帕瑞昔布钠等止痛药行辅助干预。(5) 胃肠道护理:根据低骶骨手术前后路共同开展的术式特点,术后肠蠕动能力会受到显著影响,呈现功能消失或减弱,进而影响患者胃肠道功能。因此增加肠蠕动功能的刺激,可告知患者术后适量咀嚼口香糖。因胃肠道能力在术后存在一定局限性,因此术后需以耐消化流食为主,随之术后排气、胃肠道功能恢复予以半流食及正常饮食。对患者饮食量进行检测,若其摄入量较少,需根据实际情况增加营养辅助剂行胃肠道干预。

(6) 止血干预:术前对骶骨手术位置进行评估,判断其血管状况,并在术中采用结扎止血方式进行干预,根据实际情况进行止血药物辅助治疗。在术中对其输血量进行详细记录,并根据出血量标准进行判断其是否为大出血,依据情况进行输血干预。为避免不良因素对患者产生影响,需在术后对患者的生命体征及术后指标进行进一步观测,若其出现血容量较低情况及时采用有效的治疗方式进行干预。

1.3 观察指标
对比两组患者术中感染率、并发症发生率及手术时间、术中出血量、住院时间等情况。

1.4 统计学处理
采用 χ^2 检验,百分比率 (%) 表示计数资料,采用 t 检验,均数 \pm 方差表示计量资料,当 $P < 0.05$ 时差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组患者术中感染率、并发症发生率
经术中针对性护理,实验组并发症率较对照组显著降低($P < 0.05$),见表 1。

表 1 对比两组患者术中并发症发生率 [n (%)]

组别	出血	低体温	感染及难愈	发生率 (%)
实验组 (n=39)	1	0	0	1 (2.56)
对照组 (n=39)	3	4	3	10 (25.64)
χ^2	—	—	—	8.573
P	—	—	—	0.003

2.2 对比两组患者手术时间、术中出血量、住院时间

表 2 对比两组患者手术时间、术中出血量、住院时间 ($\bar{x} \pm s$)

组别	手术时间 (h)	术中出血量 (ml)	住院时间 (d)
实验组 (n=39)	2.15 \pm 1.01	683.45 \pm 76.33	8.33 \pm 2.78
对照组 (n=39)	2.85 \pm 1.11	1694.46 \pm 90.46	16.83 \pm 3.88
t	2.913	53.343	11.121
P	0.005	0.000	0.000

对比两组对象手术时间、术中出血量、住院时间,实验组优于对照组 ($P < 0.05$),见表 2。

3 讨论

因骶骨肿瘤的早期无症状特征,行病理诊断后一般为中晚期,同时伴随黏连及破坏性,加之肿瘤体积大会对手术结果造成显著影响,进而对其进行术中护理至关重要。为尽可能提高手术的安全性,尽量减少手术感染及并发症的产生,在进行手术之前需要对其进行全方面了解,护理人员在术前对患者进行访问,并了解手术方式及手术中可能出现的风险。了解后对其进行综合性评估,并在手术开展之前对患者进行心理干预等综合性干预。如护理人员需在手术之前与医师麻醉医师进行沟通,增加其默契度,在手术过程中能够熟练掌握手术步骤,并进行器械及物品的准备,加强感染控制,有效地避免并发症的发生。

骶骨解剖组织情况较复杂,因此手术中入路需行前后联合干预,才可将肿瘤彻底切除。传统手术进行切除时,需要在开腹手术结束后将无菌巾撤除,后变换体位再行的骶骨切口开展手术。在此过程中,极易由于粉尘造成器械及消毒铺巾的污染。在常规手术结束后,需要俯卧位进行骶骨切口,手术过程中,患者保持俯卧位会对眼部,面部,下腔静脉及呼吸造成一定的压力,进而使手术时间延长,使手术风险增加。为避免此不良因素影响手术结果,因此可对手术体位进行改善:改俯卧位为右侧卧位,在患者的肩部下方十厘米处放一软枕,避免对臂丛神经及腋神经的损伤,需控制上肢外展程度,不超过 90 度平行置于托手架上。下腹部不需做任何处理及固定^[10]。需将其左下肢利用消毒铺巾进行常规包裹。为避免常规手术方式对患者造成的感染在改良体内之后,较常规手术的差异化,采用前后路分开手术的方式,先行左侧腹主动脉阻断,再行后路治疗,此种治疗方案不仅可减少创面在空气中的展露时间,在此基础上还可展示清晰术野,尽可能保证术野不受细菌侵扰。尽可能在缩短手术时间的基础上,降低感染发生率。为减少不良影响导致患者产生并发症的危险,需在手术中加强巡护,对其皮肤等情况密切关注。

