

· 临床探讨 · DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.16.032

手术室护理中侧卧位与截石位配合肛肠手术的临床效果对比分析

陆伟华,徐静蔚[△]

上海市第七人民医院手术室,上海 200137

摘要:目的 探讨手术室护理中侧卧位与截石位配合肛肠手术的临床效果。方法 选取 2018 年 8 月至 2019 年 1 月该院收治的 60 例肛肠手术患者按随机数字表分为对照组和观察组各 30 例。对照组采用截石位摆放,观察组采用侧卧位摆放。观察对比两组手术时间、术中生命体征、术后并发症和手术室护理后的术后 24 h 体位舒适度,以及体位术中操作满意度。结果 观察组手术时间明显低于对照组,观察组术中生命体征如心率、动脉压、呼吸频次、血氧饱和度明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组术后并发症发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组手术室护理后的术后 24 h 体位舒适度与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组体位术中操作满意度明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 对肛肠手术患者采用侧卧位比截石位配合手术的临床效果更好,可减少患者手术时间、并发症发生率,提高患者舒适度和满意度。

关键词:侧卧位; 截石位; 肛肠手术; 体位舒适度

中图分类号:R472.3

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2020)16-2372-03

肛肠疾病指发生在肛门、大肠上的各种疾病,我国肛肠疾病的发病率较高,临床治疗包括药物及手术治疗,肛肠手术治疗最常见的治疗方式,适当的护理干预非常重要,体位是手术室护理工作安全质量管理中考虑的重点^[1]。本研究随机选取 60 例肛肠手术患者在手术室护理中分别采用侧卧位与截石位摆放配合肛肠手术,探讨分析不同体位的临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 8 月至 2019 年 1 月本院收治的 60 例肛肠手术患者作为研究对象,采用随机数字表分为对照组、观察组各 30 例。对照组中男性 17 例、女性 13 例,年龄 42~62 岁,平均(47.6±4.8)岁,病程 4 个月至 3 年;观察组中男性 14 例,女性 16 例,年龄 40~69 岁,平均(45.9±4.3)岁,病程 5 个月至 3 年。两组患者或家属签署知情同意书。排除标准:(1)排除全身性疾病,包括严重肝、肺、心、肾功能不全者;(2)合并其他系统恶性肿瘤者;(3)严重精神疾患且不能配合治疗者。两组基本资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。本研究经本院伦理委员会同意批准。

1.2 方法 患者术前均行常规术前医嘱,医护人员应经常巡视病房,向患者科普肛肠疾病的症状和体征、治疗用药、护理、出院后干预等情况,根据患者情况告知患者药物适应证、禁忌证、用法,加强患者与医护人员交流和反馈的互动,采取相应的健康教育措

施,给予患者鼓励,帮助患者消除负面情绪,缓解心理压力,消除对治疗肛肠疾病的心理负担。给予患者麻醉处理,完善保暖工作。对照组:采用截石位摆放。将患者双上肢固定于身体两侧,根据患者身高、体质量等一般资料调节支架参数,坐骨结节超出背板下缘 5~6 cm,骶后垫软垫,托腿架支撑患者小腿,加海绵衬垫,高度与大腿在仰卧曲髋时的高度相等,大腿与躯干的纵轴应呈 90°~100°,大腿与小腿纵轴应呈 90°~100°,使用约束带固定小腿,并保持约束带平整,松紧适宜。观察组:采用侧卧位摆放。患者麻醉稳定后根据其舒适度决定采取左侧卧位或右侧卧位,调整患者背部支架的角度,头部、腋下、两腿之间、胸前设置软垫,屈髋屈膝 90°,用约束带固定患者,松紧适宜,嘱咐患者上肢如有不适及时反映。

1.3 观察指标 (1)观察并记录两组手术时间、术中生命体征。术中生命体征包括平均动脉压、呼吸次数、心率、血氧饱和度;血氧饱和度正常值为 95%~99%,成人平静时的呼吸频率为每分钟 12~20 次,正常心率为 60~100 次/min。(2)观察并记录两组术后并发症情况,术后并发症包括头晕、体位性低血压、出血、腰背酸痛^[2]。(3)观察并记录两组手术室护理后的术后 24 h 体位舒适度,包括 I 级(患者舒适)、II 级(患者偶感轻度酸胀感、麻木,可以忍受)、III 级(患者有不适感,酸痛感、麻木感明显)。舒适度=(I 级例数+II 级例数)/总例数×100%;(4)观察并记录两组体位术中操作满意度:采用调查问卷法,满意度分为

