

快速康复外科理念在老年椎体成形术后麻醉复苏期中的应用

覃春艳 尹婷婷 覃再玲

(广西河池市第三人民医院 广西 河池 547000)

摘要:目的 探讨护理干预在老年椎体成形术后麻醉复苏期中的应用效果。方法 选取 2019 年 2 月至 2021 年 2 月在该院手术的椎体成形术患者 100 例,按术后复苏期护理方法的不同分为对照组与观察组各 50 例,对照组予常规护理,观察组基于快速康复外科理念下进行护理,比较两组康复指标、疼痛评分、并发症及护理满意度。结果 观察组的康复指标明显优于对照组 ($P<0.05$);疼痛评分明显低于对照组 ($P<0.05$);并发症包括低体温、低氧血症、疼痛、躁动、恶心及呕吐等指标均明显低于对照组 ($P<0.05$);护理工作满意度明显高于对照组 ($P<0.05$)。结论 基于快速康复外科理念下对老年椎体成形术后患者复苏期进行护理,可减少术后并发症发生,减轻患者术后疼痛,同时提升护理工作满意度,是一种值得倡导的护理模式。
关键词:老年;经皮椎体成形术后;复苏期;快速康复外科

老年人由于骨质疏松,容易引起椎体的压缩性骨折。目前多采用经皮椎体成形术(PVP)微创治疗^[1]。相关研究报道结果显示,经皮椎体成形术(PVP)治疗对老年性骨质疏松引起胸腰椎压缩性骨折的效果非常显著^[2]。为了速进患者早日康复,减少术后并发症,提高患者对护理工作的满意度,本文引用“快速康复外科”理念对 50 例老年经皮椎体成形术后的护理干预之中,取得满意的效果。总结如下。

1 资料与方法

1.1 对象与入组

选取 2019 年 3 月—2021 年 2 月在我院麻醉复苏室复苏的喉罩麻醉术后患者 90 例,其中男 60 例,女 40 例;年龄 61~78 岁,平均年龄 (64.5 ± 5.5) 岁。纳入标准:无全麻禁忌,具有一定的沟通能力;患者或家属知情并签署同意书。排除标准:听力、认知异常,合并心脑血管疾患,临床资料不完善。两组患者在性别、年龄及病程等基本临床资料经比较无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组予复苏期常规护理:术后常规平卧位、监测生命体征、保持呼吸道通畅;气管插管呼吸机支持、及时唤醒、拔除气管导管后予吸氧、维持体温、防止意外损伤等

1.2.2 观察组在此基础上将快速康复外科理念贯穿于整个复苏期,具体措施如下。

(1) 患者入室后妥当安置,连接监护仪,给予舒适体位;上床栏,必要时约束,固定好各种管道,保持呼吸道通畅;与麻醉医生及手术室护士认真核对姓名、床号,了解患者麻醉方式、术中用药情况。(2) 控制液体入量 根据患者的血压及尿量等,适当限制输液输入,避免过多液体加重患者的心肺负担^[3]。(3) 密切观察病情 监测患者的生命体征、意识、瞳孔及咳嗽、吞咽等反射情况外,重点观察患者喉罩的位置,防止喉罩意外脱出致呼吸道梗阻,防止在苏醒过程喉罩非计划拔出^[4];同时注意四肢肌力及末梢血液循环的恢复情况;患者清醒后观察四肢活动情况,评估其定向力和判断力。(4) 掌握拔管的最佳时机 拔出喉罩的临床指征为^[5]:意

表 1 两组患者术后 康复情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	首次排气 (h)	排便时间(h)	导管拔除时间 (min)	下床活动时间(d)
对照组	50	44.5 ± 3.5	62.5 ± 2.7	23.40 ± 12.86	38.7 ± 6.3
观察组	50	24.1 ± 2.1	25.4 ± 2.8	10.71 ± 4.04	27.6 ± 4.4
t 值		28.211	25.124	10.857	12.453
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

4.2 两组并发症发生情况比较

观察组患者术后苏醒期无体温偏低、血氧饱和度正常,无明显躁动;术后疼痛发生率为 2%,胃肠道反应也明显低于对照组。详见表 2。

表 2 两组患者术后不良反应比较 [例, %]

组别	例数	低体温	低氧血症	疼痛	躁动	恶心	呕吐	总发生率
对照组	50	3(6.0%)	3(6.0%)	4(8.0%)	3(6.0%)	2(4.0%)	0	12(24.0%)
观察组	50	0	0	2(4.0%)	0	1(2.0%)	0	3(6.0%)
χ^2 值								7.130