除此之外,手术结果还会出现出现大小便功能障碍、心理问题等影响,为避免对患者预后造成影响,可在对其进行心理干预及括约肌功能锻炼干预。影响手术结果的因素多种多样,但心理状态使其重要前提之一,为避免心理因素对患者造成影响,术前需对患者行心理状态评估,尽可能保证患者在最佳的精神状态下参与治疗。在术前对患者进行访问,告知术中可能存在的危险及手术方法,并将本院的医疗手段水平告知,提升患者的自信心,护理人员应保持和蔼,耐心的态度对其进行讲述,减轻其心理负担。于术后为降低患者的紧张、焦虑、不安等心理,需增加沟通,耐心讲述术后应注意的相关事项,提升患者预后。为提升患者术后排便能力,在术后指导患者进行括约肌及会阴锻炼。在此锻炼中能够尽可能的提升尿道筋膜张力及括约肌肌底力量,在提升排尿能力基础上,可对排便能力进行控制。具体方法,患者应将会阴及下腹进行同时收缩,控制运动时间 1 次 /min,间歇比 1:2,40 次 /d。

结果显示,经术中针对性护理,患者的出血、低体温、感染等并发症发生率较对照组显著下降 ($P < 0.05$);对比两组对象手术时间、术中出血量、住院时间,实验组优于对照组 ($P < 0.05$)。综上所述,骶骨手术护理中因感染、出血等多种并发症易发生,需采用针对性护理改善其症状,改善患者预后,

(下转第 146 页)

表 2: 两个组别总满意率观察对比 [例 (%)]

分组	n	一般	不满意	满意	满意率 (%)
实验组	40	12 (30.0)	2 (5.0)	26 (65.0)	38 (95.0%)*
控制组	40	10 (25.0)	8 (20.0)	22 (55.0)	32 (80.0%)

注: 与控制组相比, *P<0.05。

3 讨论

作为一种呼吸内科疾病, 慢性阻塞性肺疾病较为常见, 其主要以其他慢性肺部疾病、慢性支气管炎为治病原因, 且以病情缓慢进展、周期长为主要特点。对于老年慢性阻塞性肺疾病患者而言, 其发病原因涉及吸烟、大气环境污染等, 患者发病后若治疗不及时, 则极易发展为呼吸功能障碍甚至衰竭, 从而对其生存质量造成严重影响^[4-5]。而在治疗该病症的过程中, 对其采取有效护理措施加以干预, 对于促进其肺功能恢复尤为关键。作为一种广泛应用的护理模式, 综合康复护理措施对此类患者可发挥出显著效果, 其主要从心理疏导、饮食护理、运动康复训练、呼吸训练等方面进行干预, 不仅能促使患者对自身疾病有足够充分的认识和了解, 且可通过各种训练方法增加患者呼吸功能和肺功能, 从而促进其病情恢复^[6]。本文的研究中, 两个组别干预后 PEF、MMEF、FEV1、

FVC 等肺功能指标、总满意率等对比发现 P<0.05, 说明二者表现出了明显差异。可以发现, 老年慢性阻塞性肺疾病患者行综合康复护理措施具有积极作用和价值。

综上所述, 老年慢性阻塞性肺疾病患者行综合康复护理措施的效果显著, 即可对患者肺功能予以显著改善, 且患者普遍满意, 值得推广研究。

[参考文献]

- [1] 孙娜. 老年慢性阻塞性肺疾病患者应用综合康复护理措施对肺功能的影响 [J]. 实用临床医药杂志, 2018, 22(14):19-22.
- [2] 刘兰洁, 李黎. 应用综合康复护理措施改善老年慢性阻塞性肺疾病患者肺功能 [J]. 母婴世界, 2017, (12):162.
- [3] 崔瑞萍. 应用综合康复护理措施改善老年慢性阻塞性肺疾病患者肺功能 [J]. 饮食保健, 2017, 4(24):176.
- [4] 张娜. 综合康复护理措施对老年慢性阻塞性肺疾病患者肺功能的影响 [J]. 中国医药指南, 2018, 16(3):258-259.
- [5] 李芝璇, 于萍. 综合康复护理措施对老年慢性阻塞性肺疾病患者肺功能的影响 [J]. 心理医生, 2017, 23(3):185-186.
- [6] 尹丽霞. 应用综合康复护理措施改善老年慢性阻塞性肺疾病患者肺功能 [J]. 双足与保健, 2018, 27(13):128, 130.

