

DOI: 10.12209/CAIM202403110001

· 中西医结合临床案例 ·

1 例老年高血压肥胖患者腰椎俯卧位术中护理体会

郑 确, 文玉琴

(首都医科大学附属北京中医医院 麻醉科手术室, 北京, 100010)

摘要: 本文总结 1 例老年高血压肥胖患者腰椎俯卧位手术的术中护理体会。术中通过麻醉配合、体位摆放、整体护理、管路管理、体温护理等多方面的有效护理, 患者手术顺利, 安返病房, 且未发生手术相关并发症。

关键词: 肥胖患者; 腰椎手术; 俯卧位; 术中护理

Experience of intraoperative nursing of lumbar prone position in an elderly hypertensive obese patient

ZHENG Que, WEN Yuqin

(Anesthesiology Operation Room, Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine Capital Medical University, Beijing, 100010)

ABSTRACT: This article summarizes the experience of intraoperative nursing of lumbar prone position in an elderly hypertensive obese patient. During the operation, through anesthesia coordination, body positioning, holistic nursing, pipeline management, temperature nursing and other effective nursing, the patient successfully returned to the ward, and no operation-related complications occurred.

KEY WORDS: obese patient; lumbar surgery; prone position; intraoperative nursing

腰椎间盘突出症(lumbar disc herniation, LDH), 其发病原因是组成腰椎间盘的髓核、纤维环及软骨板发生退行性变, 致使从破裂的纤维环中突出的髓核压迫和刺激神经根及马尾神经, 进而导致腰痛、坐骨神经痛、下肢麻木及马尾综合征等主要症状。形成腰椎间盘突出主要是由于随着年龄的增长, 腰椎间盘长期遭受弯腰劳作等不良生活习惯给脊柱带来的压力, 随着时间的推移, 腰椎间盘的水分逐渐减少, 弹性减小, 造成椎间隙变窄, 周围韧带软组织松弛, 导致受到压迫的椎间盘不断地退变, 最后形成突出; 急性腰部拉伤或慢性的积累损伤也是形成的主要原因^[1]。临床上主要分为膨出型、突出型、脱出型、游离型。最常发部位是腰 4~5、腰 5~骶 1 两个节段。

手术治疗是脊柱功能受损患者常用的临床治疗手段, 此手术难度系数较高, 手术时间较长, 再加上手术位置特殊, 患者体位常为俯卧位, 而此特殊体位属于强迫体位, 即两臂屈曲放于头的两侧, 两腿伸直, 胸下、髋部及踝部各放一软枕, 头偏向

一侧, 患者身体重心受力点为肌肉及脂肪组织等较为薄弱的部位。麻醉方式为全麻气管插管, 手术过程中患者全身肌肉松弛, 完全丧失机体反射性保护作用, 因此对患者的术中护理尤为重要^[2]。本文总结 1 例老年高血压肥胖患者腰椎俯卧位手术的术中护理体会, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男, 78 岁, 身高 170 cm, 体重 90 kg。患者 7 月前无明显诱因出现腰痛伴右下肢放射痛, 就诊于多家医院, 行保守治疗, 效果不佳, 于我院行腰椎电流导管射频消融术, 术后症状有所缓解, 1 周后症状反复。为进一步诊疗, 于 2022 年 5 月 5 日入住骨科。患者自述腰痛, 右侧臀部及右下肢后外侧放射痛, 左小腿外侧偶有放射痛, 行走约 100 m 需蹲坐休息。既往史: 高血压病史 30 年, 最高血压(BP)200/110 mm Hg, 现口服络活喜 1 片控制血压, 1 次/d, 自诉血压(BP)控制在 140 ~

收稿日期: 2024-03-11

通信作者: 文玉琴, E-mail: wenyuqin2009@sina.com

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

150/80~90 mm Hg。否认糖尿病、冠心病史,否认肝炎、结核等传染性病史。手术史:因梗阻性黄疸于我院外科全麻下行腹腔镜下胆总管取石术、腹腔镜下胆囊切除术及腹腔镜下腹腔粘连松解术,术后恢复可。药敏史:青霉素过敏。

1.2 相关检查

腰椎磁共振成像示:腰椎退行性病变;L2/3、L3/4、L4/5 椎间盘膨出;L5-S1 椎间盘突出。CT 平扫示:双肺多发微小结节;左肺上叶舌段及右肺中叶慢性炎症;气管右后旁含气囊腔;双侧胸膜轻度肥厚。提示:肝内外胆管稍扩张。超声心动图示:主动脉瓣退行性改变,左心室舒张功能减低。颈动脉彩色多普勒超声:双侧颈动脉粥样硬化斑块形成。

a-羟丁酸脱氢酶(HBDH)185.4 U/L;甲状腺球蛋白(TG)2.76 mmol/L;载脂蛋白E(ApoE)66.9 mg/L;低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)3.25 mmol/L;血浆纤维蛋白原(Fib)4.97 g/L;糖化血红蛋白组分(GHb, HbA1c)6.1%;血氧分压(PO₂)66.5 mmHg。