识完全恢复,能对指令有效反应;能自主呼吸、吞咽、咳嗽反射恢复,肌张力恢复等。(5) 注意保暖,防止低体温 动态监测腋温变化^[6],给予保温毯、输入恒温液体等措施,使患者体温维持在 $36.5^{\circ}\text{C} \sim 37.0^{\circ}\text{C}$ 。若体温 $<36.0^{\circ}\text{C}$,给予调高室温、保温毯温度等加温措施。(6) 充分镇痛 对患者进行疼痛评估,若疼痛评分 3 分以上者,给予镇痛泵,按医嘱予生理盐水 100ml+舒芬太尼 2ug/k,泵速 5ml/h 持续静脉泵入,观察 10min 后如镇痛效果不理想,再遵医嘱给予其他止痛药。

2 观察指标及评价标准

(1) 记录两组患者胃肠功能恢复时间包括首次排气、排便时间、气管导管拔出时间、下床活动时间等康复指标。(2) 比较两组患者苏醒期低体温、低氧血症、躁动、恶心呕吐等并发症发生情况。(3) 比较两组镇痛及镇静效果 参照钱静等进行评估^[7]:总分为 0~10 分,0 分为无痛,患者表现为安静、合作、无挣扎;3 分以上者记为疼痛,10 分为最痛,3 分以上为疼痛,患者烦躁、肢体挣扎,具有反抗表现,但不需制动;10 分为最痛,患者强烈挣扎,持续烦躁,需制动。(4) 记录两组患者对护理工作满意度:采用自制的满意度问卷评价表,评价护理工作满意度,内容包括服务态度、护理质量、操作指导及沟通技巧四个栏目,分值总共 100 分,分为非常满意、满意、基本满意及和不满意四个等级,得分 95~100 分为非常满意,得分 85~94 分为满意、得分 80~84 为基本满意,79 分以下为不满意。

3 统计学方法

所有数据均用 SPSS23.0 软件计算。计数资料间采用 χ^2 检验,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较用独立样本用 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

4 结果

4.1 两组患者术后康复指标比较

观察组患者首次排气、排便时间明显缩短,气管导管拔出时间明显提前;下床活动时间明显缩短,详见表 1。

P 值

<0.005

4.3 两组患者术后疼痛情况评分比较

观察组患者术后 6h、12h、24h及48h评分均明显降低, 差异有统计学意义 (P<0.05)。见表 3。

表3 两组术后疼痛评分变化比较($\bar{x} \pm s$), 分

组别	例数	术后 6h	术后 12h	术后 24h	术后 48h
对照组	50	3.80 ± 1.22	4.36 ± 1.64	4.18 ± 1.02	3.25 ± 1.42
观察组	50	1.18 ± 0.22	2.14 ± 0.34	1.03 ± 0.15	1.10 ± 0.21
t 值		0.834	4.686	20.619	0.631
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

4.4 两组术后对护理工作满意度比较

观察组的护理满意度98.00%, 对照组为80.00%, 两组比较差异有统计学意义 (P<0.05)。详见表4。

表4 两组护理满意度比较(n, %)

组别	例数	非常满意	满意	基本满意	不满意	满意度 (%)
对照组	50	15(30.00)*	16(32.00)	9(18.00)	10(20.00)*	40(80.00)*
观察组	50	30(60.00)	16(32.00)	3(6.00)	1(2.00)	49(98.00)

与观察组比较, *P<0.05

5讨论

老年患者由于骨质疏松程度的不断加深, 发生胸腰椎压缩性骨折概率很高。传统用手术治疗由于创伤大、费用高、出血多和且不易重建脊柱稳定性, 因而临床上骨科医生多采用经皮椎体成形术 (PVP)^[6]。由于此手术方式也需实施全身麻醉, 通过全身麻醉以确保手术的顺利进行, 在手术成功之后, 患者需要一定的复苏时间才能苏醒, 在复苏期中, 患者由于自主意识缺失, 对外界刺激的控制能力降低, 若复苏期间护理不到位, 极易引起各种严重并发症发生, 不但影响患者预后, 有时甚至威胁到患者的生命安全^[7]。快速康复外科理念是一种新型的护理模式, 该理念核心是“以患者为中心”, 我们将其应用PVP术后患者复苏护理中, 取得明显的效果。

