

加速康复外科护理在椎管内肿瘤切除合并 脊柱内固定患者中的应用

潘学娟, 张丽娜, 姜丽, 罗坤

新疆医科大学第一附属医院神经外科, 新疆 乌鲁木齐 830054

摘要: **目的** 探讨加速康复外科护理在椎管内肿瘤切除合并脊柱内固定患者护理中的应用效果。**方法** 选取 2017 年 1 月至 7 月在新疆医科大学第一附属医院行椎管内肿瘤切除合并脊柱内固定治疗的 64 例患者, 随机分成对照组(32 例)和干预组(32 例)。对照组采用传统围手术期护理, 干预组采用加速康复外科护理模式。术后采用疼痛 VAS 评分标准对两组患者麻醉苏醒后 12、24、48、72 h 疼痛情况进行评估, 比较两组患者不同时间点疼痛评分及术后首次下地活动时间、术后平均住院时间和术后并发症情况。**结果** 干预组患者在苏醒后 12、24、48、72 h 疼痛评分均低于对照组($P < 0.05$, $P < 0.01$), 干预组患者术后首次下地活动时间[(1.47 ± 0.57) d vs (3.63 ± 1.16) d]、术后住院时间[(7.28 ± 1.37) d vs (12.38 ± 2.15) d]均短于对照组(P 均 < 0.01)。干预组患者均未发生坠积性肺炎、泌尿系感染、下肢深静脉血栓及褥疮; 对照组患者术后有 1 例发生坠积性肺炎, 1 例发生 II 期褥疮, 两组比较差异无统计学意义($\chi^2 = 0.516$, $P = 0.472$)。**结论** 加速康复外科护理可有效减轻椎管内肿瘤切除合并脊柱内固定患者的术后疼痛, 减少术后并发症, 加速康复。

关键词: 加速康复; 椎管内肿瘤; 脊柱内固定; 围术期; 护理; 疼痛评分; 住院时间

中图分类号: R 473.73 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2018)05-0707-03

加速康复外科(ERAS)理念是由丹麦学者 Kehlet 等在 1997 年首次提出, 该理念是围手术期处理程序和方法的一种创新, 其运用一系列具有询证医学证据的优化措施来减少手术应激及并发症, 加速术后康复^[1]。ERAS 方案要求多学科协作, 加速康复外科护理是其重要组成部分^[2]。现阶段, 护理学界尚未对加速康复外科护理给出确切定义, 但《中国加速康复外科围手术期管理专家共识(2016)》的出台, 为加速康复外科护理模式的广泛应用提供了有力条件^[3-4]。加速康复外科护理在普通外科领域广泛应用, 现已逐步应用于骨科^[5], 近年来该模式在神经脊髓脊柱专业也得到一定推广, 特别对于椎管内肿瘤切除合并脊柱内固定患者术后疼痛的护理效果显著。我院神经外科脊髓脊柱专业自 2017 年 1 月至 7 月对椎管内肿瘤切除合并脊柱内固定患者按随机对照原则实行传统围手术期护理和加速康复外科护理, 加速康复外科护理可有效减轻患者的术后疼痛, 减少术后并发症, 加速康复。现总结分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2017 年 1 月至 7 月 64 例椎管内肿瘤切除合并脊柱内固定患者随机分为对照组和干

预组, 各 32 例。本研究中男 28 例, 女 36 例; 年龄 19~74(43.36 ± 4.78)岁; 病程 1 周~3 年, 平均(11 ± 4)月; 临床表现: 患者自发性疼痛 41 例; 运动障碍 38 例; 感觉障碍 34 例; 大小便障碍 4 例。病理类型: 神经鞘瘤 30 例, 脊膜瘤 18 例, 神经纤维瘤 7 例, 室管膜瘤 6 例, 肠源性囊肿 1 例, 淋巴瘤 1 例, 星型细胞瘤 1 例。纳入标准: (1) 影像学明确有椎管内占位并需行脊柱内固定治疗; (2) 患者及家属对加速康复外科护理自愿积极配合; (3) 术前无其他可影响身体状况的重大疾病。对照组与干预组的基础资料无统计学差异($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 手术方法 患者均由后正中入路在显微镜下行椎管内肿瘤切除术, 术中需用脊柱咬骨钳咬除病变相应节段的脊柱棘突及部分椎板, 去除脊柱的部分后柱骨质结构, 然后在显微镜下行椎管内占位切除, 切除完毕, 严密缝合硬脊膜。为保证脊柱的长期稳定性, 所有患者均行脊柱椎弓根螺钉置入内固定术。

