

有效降低患者负性情绪及术后疼痛感,促进患者康复。

参考文献

- [1] 郑萍. 术前适应性训练对颈椎前路手术病人呼吸道并发症的影响[J]. 航空航天医学杂志, 2011, 22(7): 871-872.
- [2] 赵永红. 外科择期手术患者心理状态调查及心理护理[J]. 检验医学与临床, 2013, 10(12): 1504-1505.
- [3] 程乾顺. 外科手术患者围手术期管理探讨[J]. 中国社区医师(医学专业), 2012, 14(8): 75-76.
- [4] 崔娜. 外科急腹症的术前护理[J]. 中国美容医学, 2011, 20(6): 231.
- [5] 王花云. 外科患者的护理干预方法及其护理疗效[J]. 中国实用

医药, 2011, 6(34): 196.

- [6] 纪之花. 心理干预用于外科手术患者术前护理效果观察[J]. 中国现代医药杂志, 2013, 15(2): 87-88.
- [7] 叶小帆. 泌尿外科术前护理风险管理对预防术后出血的效果[J]. 中华现代护理杂志, 2011, 17(18): 2197-2199.
- [8] 李影, 于介然. 中老年病人胸外科手术前护理的探讨[J]. 中国社区医师(医学专业), 2011, 13(27): 304.
- [9] 刘淑琴. 手术患者术前护理[J]. 中国实用医药, 2013, 8(18): 224-225.
- [10] 郭玉庆, 王晓燕, 娄佳. 护理路径在腹腔镜胃癌术前护理中应用[J]. 中国当代医药, 2011, 18(17): 154.

收稿日期: 2015-01-01 编辑: 王国品

· 护 理 ·

侧卧位、侧俯卧位护理干预在神经外科手术患者中的比较

刘凤, 白俊超, 刘琪

北京军区总医院附属八一脑科医院手术室, 北京 100700

摘要: **目的** 比较侧卧位、侧俯卧位护理干预在神经外科手术患者中的应用效果。**方法** 选择 2012 年 10 月至 2014 年 9 月收治的 92 例神经外科手术患者为研究对象, 采用随机数字表法分为观察组(47 例)和对照组(45 例), 观察组给予侧俯卧位护理干预, 对照组给予侧卧位护理干预, 比较两组患者手术情况及并发症发生率。**结果** 两组患者在手术时间、麻醉时间及术中出血量方面比较差异无统计学意义(P 均 > 0.05)。观察组手术体位摆放所需时间明显短于对照组[(12.15 ± 3.76) min vs (16.65 ± 3.97) min, $P < 0.01$]; 耳廓损伤、臂丛神经损伤及压疮发生率均明显低于对照组(4.26% vs 22.22%, $P < 0.01$; 2.13% vs 17.78%, $P < 0.05$; 4.26% vs 22.22%, $P < 0.01$)。**结论** 侧俯卧位护理干预可缩短体位摆放时间, 降低手术并发症, 提高手术治疗效果。

关键词: 侧卧位; 侧俯卧位; 神经外科手术; 并发症

中图分类号: R 473.6 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)05-0677-03

神经外科手术具有手术精细、操作复杂、手术耗时长的特点, 患者术中需要长时间固定体位, 局部组织长期受压, 加之麻醉、基础疾病及患者体重、年龄等因素的影响, 易导致患者皮肤压伤、神经系统及循环系统受损, 最常见的并发症包括压疮、臂丛神经损伤、耳廓压伤等, 影响患者术后顺利恢复^[1]。因而, 如何合理安置手术体位, 不仅是暴露手术视野及保证手术顺利进行的关键, 还是有效避免手术并发症的重要措施^[2]。近年来, 我院手术室结合实践经验及相关文献报道, 分别采取侧卧位、侧俯卧位护理干预对神经外科手术患者的手术体位进行比较研究, 旨在探讨一种合理有效且具有安全性的手术体位。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择 2012 年 10 月至 2014 年 9 月在本院手术室接受手术治疗的神经外科患者 92 例为研究对象, 采用随机数字表法分为观察组(47 例)和对照组(45 例)。观察组: 男 28 例, 女 19 例; 年龄 21~65(39.62 ± 11.78) 岁; 体质量 51~90(67.96 ± 11.23) kg; 疾病类型: 椎管内肿瘤 11 例, 小脑半球肿瘤 10 例, 桥小脑角肿瘤 9 例, 顶枕部肿瘤 9 例, 颞枕部肿瘤 8 例。对照组: 男 27 例, 女 18 例; 年龄 23~67(40.25 ± 10.86) 岁; 体质量 49~89(67.32 ± 10.48) kg; 疾病类型: 小脑半球肿瘤 11 例, 椎管内肿瘤 10 例, 顶枕部肿瘤 9 例, 桥小脑角肿瘤 8 例, 颞枕部肿瘤 7 例。两组患者均由同一组资深手术医师及麻醉医