在具体的实施中, 我们主要是从监测体温及生命体征、合理输液、做好疼痛管理及掌握及拔管的时机等多角度预防并发症发生, 促进患者快速恢复意识。从研究结果看出, 观察组患者复苏期间应用快速康复外科理念护理后, 患者的低体温、低氧血症、疼痛、躁动、恶心及呕吐等并发症明显低于对照组, 说明快速康复外科理念的干预模式对患者有显著的护理效果。这与胡宗建研究的通过系列循证的有效的快速康复外科理念措施后, 达到减少手术应激反应, 控制手术/麻醉损伤, 减少术后并发症的主要目的是一致的^[8]。

快速康复外科理念最初由丹麦 Kehlet 教授于20世纪90年代提出, 是一种包含麻醉学、外科医学、护理学等的交叉学科的理念, 其首次应用于结肠手术, 取得良好的效果^[9]。我们将其应用到老年人经皮椎体成形术术后的液体管理、病情观察、体温管理及疼痛管理等环节中, 从结果中看出, 观察组复苏期低体温、低氧血症、疼痛、躁动、恶心及呕吐等并发症发生率低于对照组, 说明快速康复外科能减少经皮椎体成形术手术麻醉复苏期并发症的发生, 促进患者康复。

已有研究证实^[12], 快速康复理念应用于老年胸腰椎压缩性骨折

手术的围手术期管理, 可缩短术后排气时间、排便时间、住院时间, 气管导管拔出时间也明显提前; 术后并发症发生率由37.5%降低至7.5%。还有研究显示^[13], 术后观察组在6小时、12小时、24小时及48小时的疼痛评分均显著降低; 两组并发症发生率明显减少。多个学者认为, 快速康复理念应用于胸腰椎压缩性骨折手术的围手术期, 可保证患者麻醉复苏期的质量, 促进胃肠道功能恢复, 同时疼痛感明显减轻, 具有较高的安全性与科学性。

综上所述, 以快速康复理念为基础的护理措施应用在胸腰椎压缩性骨折手术的围术期护理, 对患者麻醉复苏期起到了显著的促进作用, 可有效缓解患者术后的疼痛程度, 降低并发症的发生, 同时可促进患者术后的康复, 缩短住院恢复, 促进患者快速康复。

参考文献

[1] 聂小正.快速康复外科理念在经皮椎体成形术围手术期护理的应用研究[J].现代诊断与治疗, 2021, 30(23): 3859 - 3860.

[2] 李琳, 杨丽. 加速康复外科在乳腺癌病人围术期护理中的应用研究进展[J]. 护理研究, 2019, 33(1): 75 - 78.

[3] 钱静.经皮椎体成形术治疗胸腰椎压缩性骨折的临床护理[J].基层医学论坛,2018,22(03):406-407.

[4] 高静, 沈静. 康复外科理念联合心理护理在泌尿外科手术患者中的应用[J]. 护士进修杂志, 2017, 32(1): 81 - 83.

[5] 中华医学会外科学分会, 中华医学会麻醉学分会. 加速康复外科中国专家共识及路径管理指南(2018 版)[J]. 中国实用外科杂志, 2018, 38(1): 1 - 20.

[6] 胡宗建.快速康复外科理念在腹腔镜子宫全切术麻醉复苏期的应用[J]. 右江民族医学院学报, 2019,41 (3) :366-368.

[7] 高彩霞.快速康复外科在网袋加压椎体成形术治疗骨质疏松性椎体压缩骨折围手术期患者中的观察[J]. 中国药物与临床,2018,18(05):841-842.

[8] 吴欢欢, 徐靓等. 基于快速康复外科理念的骨科全麻术后患者麻醉复苏期护理体会[J]. 中国药物与临床, 2019, 19(8):1384 - 1386.

[9] 胡丽琼, 陈善桂等. 基于快速康复外科理念的骨科全麻术后患者麻醉复苏期护理[J]. 当代临床医刊, 2018, 31(6) :4164+4147.

[10] KEHLET H, WILMORE D W. Multimodal strategies to improve surgical outcome[J]. Am J Sur, 2020, 180 (15) :630 - 641. [11] 张茜, 作晓荣. 加速康复外科在临床中的应用进展[J]. 护理研究, 2018,32(2):191-194.

[11] 钱静, 顾银燕等. 基于快速康复外科理念的骨科全身麻醉术后患者麻醉复苏期的护理[J]. 护理学杂志, 2017,32(22):33-34.

[12] 王树欣, 张丽君等. 麻醉后监测治疗室内全身麻醉苏醒期患者呼吸系统并发症的风险评估与防范护理[J]. 国际麻醉学与复苏杂志, 2018,39(2):148-152.

[13] 范田甜, 赵鑫等. 手术麻醉复苏期对呼吸道并发症的临床观察与护理[J]. 中外女性健康研究, 2018,26(8):47:57.