[△] 通信作者, E-mail:13023231188@163.com。

满意、比较满意、不满意 3 个级别, 满意度 = (满意例数 + 比较满意例数) / 总例数 × 100%。

1.4 统计学处理 采用 SPSS20.0 统计软件进行数据分析, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 行 t 检验, 计数资料以率表示, 行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

表 1 两组手术时间及术中生命体征比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	手术时间(min)	血氧饱和度(%)	呼吸频次(次/分)	心率(次/分)	动脉压(mm Hg)
对照组	30	45.81 ± 2.65	94.82 ± 3.66	20.39 ± 1.74	73.49 ± 2.77	81.59 ± 5.44
观察组	30	30.26 ± 2.89	97.21 ± 3.45	17.55 ± 1.90	86.43 ± 2.64	87.95 ± 6.71
<i>t</i>		21.721	2.602	6.037	18.522	4.032
<i>P</i>		<0.05	0.011	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组术后并发症比较 观察组术后并发症发生率明显低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组术后并发症比较

组别	<i>n</i>	头晕 (<i>n</i>)	出血 (<i>n</i>)	体位性低 血压(<i>n</i>)	腰背酸痛 (<i>n</i>)	并发症 发生率[<i>n</i> (%)]
对照组	30	3	2	2	2	9(30.00)
观察组	30	1	0	0	1	2(6.67)
χ^2						5.455
<i>P</i>						0.020

2.3 两组手术室护理后的术后 24 h 体位舒适度比较 观察组手术室护理后的术后 24 h 体位舒适度与对照组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组手术室护理后的术后 24 h 体位舒适度比较

组别	<i>n</i>	I 级(<i>n</i>)	II 级(<i>n</i>)	III 级(<i>n</i>)	舒适度[<i>n</i> (%)]
对照组	30	16	7	7	23(76.67)
观察组	30	25	4	1	29(96.67)
χ^2					5.192
<i>P</i>					0.023

2.4 两组体位术中操作满意度比较 观察组体位术中操作满意度明显高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组体位术中操作满意度比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	满意(<i>n</i>)	比较满意(<i>n</i>)	不满意(<i>n</i>)	满意度[<i>n</i> (%)]
对照组	30	16	6	8	22(73.33)
观察组	30	20	8	2	28(93.33)
χ^2					4.320
<i>P</i>					0.038

2 结 果

2.1 两组手术时间、术中生命体征比较 观察组手术时间明显短于对照组, 观察组术中生命体征如心率、动脉压、呼吸频次、血氧饱和度明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 见表 1。

3 讨 论

肛肠疾病是发生在肛门和大肠部位的疾病, 易反复发作, 给患者生活造成严重影响^[3]。目前临床治疗肛肠疾病主要采用手术治疗。手术室护理要从患者生理、心理、精神方面出发, 给患者提供围术期的最佳护理方案。体位的安全舒适是手术室护理工作安全管理的重点, 减轻或避免因体位不当对患者造成的伤害^[4]。

本研究结果表明, 观察组手术时间明显短于对照组, 观察组术中生命体征如心率、动脉压、呼吸频次、血氧饱和度明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组术后并发症发生率明显低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组体位术中操作满意度明显高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。侧卧位和截石位是肛肠手术常用体位, 具体体位摆放需根据术中患者实际情况做出相应选择。采用截石位摆放配合手术: 传统截石位支腿架高度比较高, 下肢高度明显高于心脏, 心脏血流量较高, 患者双下肢被抬高, 回心血量增加, 手术结束后下肢放平, 回心血量会突然降低, 血压起伏大, 对患者的心血流量产生不良影响, 尤其是伴有心血管疾病的患者^[5]。患者双腿置于托腿架上, 手术视野及术中操作暴露, 但麻醉状态下压迫窝动脉和腓总神经, 易导致下肢血液回流受阻, 引起局部皮肤压伤、血流淤滞、形成下肢深静脉血栓、腓总神经损伤。还会导致迷走神经兴奋, 抑制心脏活动, 减缓心率, 导致局部脑组织缺血、缺氧^[6]。患者平卧, 两腿屈曲外展, 非手术区的前会阴区暴露, 患者特别是女性患者有羞涩感, 心理压力大会导致血压大幅度波动, 增加了患者机体和心理的应激反应, 手术安全性降低。采用侧卧位摆放配合手术, 即患者小腿腓肠肌处平行放置于托腿架上, 可有效改善下肢静脉淤滞、压迫窝动脉和腓总神经的症状。将膝关节