师进行手术及麻醉操作,且性别、年龄、体质量及疾病类型等比较差异均无统计学意义(P 均 >0.05)。

1.2 方法

1.2.1 对照组 手术体位均采取侧卧位,患者全麻后,1人立于患者健侧床边,将患者翻向健侧,另1~2人将患者头部固定于头架内,置圈枕于头部下面,置海绵垫于腋下及双膝关节处,以保持患者体位舒适,另外使用约束带固定患者的胸、臀及下肢,约束带内垫棉花,按照手术需要及术者习惯转动患者头部摆放合理角度,以确保手术顺利进行。

1.2.2 观察组 手术体位均采取侧俯卧位,患者全麻后,1人立于患者头部,双手托扶患者头颈部,另2~3人分别立于手术床两边,分别托扶患者背部及胸腰部,先将患者移至手术床一侧,在手术床另一侧安放三角形侧俯卧位支架,多人步调一致同时搬动患者使其侧俯卧于支架上,搬动患者时注意保持其脊柱于同一水平转动,以防牵拉损伤。侧俯卧位支架与患者的肩峰前侧、髂前上棘及股骨上端等部位直接接触的一面均垫有海绵垫,支架胸腹部中空,以免影响呼吸。患者身体前倾 30° ^[3],身体下侧上肢伸直放于身旁,上侧上肢置于托臂架上,使用约束带固定患者上侧肩、臀及膝关节,身体下侧下肢伸直,上侧下肢屈膝,双膝关节错开,膝间置软垫。

两组患者均双脚悬空预防脚趾受压,男性患者注意对生殖器的保护,女性患者注意对乳房的保护,摆放体位同时注意观察患者情况并保护气管插管。

1.3 观察指标 (1)手术情况:包括手术时间、麻醉时间及术中出血量;(2)并发症:包括耳廓损伤、压疮及臂丛神经损伤。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 17.0 软件进行数据分析。计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料用百分率表示,行 χ^2 检验和校正 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 手术情况 两组患者在手术时间、麻醉时间及术中出血量方面比较差异无统计学意义(P 均 >0.05)。见表1。

2.2 手术体位摆放所需时间及并发症 观察组手术体位摆放所需时间较对照组明显缩短($P < 0.01$),观察组耳廓损伤、臂丛神经损伤及压疮发生率均较对照组明显降低($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),其中观察组2例压疮均为I期,对照组11例压疮(9例I期,2例II期)。见表2。

表1 两组患者手术情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间(min)	麻醉时间(min)	术中出血量(ml)
观察组	47	349.37 ± 85.23	368.46 ± 87.38	103.62 ± 29.83
对照组	45	348.76 ± 92.56	367.53 ± 82.32	106.52 ± 30.69
t 值		0.042	0.068	0.686
P 值		>0.05	>0.05	>0.05

表2 两组患者手术体位摆放所需时间及并发症发生情况比较 例(%)

组别	例数	体位摆放所需时间(min, $\bar{x} \pm s$)	耳廓损伤	臂丛神经损伤	压疮
观察组	47	12.15 ± 3.76	2(4.26)	1(2.13)	2(4.26)
对照组	45	16.65 ± 3.97	11(22.22)	8(17.78)	11(22.22)
t/χ^2 值		5.583	7.723	4.730	7.723
P 值		<0.01	<0.01	<0.05	<0.01

3 讨论

手术体位是指手术中患者躯体所采取的位置,通常由患者的卧姿配合手术床的操纵再加上体位垫的配合来完成^[4]。外科手术中,手术体位的合理摆放是确保手术顺利进行的重要保证,在一定程度上影响着手术的治疗效果。临床研究发现,因术中卧床时间较长,术中肢体固定制动或受到牵拉,易引起压疮、耳廓损伤及臂丛神经损伤等并发症,因此外科手术患者是院内压疮的高危人群。据报道,手术患者的压疮发生率可高达4.7%~66.0%,侧卧位及手术时间过长都是导致术中发生压疮的高危因素^[5],当手术体位采取侧卧位时压疮的发生率最高^[6],而侧卧位是神经外科手术较常采取的手术体位,本研究中,对照组患者采取侧卧位手术体位,结果耳廓损伤、臂丛神经损伤及压疮发生率均较高,可见如何减少因手术体位不合理摆放带来的并发症问题,已成为手术室护理人员亟需解决的护理问题。

侧俯卧位以往在临床应用不多,但随着临床学者对手术体位的认识进一步加深,已逐渐有学者开始重视对侧俯卧位的研究。国外已有文献报道显微神经外科手术采取侧俯卧位具有明显优势^[7],与侧卧位相比,侧俯卧位手术时具有更好的视角^[8];张妮娜^[9]亦通过对22例神经外科手术患者采取侧俯卧位手术体位,认为术者对摆放角度满意,且未发生任何因体位摆放引起的并发症,护理效果较为满意。在本研究中,对观察组患者采取侧俯卧位的手术体位,结合临床实践经验及张雪纯等^[10]的相关文献报道,设计制作并使用三角形侧俯卧位支架配合侧俯卧位的摆放,结果表明,观察组手术体位摆放所需时间较对照组明显缩短,说明侧俯卧位的摆放虽然需要多人配合,但摆放效率高,速度快,从而缩短手术时间。此

