

脊柱肿瘤围手术期护理的研究进展

肖 玲

广西壮族自治区南溪山医院 广西桂林 541002

【摘要】脊柱肿瘤包含原发性与继发性肿瘤，因为脊柱结构复杂性以及肿瘤灶受到压迫，使患者出现疼痛感及神经功能障碍。手术切除是对脊柱肿瘤常用的治疗手段，能使其各类症状改善，但是术后患者会引起脊髓、肺部感染等等并发症，因此，采用脊柱肿瘤手术治疗患者需实施科学有效护理措施。

【关键词】脊柱肿瘤；围手术期护理；进展

【中图分类号】R473

【文献标识码】A

【文章编号】1002-3763 (2023) 07-168-02

前言：

脊柱肿瘤发生原因有病毒感染、基因突变等等。因为脊柱结构较为复杂，与脊神经根相邻，同时肿瘤病灶多数呈现出侵蚀性生长，所以患者常常会有疼痛感以及局部肿块等等临床表现。临床当前对此种肿瘤治疗主要以手术切除疗法为主，为进一步帮助患者提升手术效果，应为其实施科学护理措施，以使患者生活质量可以明显提升。有鉴于此，本文综述脊柱肿瘤围手术期护理进展，如下。

1 脊柱肿瘤

1.1 症状体征

背痛属于脊柱肿瘤患者十分常见的一种症状，一般此种症状出现时间较早^[1]。脊柱肿瘤患者会有 2 种性质背痛：第一种是和肿瘤相关的疼痛及机械性疼痛。第二种是和肿瘤相关的疼痛，主要表现是清晨或者夜间痛，且多数于白天由于活动而得到缓解^[2]。此种疼痛出现的原因可能是因为炎性介质或者肿瘤牵张椎体骨膜引起的。为帮助患者缓解此种，应采用合理的镇痛疗法，借助放射疗法或者手术疗法治疗肿瘤能够更好的缓解疼痛。机械性疼痛是因为脊柱结构异常，例如：病理性压缩骨折引起的脊柱不够稳定^[3]。此种疼痛属于与运动具有相关性，在站立或者坐位时会使脊柱纵向负荷增加，进而导致疼痛感进一步加重。同时，如果患者因为胸腰椎或者胸椎骨折引起的后突畸形，在卧位的时候会合并严重的疼痛感，患者常常会出现坐位睡觉的情况。激素治疗对于机械性疼痛不会有效果，可用麻醉性镇痛药物或者外部支具来使疼痛感得到缓解。胸椎出现病理性压缩骨折所引起的疼痛常常持续数天，若肿瘤未对后侧附件造成侵犯，疼痛多数可于数天之后得到缓解。

1.2 鉴别诊断

(1) 脊柱肿瘤：脊柱肿瘤患者常常会出现疼痛、肿块、病理骨折等等症状，也偶尔会在体检时被发现^[4]。

(2) 脊椎化脓性炎症：在发病之前，患者常常会有皮肤疖肿或其他化脓灶多骤起，且有着明显的中毒症状，受累位置疼痛较为明显，活动受到显著，局部软组织压痛或者肿胀。对椎体行 X 线摄片可以观察到骨质破坏，椎间变狭窄，常常可形成死骨，一般不会形成脓肿，需经细菌及组织学检查来进一步确诊。

(3) 退变性脊椎病变：椎间盘以及韧带突入椎管导致的脊髓及神经受压^[5]。在中年后脊柱退行变影像学征象几乎均存在，和脊髓肿瘤进行鉴别诊断需要依据精细的神经系统评价，且与影像学检查相配合。

(4) 脊柱结核：此类患者多伴有盗汗以及低烧等等慢性

中毒症状，病变常常会对椎间盘及相应椎体缘造成影响，椎旁寒形脓肿有利于鉴别诊断。

2 围术期护理

2.1 术前护理

(1) 为患者与家属讲述脊柱肿瘤术前及术中和术后相关注意事项与可能会出现的相关症状，使其可以做好对可能会出现状况做好心理准备，以使其焦虑心理可以得到缓解。积极为患者将术前评估工作做好，对伴有高血压及高血脂等等疾病患者增强健康教育与用药指导，每日均需要对血压及血糖水平进行测量，保证其处在正常范围内^[6]。