1.2.2 护理方法 对照组: 该组患者采用传统围术期护理, 按照医师医嘱及护士个人工作习惯执行临床护理操作, 包括术前肠道准备(术前 8~12 h 禁食, 4 h 禁水, 术前 1 d 开始肥皂水灌肠), 术后常规留置

导尿管及术区引流管,肠道排气后开始进食水,术后对疼痛患者采用遵嘱镇痛,术后 2~4 d 卧床等。

干预组:该组患者均采用 ERAS 理念指导护士进行护理操作。术前护理:(1)心理护理。术前让患者填写焦虑自评量表(SAS)^[6],根据评分标准对患者进行必要的宣教,消除其紧张、恐惧的消极情绪,对于极度紧张的患者,术前 1 d 备用阿普唑仑片。(2)术前疼痛管理。术前 1 d 主管护士参加病房医师查房,进一步了解患者手术方案及钉棒内固定系统需置入脊柱的节段,对术后可能的疼痛级别进行初步判定。有部分患者由于脊髓压迫症,术前就存在自发性疼痛,可根据 VAS 评分与主管医师实施多模式镇痛。(3)术前康复训练。患者为椎管内肿瘤手术,可能因术中脊髓激惹或术后脊髓水肿导致肢体短时间活动障碍,辅助患者术前练习掌握轴线翻身、被动肢体活动。(4)术前肠道管理。椎管内肿瘤对肠道准备要求不高,术前无需清洁灌肠。术前禁食时间可缩短至 6 h,禁水可缩短至 2 h。由于椎管内肿瘤合并脊柱内固定手术时间较长,术前 2 h 可静脉给予葡萄糖注射液,以提高手术耐受性。术中护理:由手术室护士完成,术前术后跟手术室护士做好患者交接。术后护理:(1)术后疼痛管理。脊柱内固定患者术后短时间内疼痛剧烈,最重要的护理即疼痛护理,术后可应用多模式镇痛。采用视觉模拟评分法(VAS)^[7-8]对患者疼痛程度进行评估,对分值大于 4 分的患者,报告主管医师,给予相应的药物止痛。对于 4~6 分的中度疼痛,给予特耐(注射用帕瑞昔布钠,规格 40 mg),缓慢静脉滴注;对于 7~9 分的术后剧烈疼痛患者,给予与吗啡镇痛强度相当但临床药物过量事件罕见的加罗宁(地佐辛注射液,规格 1 ml:5 mg),微量泵静脉泵入,泵药期间积极鼓励患者参与疼痛管理,根据镇痛效果调节泵入速度;对 10 分的术后极重度疼痛患者,采用硬膜外阻滞微量泵镇痛。不主张患者强忍疼痛,而在最小药物剂量下实现有效镇痛,促进患者早下床活动及快速康复。(2)限制性输液。患者术后一般不禁食水,给予少量多次流质饮食,常规隔天复查患者电解质并记录 24 h 液体出入量,告知主管医师根据出入量及电解质情况严格控制患者输液量,减少患者输液卧床的时间。(3)术后生活护理。密观患者术后疼痛情况,指导其合理体位。可定时给予患者肌肉按摩,降低肌张力,提高疼痛阈值;也可给患者定时播放音乐、电视等分散患者注意力,缓解疼痛情况。(4)术后活动护理。椎管内肿瘤术后平躺 6 h 即可采用低半坐位卧式,鼓励患者床旁站立,向患者及家属交代患者脊柱术区置入内固定系统,脊柱稳定