1.3 手术治疗

麻醉查体示气管插管困难程度为2级,ASA 评分为Ⅲ级。患者腰椎间盘突出伴神经根病、腰椎管狭窄诊断明确,神经压迫症状明显,除无绝对手术禁忌证,于手术室全麻下行L4-L5腰椎椎板切除减压术,体位为俯卧位,术中切除椎板,解除神经压迫,摘除突出间盘、植入椎弓根螺钉以稳定椎体。手术历时5 h 10 min。术中出量共计1250 mL,其中出血550 mL,尿量700 mL;术中入量共计2747 mL,其中晶体1600 mL,胶体500 mL,红细胞(RBC)400 mL,洗涤红细胞(WRBC)247 mL。患者生命体征良好,术中压力性损伤、术中低体温、跌倒、坠床等不良事件均未发生,安返病房。患者术后恢复良好,已于2022年5月17日顺利出院。

2 护理

2.1 护理评估

护理评估具体如下:①本例患者气管插管困难程度为2级,ASA 评分为Ⅲ级;②患者78岁,身高170 cm,体重90 kg,身体质量指数(BMI)31.1 kg/m²,属肥胖患者,手术体位为俯卧位,术中获得性压力性损伤危险因素评估为12分,属中风险患者;③手术预计时间4 h,时间长、创伤大、

出血多;④患者腰痛,右侧臀部及右下肢后外侧放射痛,左小腿外侧偶有放射痛,疼痛评分(NRS)为5分,属中度疼痛,行走约100 m需蹲坐休息,拄拐步入病房;⑤患者手术前禁食水10 h;⑥患者小学文化,缺乏手术相关知识,对手术相关事宜不了解,担心手术预后;⑦患者对高血压的认识不足,高血压病史30年,最高血压(BP)200/110 mm Hg。

2.2 护理诊断

护理诊断具体如下:①有窒息的风险与气管插管困难程度2级有关;②有皮肤完整性受损的风险,与手术时间长,患者体重大及老年患者皮肤屏障薄弱有关;③有术中低体温发生的风险,与手术时间长、术中失血、冲洗及输血、输液有关;④活动无耐力,有跌倒、坠床的风险,与患者腰痛、腿疼,不能长时间行走,需拄拐有关;⑤体液不足与术前禁食水有关;⑥患者存在焦虑、恐惧情绪,知识缺乏,与对手术不了解,担心手术及愈合有关;⑦术中血压不平稳,与患者高血压病史30年有关。

2.3 护理计划

结合患者实际制定如下护理计划:①备好麻醉所需用物,降低窒息发生的风险或可及时处理;②准备好术中所需体位垫及约束带,预防术中压力性损伤的发生;③准备好术中加温仪器,冲洗液提前加热,预防术中低体温的发生;④用平车接送患者,接送病人时安装好床挡,防止跌倒、坠床发生;⑤留置静脉通路,选择较为粗直的血管,妥善固定,防止脱管;⑥进行术前访视,了解患者基本情况,向患者介绍手术相关注意事项,减轻患者的紧张情绪;⑦准备好降压药品,避免患者因血压波动受到损害。

2.4 护理措施

2.4.1 术前访视

手术前对患者进行访视,采用通俗易懂的生活用语向患者介绍手术及麻醉注意事项,缓解患者术前的恐惧心理,增强对手术的信心。通过查阅病历及与患者交谈,了解患者一般情况,即生命体征、诊断、拟定手术名称、麻醉方式、现病史、既往史、家族史、药敏史、实验检查结果、有无活动义齿、体内有无金属植入物、重要脏器功能状态、有无感染、营养状态、身高体重、接受手术的态度和程度等,全面了解和掌握患者的整体情况。访视患者时,首先进行自我介绍并说明访视目的,为患者讲解从进入手术室到离开手术室的大体过程,包括入室时间、麻醉方式及手术体位等。针对患

者的不安和疑问,根据具体问题给予正确的回答。保证访视时间适宜,避开治疗和进食时间,会面时间一般为 10 min ~ 15 min,不宜过长,以不引起患者紧张感和疲劳感为宜。对不清楚的事情,不含糊地回答患者,避免说引起患者不安的话语,以免患者对护士产生不信任感,加重其心理负担^[3]。