(2) 镇痛护理：对于脊柱肿瘤患者来说，因为疾病特殊性使躯体有疼痛不适感出现，及时对患者疼痛程度进行评估，依据疼痛评分对镇痛方案适当调整，能使患者疼痛感得到缓解。

(3) 术前综合评估与干预：术前告知患者戒烟，确保口腔保持在卫生状态下，指导其有效的咳嗽，以避免术后发生肺部感染，对患者呼吸功能以及肝肾功能、营养状况等做好监测工作、及时将异常指标纠正，若是患者营养状况欠佳应为其实施营养支持疗法，首为其进行肠内营养。确保患者术前身体处在最佳的状态下，以使其术后身体快速康复。

(4) 术前皮肤与肠道准备：术前 2 小时需要禁饮、术前 5 小时需要禁食。患者若无糖尿病史可予以其 400 毫升碳水化合物液体，以防因为术前禁饮禁食过长影响机体健康。术前 30min 备皮借助脱毛剂进行，在无明显的毛发时用清水清洗皮肤，以避免术后发生伤口感染^[7]。

2.2 术中护理

术中做好保暖工作，以防因为低体温而使伤口感染等等并发症发生率降低。术中借助空气加热毯为患者进行保暖，将病房及手术室内温度控制于 24.5 到 26.5℃，避免暴露患者肢体，对手术期间输血量进行控制，补液期间借助输血及输液加温装置，确保输入体内液体温度保持于 36℃ 到 37℃，保证患者在手术期间体温保持在 36℃ 或者以上，术后 3d 对患者体温进行检测，直到正常。

2.3 术后护理

(1) 手术之后疼痛管理：手术之后为患者提供疼痛健康宣教，患者在意识清晰、状态稳定的时候实施疼痛管理干预，多给予患者人文关怀，借助言语及肢体语言的方式，使护患之间交流可以增加，使患者对于术后疼痛的接受与认知能力可以提升。减少由于术后疼痛引起的焦虑及烦躁情绪。同时，护理人员还应该和家属或者陪护人员进行交流对患者心理动态进行全面了解，及时使其不良情绪得到缓解，使患者依从

性可以逐渐提升,使其身体快速康复^[8]。

(2) 营养支持:依据患者的中心静脉压以及血压、24 小时出入量对输血量与输液速度,进行调整,避免输注不必要的液体。引导患者尽早通过口部进食,术后 4 小时引导患者饮用少量的温开水,如果无不适症状可以指导患者循序渐进的渐进进食。

(3) 尽早将导管拔除:对患者导管情况密切监测,应将交接班做好,确保全部导管均通畅,每日对导管留置的适应症进行评估,在引流量为 50 毫升或者以上时,可将引流管拔出,对出入量仔细记录,针对肌力正常未伴有脊髓神经功能损伤者尽早将尿管拔除,避免发生导管相关血流感染。

(4) 术后功能训练:依据手术情况为患者设计针对性功能锻炼计划方案表,由责任护理人员监督患者将锻炼计划按时按量完成,功能锻炼应该依据循序渐进的基本原则,术后患者清醒可以取半卧位或者于床上适当活动,术后 5h 辅助翻身,保证脊柱中线水平位,每间隔 2 小时到 4 小时对体位更换一次^[9]。

2.4 预防并发症

(1) 压疮:对患者压疮风险进行评估,保证皮肤干燥及清洁,若是患者小便失禁应为其对导尿管留置,用减压辅料对骨突部位进行保护,条件允许的情况下可以围棋使用气垫床。

(2) 泌尿系统感染:引导患者参与膀胱功能锻炼,指导其定时夹闭与开放尿管,严格遵循无菌操作,将会阴清洗工作做好,每日 2 次,告知患者多喝水,每日 2000 毫升到 3000 毫升。

(3) 深静脉血栓:为患者热敷双下肢,对双下肢肌肉进行按摩,做直腿抬高锻炼以及关节主被动运动。告知患者绝对卧床休息时,双下肢每日进行 2 次气压治疗^[10]。每日均对腿围监测,对双下肢肿胀疼痛以及皮温皮色和足背动脉搏动等注意观察。

(4) 脑脊液漏:由于肿瘤体积大且肿瘤边界不清晰等等,使术中硬膜修补困难,从而使其术后易使得脑脊液被流至体外^[11]。若是处理不合理,会使患者出现伤口愈合延迟、腰腿痛、头痛等症状。患者在有脑脊液漏出现之后,去枕平卧,将床尾抬高 30°^[12]。对颅内压有无降低观察,确保负压引流器无压。定期对引流器更换,操作期间严格遵循无菌操作。对患者脑脊液量详细记录,对切口敷料渗液情况认真观察,在必要的时候可以局部为患者加压包扎,保证大便通畅。