性良好,打消患者早期活动的顾虑,鼓励患者下地活动,根据患者年龄、术前身体状况、活动耐受情况个体化调节运动量,直至接近正常人群活动水平。

1.2.3 观察指标 术后采用 VAS 对两组患者麻醉苏醒后 12、24、48、72 h 疼痛情况进行评估,疼痛评分标准(0 分:无痛;1~3 分:有轻度疼痛,可忍受;4~6 分:中度疼痛,对睡眠有一定影响,但尚能忍受;7~9 分:重度疼痛,严重影响食欲与睡眠;10 分:极度疼痛)。比较两组患者不同时间点疼痛评分的情况,观察并比较两组患者术后首次下地活动时间、术后平均住院时间及术后并发症情况。

1.3 统计学方法 采用 SPSS 17.0 软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,比较采用两独立样本 t 检验,计数资料以例数表示,比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后不同时间疼痛评分的比较 干预组在手术苏醒后 12、24、48、72 h 疼痛评分均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05, P < 0.01$)。见表 1。

2.2 两组术后恢复相关指标的比较 干预组患者术后首次下地活动时间和术后平均住院时间短于对照组,差异有统计学意义(P 均 < 0.01)。见表 2。

2.3 干预组与对照组术后并发症情况 干预组患者均未发生坠积性肺炎、泌尿系感染、下肢深静脉血栓及褥疮;对照组患者术后有 1 例发生坠积性肺炎,1 例发生 II 期褥疮,两组比较差异无统计学意义($\chi^2 = 0.516, P = 0.472$)。

表 1 干预组与对照组术后不同时间疼痛评分的比较
($n = 32, \bar{x} \pm s$)

组别	术后 12 h	术后 24 h	术后 48 h	术后 72 h
对照组	5.72 ± 1.28	4.78 ± 1.43	3.19 ± 0.78	2.03 ± 0.59
干预组	2.81 ± 0.86	2.84 ± 0.81	2.03 ± 0.69	1.63 ± 0.66
t 值	10.67	6.68	6.30	2.56
P 值	0.00	0.00	0.00	0.01

表 2 干预组与对照组术后恢复相关指标的比较
($n = 32, d, \bar{x} \pm s$)

组别	术后首次下地活动时间	术后住院时间
对照组	3.63 ± 1.16	12.38 ± 2.15
干预组	1.47 ± 0.57	7.28 ± 1.37
t 值	9.45	11.32
P 值	0.00	0.00

3 讨论

疼痛是影响术后加速康复的重要因素,目前临床上,疼痛被列为继脉搏、血压、呼吸、体温之后的第五

大生命体征^[9-10]。术后疼痛可导致机体活动受限,增加患者深静脉血栓形成的危险性,同时延缓胃肠蠕动的恢复;术后疼痛可致使机体耗氧量增加,有导致急性心肌缺血及心肌梗死的可能性;疼痛也会引起焦虑、暴躁等消极情绪,并出现睡眠障碍,严重影响患者术后生活质量^[11-14]。有效镇痛是加速康复外科护理成功落实的先决条件^[15]。本研究中干预组术后采用多模式有效镇痛,干预组患者在手术苏醒后 12、24、48、72 h 的 VAS 评分均较对照组低,差异有统计学意义。本研究认为椎管内肿瘤合并脊柱内固定患者术后短时间内疼痛剧烈,加速康复外科护理可明显降低椎管内肿瘤合并脊柱内固定患者术后疼痛程度。

本研究中干预组患者术后下地活动时间和术后住院时间显著短于对照组。所有干预组患者未发生坠积性肺炎、泌尿系感染、下肢深静脉血栓及褥疮;对照组患者术后有 1 例发生坠积性肺炎,1 例发生 II 期褥疮。在护理中引入 ERAS 理念,显著减少了术后肺部感染、褥疮等常见并发症的发生,促进患者早期下地活动,缩短住院时间,明显改善患者术后恢复。

综上,在临床工作中,积极推行加速康复外科护理模式在椎管内肿瘤切除合并脊柱内固定患者护理中的应用,可减轻患者痛苦,明显缩短患者术后住院时间,加速患者术后康复,提高医疗资源的有效利用。

参考文献

[1] Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation[J]. Br J Anaesth, 1997, 78(5): 606-617.