(上接第 141 页)

[参考文献]

- [1] 包樟慧, 杨慧珍. 疼痛护理在脊柱外科手术患者护理中的应用观察 [J]. 名医, 2020, No.84(05):138-138.

(上接第 142 页)

好功能恢复, 做好抗痉挛体位摆放设计与执行, 防控肢体瘫痪导致的疾病并发症^[2], 优化患者生存质量。抗痉挛体位可以有效的确保肢体有更好的功能状况, 进行一种体位或者姿势的摆放, 通过治疗护理方向出发来达到临时体位设计执行^[3]。一般早期卒中患者更多在床上休养, 体位的价值就至关重要。抗痉挛体位属于中风患者治疗的基础内容, 有效地控制痉挛状况, 防控肩关节半脱位以及早期的分离运动的预防。通常要保持 2h 一次的体位变换^[4], 可以做好床上翻身与主动性活动, 做好定期随访, 辅助做好治疗恢复的后期工作。

总而言之, 抗痉挛体位摆放在卒中康复护理中可以有

- [2] 许濛, 王颖. 疼痛护理在脊柱外科手术患者护理中的应用价值 [J]. 家庭保健, 2020, 000(026):195.
- [3] 高海华. 疼痛护理在脊柱外科手术患者护理中的应用价值分析 [J]. 医学食疗与健康, 2018, 000(009):P.8-8.

效地提升生活质量, 提高患者护理满意度, 整体状况更为理想。

[参考文献]

- [1] 杨姣, 刘银花, 张鸥, 等. 在脑卒中偏瘫早期康复护理中应用抗痉挛体位摆放对压疮的预防作用 [J]. 医学理论与实践, 2019, 32(21):3556-3557.
- [2] 周小萍, 夏贵凤, 孟露, 等. 脑卒中患者早期康复中抗痉挛体位摆放的应用探究 [J]. 贵州医药, 2019, 43(10):1633-1634.
- [3] 杨淑银. 抗痉挛体位摆放对脑卒早期康复影响分析 [J]. 母婴世界, 2018, (15):10.
- [4] 史小燕. 临床护理中抗痉挛体位摆放多功能组合用枕的应用 [J]. 母婴世界, 2018, (22):227.

(上接第 144 页)

提高生活质量, 应用价值较高。

[参考文献]

- [1] 贾峥, 管晓敏, 张欢. 骶骨肿瘤术后病人膀胱及直肠功能评估的研究进展 [J]. 护理研究, 2020(7):1226-1229.
- [2] 曹培春, 赵娜. 骶骨肿瘤术后切口感染预防的护理研究进展 [J]. 家庭保健, 2019, 000(028):264-265.
- [3] 沈启玲, 楚月, 李伦兰, 等. 腹主动脉球囊阻断在骶骨及骨盆肿瘤切除中的应用与康复护理 [J]. 皖南医学院学报 2020, 39(4):398-401.
- [4] 吴春莲. 护理干预对骶骨肿瘤患者术后排便功能障碍的应用效果评价 [J]. 中华肿瘤防治杂志, 2018, 25(S1):276+278.
- [5] 谭桃, 郑舒娟, 李晓林, 等. 骶骨肿瘤术前腹主动脉血管阻断患者的围手术期护理 [J]. 当代护士(下旬刊), 2018(9):105-106.

- [6] 许军军, 高灵灵, 冯艺. 应用腹主动脉球囊行骶骨骨盆肿瘤手术患者发生术后肺部并发症的危险因素 [J]. 实用医学杂志, 2019, 035(010):1617-1620.

- [7] 刘雪梅, 麦迪努尔·麦麦提. 椎弓根钉内固定治疗胸腰椎骨折的术中护理配合对患者术后康复的影响分析 [J]. 全科口腔医学杂志: 电子版, 2018, 4(35):35-37.
- [8] 张荣荣, 王冠. 术中保温护理对心脏外科手术患者体温及凝血功能的影响 [J]. 饮食保健, 2018, 5(046):187-187.
- [9] 蔡晓琳, 张伟玲, 张丽霞, 等. 体位护理联合肛袋预防骶骨肿瘤术后大便失禁患者切口愈合不良的效果观察 [J]. 护理与康复, 2020, 3(46):29-30.
- [10] 朱腊梅, 沈启玲, 胡小兰, 等. 骶骨肿瘤术后排便功能障碍的预防与护理进展 [J]. 健康之路, 2018, v.17;No.176(10):38-39.