

麻醉前后不同时机摆放截石位对手术患者术后的影响

张冉

(宿州市立医院第一手术室 安徽 宿州 234000)

摘要: 目的研究妇科手术患者于麻醉前后不同时机摆放截石位对手术患者术后的影响。方法 选择我院 2018 年 2 月 ~ 2019 年 8 月在妇科住院并且确诊需要摆放截石位手术的患者共 40 例。按摆放体位与麻醉的先后随机分为观察组 20 例, 和对照组 20 例。观察两组患者在手术结束麻醉苏醒后的不良反应、摆放体位所需时间、人数。结果 观察组术后患者的舒适度较对照组显著增高, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

结论 在麻醉前对患者进行体位的摆放可明显提高患者在手术后的舒适度。

关键词: 麻醉前后 ; 截石位; 护理

截石位是普外科、妇科、泌尿科等科室手术常规的一种体位适用于肛门、会阴部手术, 在妇科手术中应用最为广泛, 它主要的优点是手术时能够使会阴部充分的暴露, 手术操作视野要清晰, 易于手术者的操作。所以对截石位的摆放要求也比较高, 既要对患者保暖、保护隐私, 又要保证患者在体位摆放后无明显不舒适。如果摆放不当, 可能会影响患者手术部位的血液循环及远端肢体的感觉, 出现周围神经损伤、血管受压、软组织损伤、肢体麻木、疼痛等不适情况^[1]。本次通过对患者在麻醉前意识清醒的状态下由护理人员辅助予以摆放截石位, 并取得患者的配合, 与患者在麻醉后无意识的状态下由护理人员帮助摆放截石位, 并对两组患者摆放体位所需时间、人数以及麻醉苏醒后的不良反应报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 2 月 ~ 2019 年 8 月在我院妇科住院行腹腔镜下子宫切除手术摆放截石位的全麻手术患者 40 例。所有患者意识清醒, 全身皮肤完好无破损, 各关节功能正常, 愿意进行手术配合。按摆放体位与麻醉的先后分为观察组 20 例, 年龄 39 ~ 56 岁, 平均年龄 48.25 ± 3.75 岁(摆放截石位后再行麻醉)和对照组 20 例, 年龄 39 ~ 55 岁, 平均年龄 47.40 ± 4.29 岁(麻醉后再摆放截石位)。两组患者的年龄比较无显著差异性 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳排标准

1.2.1 纳入标准

(1) 患者无明确的其它器质性疾病;(2) 均为截石位手术治疗。

1.2.2 排除标准

(1) 严重肝肾功能损害、严重心血管系统疾病;(2) 患者不能耐受截石位位的。

1.3 方法

1.3.1 术前访视 手术室护士于手术前 1 天下午, 到病房查阅病例了解患者的既往病史、查阅相关辅助检查。评估患者的四肢活动度是否良好、皮肤是否完整, 重点向患者介绍此次术中手术体位摆放的相关知识, 让患者了解手术体位的必要性, 取得患者的信任与配合, 减轻患者对手术的恐惧感及手术体位摆放的心理负担。

表一 两组患者麻醉清醒术后不良反应比较[n(%)]

组别	下肢疼痛	下肢麻木	腰部疼痛	局部皮肤受压	不良反应
观察组 (n=20)	0(0.0)	1(5.0)	1(5.0)	4(20.0)	6(30.0)
对照组(n=20)	1(5.0)	3(15.0)	4(20.0)	6(30.0)	14(70.0)
χ^2					6.400
P					0.013