2.4.2 麻醉护理

严格执行查对制度,麻醉前手术医生、麻醉医生、手术室护士三方共同核对患者的姓名、性别、年龄、手术名称及部位,是否禁食、禁水,有无活动义齿。备好麻醉插管所需用物,吸引器处于完好备用状态。协助麻醉医生摆好患者体位,以利于全身麻醉操作的顺利进行,配合麻醉医生进行麻醉诱导,给药的同时复述药物的名称及剂量,注意给药的速度,保持输液的通畅,避免药液的渗漏,协助麻醉医生行气管插管、固定^[4]。

准备好相关药品,如盐酸乌拉地尔、盐酸艾司洛尔等,患者血压波动时,可第一时间进行干预。在麻醉苏醒前,检查输液管路通畅情况,升高室温,注意保暖。患者在苏醒期间最易发生躁动,对患者进行保护性约束,防止坠床或不自觉地拔出输液管等各种管路,造成意外。患者在拔管的过程中常易出现呛咳、支气管痉挛、缺氧、血压波动及呕吐等,护士应备好吸引器协助麻醉医生及时处理,决不能在拔管期间离开患者。拔除气管导管后,继续观察至患者完全清醒,血氧饱和度(SaO₂)在 95% 以上,体征平稳。

2.4.3 整体护理

予患者整体护理,具体护理措施如下。①预防脊髓损伤。全麻后患者全身肌肉、关节处于无支撑、无保护状态。摆放体位时,患者的脊柱与头颈部保持同一水平位转动,进行轴位翻身,麻醉医生负责保护气管插管和各项监护物品及头颈部,再由 3 名 ~ 4 名医护人员分别站在手术床和患者两侧对背部、腰部及上下肢托举翻身,步调一致,使患者脊柱始终保持水平位,避免造成医源性损伤。②皮肤护理。俯卧位时患者的受力点多为骨隆突出处,如头部、双侧胸部、双肋、髂前上棘、膝关节及脚背等部位,极易受压。术前涂抹石蜡油或粘贴预防性敷料,并在不影响术者操作的情况下,对可干预的受压部位定时(1 次/2 h)实施手术体位微调整。保证床单平整无褶皱,小腿垫高,足尖自然下垂,避免压迫足尖。术中使用消毒剂消毒时,在两侧加垫治疗巾,避免消毒液浸湿患者身

下床单;注意观察医生消毒是否彻底,避免因碘酒未完全脱净造成患者皮肤灼伤。③颜面部护理。俯卧位时患者头部置于头枕内,并偏向一侧,注意观察患者眼眶及颧骨部皮肤,每 30 min 调整头部方向,以缩短局部受压时间,防止发生体位性眼眶水肿,并注意观察眼睛的位置,避免眼球受压。全麻患者术中眼睑不能完全闭合,为防止角膜干燥、受损,为患者覆盖眼贴。④预防生殖器官压伤。需注意对患者阴囊、阴茎的保护,摆放体位时避免其与体位垫接触,防止挤压受伤。⑤避免臂丛神经损伤。俯卧位时患者上肢与身体的夹角不应超过 90°,以 65° ~ 75° 为宜并垫硅胶垫,避免损伤臂丛神经。⑥管路管理。妥善固定管路,各种管路做好标识、固定并保持通畅。搬运时护士要注意保护管路,避免牵拉管路,发生脱管^[5-6]。⑦平车接送。为减轻患者心理和精神上的紧张,转运人员应主动自我介绍,对清醒患者需对转运过程加以必要的说明,以减轻患者的紧张焦虑情绪。转运过程中为患者盖好被子,注意保护患者隐私。使用平车接送患者,患者平躺于平车中间,嘱双手放于胸前,盖好被子,注意肩部、脚部保暖。转运人员应站于患者头侧推平车,随时观察患者的意识状态、呼吸等指征。注意患者的头、手、脚等不要伸出平车外,避免因推车速度过快、转弯过急,发生意外伤害。

2.4.4 体温护理

在患者入室前 30 min 调节室温至 25℃。消毒前为患者盖好被子,减少皮肤暴露时间,消毒后及时铺置无菌单。术中使用“连续体温检测装置”以监测患者体温,术中所输注的液体提前放入液体加温箱,并使用输液加温仪对所需输注的液体、血液进行加温。同时使用升温毯、暖风机为患者保暖,对于患者其他裸露的部位及时加盖,减少患者的体温丧失^[7]。

2.5 护理评价

麻醉复苏期间,患者生命体征平稳,呼吸通畅。麻醉复苏后,患者情绪稳定,能准确回答问题,患者安返病房。术后患者皮肤正常,未发生术中压力性损伤。患者体温正常,未发生术中低体温。术后第 2 日访视,患者精神良好,皮肤正常,伤口愈合良好,对手术室的护理满意。