(5) 预防血栓:恶性肿瘤及骨科手术都是术后形成血栓的高危因素。术后 2 小时开始为患者经皮下注射 4100u 的低分子肝素,借助下肢弹力袜等促使血液循环,术后早期阶段在床上进行肌肉等长收缩,指导其尽早下床运动^[13-14]。

(6) 手术切口干预:时琳^[15]提出术后为患者实施手术切口护理,随时对患者术后切口情况进行观察。定时为患者换药,将消毒工作做好,换药及消毒期间需要维持和蔼的态度,确保于无菌状态下进行,针对患者所提出的问题应详细为其解答,热情对其开导。鼓励其注意休息、合理进食,确保切口处清洁且干燥,若是发现敷料被浸湿或者有异常分泌物,应及时对其处理,以防止发生感染,使疼痛感可以得到缓解。针对接受微创手术者,若是切口状况允许及时参与术后运动

训练。

3 结论

脊柱肿瘤发病因素尚没有明确,其致病因素十分复杂,目前临床存在恶变学说、慢性刺激学等等。患者发病之后会有背部疼痛症状出现,原发性患者发病初期所出现的症状多数是疼痛。手术是治疗脊柱肿瘤的首选治疗方案,应该将围手术期护理做好,保证患者手术可以顺利进行,同时可避免术后发生并发症,促使其身体快速康复。

参考文献

- [1] 周冰,牛培君.气道护理量化评估模式对脊柱手术患者术后并发症的影响[J].临床医学工程,2023,30(05):679-680.
- [2] 薛晓妮,刘敏,杜阳,等.快速康复外科理念在脊柱微创手术围术期护理中的应用效果[J].临床医学研究与实践,2023,8(11):164-166.
- [3] 胡桂琴.全程优质护理对脊柱骨折伴脊髓损伤手术患者的效果观察及对 ADL 评分影响评价[J].婚育与健康,2023,29(05):151-153.
- [4] 黄菲.优质护理应用于经皮椎弓根钉微创手术治疗脊柱骨折患者护理中的应用效果及其对睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2023,10(02):388-390.
- [5][1] 何盼.观察综合护理干预改善强直性脊柱炎患者运动功能及疼痛效果[J].智慧健康,2023,9(05):281-284+289.
- [6] 吴玲民,王清,马菲.基于马斯洛需要层次理论护理对脊柱骨折手术患者的效果观察及对疼痛程度的影响[J].甘肃医药,2023,42(02):181-183.
- [7] 曲晓春.早期康复护理对脊柱骨折伴脊髓损伤患者功能恢复的影响[J].中国医药指南,2023,21(04):128-130.
- [8] 卢沙萍,庄华敏,王建华.脊柱手术患者应用围术期快速康复外科护理模式的效果及对睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2023,10(01):183-185.
- [9] 徐惠琴.快速康复外科理念在脊柱微创手术护理中的临床应用价值分析[J].人人健康,2023(03):105-107.
- [10] 邓佳丽,李杰,邓慧英.脊柱结核合并糖尿病患者行围术期护理联合无缝隙护理对血糖水平及并发症的影响[J].糖尿病新世界,2023,26(02):134-138.
- [11] 曹丹丹,孙玉娟,张秀珍.中医特色护理技术对脊柱术后尿潴留及生活质量的影响[J].实用中医内科杂志,2023,37(02):135-137.
- [12] 钟琴.整体护理在老年骨质疏松脊柱压缩性骨折行 PVP 治疗围术期的应用效果[J].黑龙江中医药,2022,51(06):338-340.
- [13] 任沙沙.脊柱骨折伴脊髓损伤术后护理中行康复护理的作用分析与探讨[J].山西医药杂志,2022,51(23):2756-2759.
- [14] 张敏,郑元,郑艳,等.3D 打印技术应用用于脊柱肿瘤患者的围手术期护理体会[J].肿瘤基础与临床,2021,34(03):275-277.
- [15] 时琳,阎虹,陈小璐,等.疼痛护理干预对脊柱肿瘤患者术后疼痛和应激反应的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2022,29(09):1106-1109.