2.2 两组术前摆放体位时间比较

观察组体位摆放所使用的时间较对照组明显减少 ($P < 0.05$),

1.3.2 麻醉前后体位的摆放

观察组: ①. 在患者进入手术间前, 由巡回护士在推车转运区迎接病人, 并按手术通知登记的患者信息进行仔细的核查, 认真的执行安全核查制度, 做好在麻醉前的准备工作。②. 让患者的右上肢放置于搭手板上并予以固定, 选取合适的静脉建立通道后予以输液, 监测生命体征及连接麻醉延长管, 以备随时给予药品, 另一侧上肢内收于身体一侧外面予以手术巾包裹, 防止麻醉后肢体落床, 暂不从静脉通道给予麻醉药物。③. 由麻醉医师、手术医师及巡回护士一起协助手术患者, 让其身体下移, 直至臀部与手术床的摇折处齐平, 在患者的臀部下垫一软枕, 使其臀部抬高。在手术床两侧近髋关节平面分别各放置截石位支腿架一个, 按照不同患者的身高来调整两侧支腿架的高度, 使患者的腘窝自然弯曲下垂, 两大腿放置支腿架后呈现外展位, 其外展的角度一般应小于 90° , 在腘窝处垫保护垫。

对照组: 协助患者仰卧于手术床上, 待麻醉后, 由手术医师、麻醉医师及巡回护士一起对患者进行截石位体位摆放, 具体的摆放方法与观察组相同。

1.3.3 术后随访 巡回护士在术后 24 ~ 72 小时完成患者的随访工作, 包括询问患者在术后的身体舒适程度, 重点询问、仔细查看患者是否出现与手术体位相关的不良反应。

1.4 观察指标

比较两组患者摆放截石位所需时间、人数、术后的不良反应, 术后随访评价两组患者术后有无下肢麻木不适、腰部疼痛、下肢肌肉疼痛、局部皮肤受压等可能与体位有关的不良反应的发生。

1.5 统计学方法

所有数据均采用 SPSS17.0 统计学软件进行处理, 计量资料、计数资料表示方法分别为 $\bar{x} \pm s$ 、%, 检验方式采用 t 检验或 χ^2 检验, 统计学有意义表示为 $P < 0.05$, 统计学无意义表示为 $P > 0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者麻醉清醒后不良反应比较

两组患者麻醉清醒术后不良反应比较。两组患者进行比较 $P < 0.05$, 通过比较充分的说明在麻醉前对患者进行体位的摆放可以显著的提高患者术后的舒适度。见下表一:

差异有统计学意义; 观察组摆放体位只需护理人员 1 人而对照组需 (下转第 12 页)

(上接第 42 页)

2~3 人, 见下表二

表二 两组患者术前体位摆放时间比较

组别	时间(分)	t	P
观察组(n=20)	4.53 ± 1.48	7.65	0.00
对照组(n=20)	7.38 ± 2.13		

3 讨论

近年来一些研究显示因体位摆放不适引起的手术外并发症显著增多, 手术体位摆放不舒适是手术安全的隐患之一, 位居术中安全第4位^[2]。当手术患者的体位摆放不当时可引起神经的损伤, 目前国内外的手术室已经引起广泛的重视, 并采取一定的预防措施来防止由于体位不当而对病人导致的医疗危害。在妇科的会阴部手术中, 体位的摆放是否良好决定了术者在术中能否顺利的进行手术操作, 也决定了手术视野能否暴露充分, 所以良好的体位摆放会使患

者术后并发症的发生率显著的降低^[1]。当患者完全处于麻醉状态后, 身体的各个部位在麻醉药物的作用下失去了知觉, 同时自身的神经调节功能及骨骼肌收缩功能也会失去, 机体失去了正常的保护反射功能^[4]。所以在体位摆放时不但要选择最好的时机, 而且也要掌握好正确的操作流程。

随着我国的医疗技术的快速发展和生活水平的提高, 患者对护理的要求也不断的提高, 所以我们的护理工作面临着严峻的考验, 在不断的优化我们的护理流程的同时, 更需要提高我们的护理服务的质量。

参考文献:

[1]邓海波,王晓杰,陈亚萍,等.非手术科室与手术科室静脉血栓栓塞症预防护理现状的比较研究[J].中国护理管理,2017,17(11):1464-1467.

[2]魏彦妹,陈杰,路潜,等术中压疮危险因素评估的研究进展[J].中华护理管理,2013,13(11):64-66.