[2] 江志伟,黎介寿.加速康复外科的现状与展望[J].浙江医学, 2016, 38(1): 9-10, 25.

[3] 中国加速康复外科专家组.中国加速康复外科围手术期管理专家共识(2016)[J].中华外科杂志, 2016, 54(6): 413-418.

[4] 毕莹,温绣茜,闫金凤,等.快速康复外科理念在甲状腺癌根治术围手术期的应用效果[J].中国临床研究, 2017, 30(12): 1714-1717.

[5] 邓永鸿,张慧,曾子,等.加速康复外科护理对膝关节置换术患者膝关节功能影响的系统评价[J].护理学报, 2017, 24(12): 27.

[6] 段泉泉,胜利.焦虑及抑郁自评量表的临床效度[J].中国心理卫生杂志, 2012, 26(9): 676-679.

[7] 曹齐娟,邢建民,刘建平.视觉模拟评分法在症状类结局评价测量中的应用[J].中医杂志, 2009, 50(7): 600-602.

[8] 高万露,汪小海.患者疼痛评分法的术前选择及术后疼痛评估的效果分析[J].实用医学杂志, 2013, 29(23): 3892-3894.

[9] 熊代兰,吴小花,翟艳云,等.加速康复模式对胃癌术后患者疼痛的效果[J].广东医学, 2017, 38(16): 2582-2585.

[10] 叶旭春,姜安丽.新编护理学基础实习指导[M].北京:人民卫生出版社, 2012.

[11] 王艳春.创伤骨科患者的心理护理及疼痛干预[J].中国医药指南, 2011, 9(8): 148-149.

[12] 段元君,辛海霞.骨科术后镇痛护理对患者康复的影响[J].国际护理学杂志, 2014, 33(11): 3129-3131.

[13] 陆琦,桂斯卿.骨科术后疼痛的原因、评估、护理现状及展望[J].实用临床医药杂志, 2009, 5(18): 116-118.

[14] 冷希圣,韦军民,刘连新,等.普通外科围手术期疼痛处理专家共识[J].中华普通外科杂志, 2015, 30(2): 166-173.

[15] 黄颖,石泽亚,秦莉花,等.加速康复外科护理的研究进展[J].现代临床护理, 2015, 14(10): 73-77.

收稿日期: 2017-12-20 编辑: 王国品

(上接第 706 页)

深入合作,不断强化监督合力;注重监督结果的运用,强化监督工作责任追究制度,切实发挥监督实效等多种方式,“把党内监督同国家机关监督、民主监督、司法监督、群众监督、舆论监督贯通起来,增强监督合力”,努力构筑风清气正的卫生系统政治生态。

参考文献

[1] 朱霞,钟重明.党政干部考核须着力解决的四个问题[J].党政论坛, 2009(2): 55-57.

[2] 贺国强.努力推进干部监督工作的创新[J].领导科学, 2003(10): 4-5.

[3] 王黎萍.我国领导干部权力监督机制研究[J].湘潮(下半月), 2013(2): 48-49.

[4] 吴志华.提升领导干部选拔任用公信度的路径[J].中国行政管

理, 2013(12): 64-67.

[5] 成乃清.加强干部监督工作推进党风廉政建设[J].理论探索, 2003(3): 34-35.

[6] 孙学.进一步加强和完善领导干部监督管理工作的思考[J].玉溪师范学院学报, 2000(6): 1-4.

[7] 孙万代.高校党内监督问题与对策研究[D].长春:东北师范大学, 2010.

[8] 樊庆堂,朱凤.加强对领导干部监督管理的一项重要制度——浅论领导干部任期经济责任审计[J].理论学刊, 2001(5): 96-99.

[9] 尤峰.打破交流轮岗工作瓶颈培养复合型干部队伍——Y 国有大型炼化企业干部交流轮岗工作实证分析[J].市场周刊, 2013(4): 14-15.

收稿日期: 2017-12-06 修回日期: 2018-01-02 编辑: 王宇