3 讨论

体位护理一直是手术室护理的重点和难点。

正确合适的俯卧位手术体位,既保证了患者的安全与舒适,同时便于手术医生操作,使手术安全顺利进行,减少手术并发症的发生。俯卧位体位摆放时应注意着力点和支撑点是否合理正确,保证着力点不妨碍患者的呼吸,不影响静脉回流,不引起软组织损伤,减少术中压力性损伤的发生,避免对患者身体造成损伤。体位垫的合理使用也能减少患者局部皮肤受压,预防术中压力性损伤的发生^[8]。

本例患者为老年高龄患者,体重 90 kg,为二级肥胖患者,且老年患者皮肤屏障薄弱,干燥,易受损,手术时间长,手术创伤大,术中需着重关注患者颜面部、骨隆突处及其他着力点处皮肤。对于患者颜面部,巡回护士术中随时关注,对于易受压的部位,在不影响麻醉及手术的情况下,变换面部受力点,防止发生体位性眼眶水肿,其他易受压部位涂抹石蜡油或粘贴预防性敷料^[9],避免患者因体重大出现术中压力性损伤。老年患者易出现焦虑、烦躁、易激动、孤独无助及没有安全感等情绪,手术室护士应该多给予其心理上的安慰和身体上的抚触,以减少老龄患者的不良情绪,有利于麻醉的配合。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 杨青志,毛碧峰. 腰椎间盘突出症的治疗进展[J]. 实用中医内科杂志, 2023, 37(6): 66-70.
YANG Q Z, MAO B F. Progress in the treatment of lumbar disc herniation[J]. J Pract Tradit Chin Intern Med, 2023, 37(6): 66-70. (in Chinese)
- [2] 杜阳,刘敏,李苗. 综合护理对全麻俯卧位脊柱手术患者压疮发生的预防作用[J]. 临床医学研究与实践, 2023, 8(13): 143-145.
DU Y, LIU M, LI M. Preventive effect of comprehensive nursing on the occurrence of pressure ulcer in patients undergoing spinal surgery in prone position under general anesthesia[J]. Clin Res Pract, 2023, 8(13): 143-145. (in Chinese)
- [3] 蔡丽丹,蔡骅,董琼虹. 高龄患者全身麻醉的护理配合[J]. 海南医学, 2011, 22(15): 154-156.
CAI L D, CAI H, DONG Q H. Nursing cooperation of elderly patients under general anesthesia[J]. Hainan Med J, 2011, 22(15): 154-156. (in Chinese)
- [4] 高兴莲,郭莉,何丽,等. 术中获得性压力性损伤预防专家共识[J]. 护理学杂志, 2023, 38(1): 44-47.
GAO X L, GUO L, HE L, et al. Expert consensus on prevention of intraoperatively acquired pressure injury[J]. J Nurs Sci, 2023, 38(1): 44-47. (in Chinese)
- [5] 肖明,侯毅芳,吴小华,等. 全麻下俯卧位手术病人的护理体会[J]. 罕少疾病杂志, 2018, 25(4): 58-59, 62.
XIAO M, HOU Y F, WU X H, et al. Nursing experience of patients undergoing prone position operation under general anesthesia[J]. J Rare Uncommon Dis, 2018, 25(4): 58-59, 62. (in Chinese)
- [6] 朱秋燕,吴婉英,王丽芬,等. 围手术期低体温的影响因素及预防措施研究进展[J]. 护士进修杂志, 2022, 37(2): 141-145.
ZHU Q Y, WU W Y, WANG L F, et al. Research progress of influencing factors and preventive measures of inadvertent perioperative hypothermia[J]. J Nurses Train, 2022, 37(2): 141-145. (in Chinese)
- [7] 李小寒,尚少梅. 基础护理学[M]. 5版. 北京:人民卫生出版社, 2012.
- [8] 张莺,程文夫. 液体石蜡油涂抹预防腰椎后路手术病人压力性损伤的效果[J]. 骨科, 2019, 10(5): 466-469.
ZHANG Y, CHENG W F. Effect of liquid paraffin oil in preventing pressure sores in lumbar surgery in prone position [J]. Orthopaedics, 2019, 10(5): 466-469. (in Chinese)
- [9] 张云辉,于栋,时宗庭,等. 椎间盘退变程度与脊柱内镜手术治疗腰椎间盘突出症临床疗效的相关性研究[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2023, 31(6): 36-40.
ZHANG Y H, YU D, SHI Z T, et al. Correlation between the degree of intervertebral disc degeneration and the clinical efficacy of endoscopic spinal surgery for lumbar disc herniation [J]. Chin J Tradit Med Traumatol Orthop, 2023, 31(6): 36-40. (in Chinese)

(本文编辑:居跃琳)

声明:此案例经过本平台同行评议,全文开放获取,采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。