外,观察组患者在耳廓损伤、臂丛神经损伤及压疮等并发症发生率均较对照组明显降低,表明侧俯卧位的应用,可减少对患者耳廓、局部皮肤组织的压迫及上肢的牵拉损伤。另外,两组患者手术相关指标如手术时间、麻醉时间及术中出血量比较无统计学差异,表明手术体位的改变,并未干扰手术操作,亦未加重术中损伤。

综合文献及本研究结果,笔者认为,侧俯卧位与侧卧位等其他体位相比,具有如下明显优势:(1)术野暴露充分,术者视角良好,方便其进行手术操作,不易发生视觉疲劳;(2)侧俯卧位支架的使用,有效避免胸腹腔受压,减少对患者呼吸、循环及消化系统的影响^[11];(3)能有效避免空气栓塞的发生,使血液不易进入脑室或脑池,减少因急性脑积水或蛛网膜下腔出血导致的血管痉挛^[12];(4)面部不受压,减少气管插管脱落及发生面部压疮的几率。尽管侧俯卧位具有显而易见的优势,但使用时仍需注意以下几点:(1)需对手术室护士进行专门培训,以提高摆放体位的效率及有效性;(2)摆放体位时,需多人进行配合,以有效支撑患者躯体的每个部位,避免医源性损伤^[13];(3)摆放体位的同时,应注意面部、眼睛、颈部以及特殊器官的护理^[14],对最大限度减少术后并发症,提高护理效果具有重要意义。

本研究结果表明,侧俯卧位护理干预可缩短体位摆放时间,减少手术并发症的发生,且不影响手术的顺利进行。本研究的局限性在于样本选择数量较少,观察指标较单一,且缺乏对可能作用机制的深入分析,有待今后扩大样本展开更深入的研究。

参考文献

[1] Sitthinamsuwan B, Chanvanitkulchai K, Phonwijit L, et al. Improvement of sitting ability and ambulation status after selective peripheral neurotomy of the sciatic hamstring nerve together with obturator bran-

ches for severe spasticity of the lower extremities [J]. *Stereotact Funct Neurosurg*, 2012, 90(5): 335 - 343.

- [2] 王明娟,徐舒. 神经外科手术侧俯卧位的下肢处理研究进展[J]. *中华现代护理杂志*, 2013, 19(1): 117 - 118.
- [3] 谢丽霞. 循证护理在神经外科侧卧位并发症预防与护理中的应用的效果评价[J]. *全科护理*, 2013, 11(2): 112 - 114.
- [4] 李丽,张丽,王惠琴,等. 改良式手术侧卧位安置方法的应用[J]. *解放军护理杂志*, 2011, 28(11A): 72 - 74.
- [5] 钟奕,郑莉丽. 护理干预在预防侧卧位手术患者压疮形成中的应用效果观察[J]. *国际护理学杂志*, 2014, 33(8): 2054 - 2056.
- [6] 徐小群,陈丽莉,詹健,等. 神经外科侧卧位手术患者压疮的预防效果观察[J]. *护理学报*, 2010, 17(11A): 53 - 55.
- [7] Ammirati M, Lamki TT, Shaw AB, et al. A streamlined protocol for the use of the semi-sitting position in neurosurgery: a report on 48 consecutive procedures [J]. *J Clin Neurosci*, 2013, 20(1): 32-34.
- [8] 潘爱芬,蒋海娟,倪梁燕. 显微神经外科手术侧卧位护理的研究进展[J]. *护理学杂志*, 2012, 27(2): 89 - 91.
- [9] 张妮娜. 神经外科手术中侧卧位的摆放和护理[J]. *蚌埠医学院学报*, 2010, 35(7): 750 - 752.
- [10] 张雪纯,温秀芬,陈宇超,等. 压疮知情同意书在神经外科手术中应用的效果评价[J]. *中国实用护理杂志*, 2014, 30(3): 13 - 16.
- [11] Cohen-Gadol AA. Microvascular decompression surgery for trigeminal neuralgia and hemifacial spasm: nuances of the technique based on experiences with 100 patients and review of the literature [J]. *Clin Neurol Neurosurg*, 2011, 113(10): 844 - 853.
- [12] 杨俊华,翟云霞,舒江红. 听神经瘤切除手术致神经损伤的原因分析及手术体位的改良[J]. *中国医药科学*, 2013, 3(8): 215 - 216.
- [13] Leslie K, Kaye AH. The sitting position and the patent foramen ovale. Commentary: "A streamlined protocol for the use of the semi-sitting position in neurosurgery" [J]. *J Clin Neurosci*, 2013, 20(1): 35 - 36.
- [14] 王飞,张秀月,齐月,等. 综合干预策略对神经外科手术部位感染控制的效果评价[J]. *中华医院感染学杂志*, 2014, 24(3): 676 - 678.

收稿日期:2014 - 12 - 31 编辑:王海琴