弯曲后置于有软垫的托腿架上,以增强患者的舒适度,全身肌肉松弛,托腿架保持远高近低,用约束带固定住不宜随意变动,患者的动脉压、心率稳定性较高,患者心流量正常^[7]。患者侧卧手术视野充分暴露,术中操作增大,能有效避免周围神经的损伤;侧卧位时双腿合拢,遮蔽前会阴区,隐私部位得到保护,减少恐惧心理状态,有效缓解患者心理压力,有效控制血压波动,保持患者生命体征稳定,充分体现临床人文关怀。另外,长时间手术操作过程中帮患者按摩也有利于防止下肢深静脉血栓的形成,避免一个姿势保持时间过长导致并发症和不良反应的发生。侧卧位在患者背部安装支架,使得患者术中更加放松,加大安全性,减轻手术室医护人员工作压力,患者臀部抬高,身体与医生手术视线平齐,避免术中医生肩背疲劳,缩短手术时间,提高了手术效率^[8]。

综上所述,对肛肠手术患者采用侧卧位比截石位配合手术的临床效果更好,可以减少患者手术时间、并发症发生率,保护患者隐私,提高患者舒适度和满意度。

参考文献

[1] 文静. 不同体位在局部麻醉肛肠手术中的应用效果[J].

· 临床探讨 · DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.16.033

中国肛肠病杂志,2018,38(5):51-52.

[2] 张娜. 手术室护理应用不同体位摆放配合肛肠手术的效果观察[J]. 结直肠肛门外科,2018,24(2):247-248.

[3] 孙美花. 手术室护理中采用不同体位摆放配合肛肠手术的临床效果分析[J/CD]. 中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(21):89-91.

[4] 杨芳,郭浩. 改良截石位在腹腔镜宫颈癌根治患者手术护理中的应用[J]. 中国药物与临床,2019,19(6):180-182.

[5] 徐志华,杨会举. 不同体位配合肛肠手术的临床效果分析[J]. 中国肛肠病杂志,2018,38(8):80.

[6] 吕慧玲. 手术室护理中采用不同体位摆放配合肛肠手术的临床效果[J]. 中国继续医学教育,2017,9(23):217-219.

[7] 武凡. 手术室护理应用不同体位配合肛肠病手术的效果分析[J]. 中国肛肠病杂志,2019,39(7):66-67.

[8] 杨伟玲,胡杨,杨娟,等. 肛肠手术中头低臀高侧卧位的应用[J]. 中国实用医药,2017,12(30):73-74.

(收稿日期:2019-11-06 修回日期:2020-06-12)

静脉营养管理结合出院后延续性护理对早产儿发育及免疫功能的影响

杨诗月¹,张新春²,赵录利³

宝鸡市妇幼保健院:1. 儿三科;2. 新生儿科;3. 儿童重症科,陕西宝鸡 721000

摘要:目的 探究静脉营养管理结合出院后延续性护理对早产儿发育及免疫功能的影响。方法 选取2014年1月至2017年1月于该院分娩的81例早产儿为研究对象,按照随机数字表法将其分为试验组($n=40$)和对照组($n=41$)。对照组实施早期静脉营养管理,试验组实施早期静脉营养管理结合出院后延续性护理,然后于早产儿出生时、纠正胎龄6个月时对其血清清蛋白、球蛋白、IgG、IgA及C-反应蛋白(CRP)水平进行测定,同时对两组在纠正胎龄1个月、3个月及6个月时体质量进行测量,在纠正胎龄6个月、12个月时使用婴幼儿智能发育量表(CDCC)对两组患儿智力发展系数(MDI)及心理运动发育指数(PDI)进行评估。结果 出生时两组球蛋白及清蛋白水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$);纠正胎龄6个月时,两组球蛋白及清蛋白水平与出生时比较均出现升高,差异有统计学意义($P<0.05$)。纠正胎龄6个月时,试验组IgG、IgA水平高于对照组,CRP水平低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。纠正胎龄1个月、3个月及6个月时,试验组体质量均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。纠正胎龄6个月及12个月时,试验组MDI、PDI得分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 静脉营养管理结合出院后延续性护理能够加快早产儿发育,提高其免疫功能。

关键词:静脉营养管理; 延续性护理; 早产儿; 发育; 免疫功能

中图法分类号:R473.72

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2020)16-2374-04

早产儿是指胎龄不足37周即出生的活产胎儿,尤其是胎龄小于34周的早期早产儿,又被称为未成熟儿。早产儿由于器官发育不完全、免疫功能较差,

出生后极易发生感染、免疫力低下、器官功能不全等,甚至有部分早产儿会发生败血症,严重威胁其生命健康。近些年,随着妊娠高血压及各类慢性疾病如心脏