# 后路胸腰椎手术体位的巧安置

王 敏,曾 俊 (第三军医大学附属西南医院手术麻醉科,重庆 400038)

[关键词] 胸椎;腰椎;骨折
[中图分类号] R683.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)05-0361-01

经后路的胸腰椎骨折手术都采用俯卧位,常伴有腰椎不稳的情况。因此,在安置此类手术体位时,护理人员应注意安全、稳定、迅速、有效等问题,为防止加重病人损伤造成不良后果,我们从2003年开始,对此类手术体位的安置方法进行了改进,先让病人在手术推床上麻醉后,再将病人平稳的托到手术床上,取得了良好的效果,值得临床推广,现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

本组病例共156例,年龄13~65岁。全身麻醉106例,硬膜外麻醉50例;内固定手术103例,椎间盘手术53例。病人全都按照新的安置方法安置手术体位后,无一例因摆放手术体位不当引起并发症。

### 1.2 体位安置方法

安置步骤如下:①用手术推床将病人接入手术间后,严格核对病人各种信息;②将手术推床调整与手术床平齐后固定;③在病人的左上肢建立静脉通道,协助麻醉医生进行麻醉;④在手术床上摆放好手术所需俯卧位的体位物品,并用中单、治疗巾包裹体位物品,以防止交叉感染和压疮;⑤安放体位时由麻醉医生负责托病人的头部,并保护好气管插管;病人身体两侧各1名医生;护士处于病人右侧,关闭尿管将尿袋置于病人两腿之间;⑥病人右侧手术床边的手术医生和护士应双手平伸置于病人的胸腰部和臀、大腿部,待病人左侧推床边的医生联合麻醉医生托起病人呈右侧卧位后,再由他们将病人面部向下平放于手术体位垫上;⑦护士将手术推床迅速撤出,再按手术需要确定并妥善安置,固定病人头部、四肢及各种管道,检查体位安置的安全性和有效性,麻醉医生应检查各种监护导线的有效性,并严密观察病人的情况。

## 2 体会

后路胸腰椎手术传统采用直接在手术床上安置俯卧位的方法,此法需要在医生托起病人后,由护士将体位垫塞于病人与手术床之间,这样不仅需要反复多次抬起病人,加重了此类病人的损害,而且还会造成手术床单不平整增加压疮等并发症发生的机率。手术推床直接平稳的将病人翻转到手术床的俯卧位垫上的方法,既满足了稳定、安全、迅速、有效的安置原则又使此类手术的体位安置一步到位,减少操作步骤。利用此方法减少了安置体位的时间,降低了手术暴露时间,防止病人发生体温过低。在安置过程中,需要各医护人员的密切合作,动作轻柔,协调一致,防止加重病人损伤。其他手术的俯卧位均可采用此种方法安置。

[收稿日期] 2008-07-10 [修回日期] 2008-08-22

(编辑:张天飞)

# 水胶体敷料治疗肛周烧伤溃疡创面1例

雷 英,徐 琰 (第三军医大学附属大坪医院野战外科研究所普通外科,重庆 400042)

[关键词] 水胶体;烧伤;敷料
[中图分类号] R647 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)05-0361-02

对于小面积烧伤创面,采用油纱覆盖、外涂龙胆紫等是经典的治疗方法[1],但其创面愈合不甚理想,而水胶体敷料的使用更接近Ⅱ度以下烧伤创面愈合的需要。作者采用水胶体敷料成功治愈肛周烧伤溃疡创面1例,取得了满意的效果。现报告如下。

## 1 临床资料

患者女,57岁,2006年9月18日经骶尾入路行直肠管状腺瘤切除术,术中肛周不慎被电刀烧伤,术毕医嘱予龙胆紫涂抹烧伤创面,至2006年10月7日创面未愈合而转入我科。局部检查肛门左侧可见5 cm×3.5 cm溃疡创面,50%为黑色焦痂,50%为黄色坏死组织,少量血浆样渗液,肛门右侧有一个3.5 cm×3 cm黄色溃疡创面,少量血浆样渗液,患者诉疼痛明显,影响行走,判断为浅Ⅱ度烧伤溃疡创面。患者营养正常,无内科疾患,未服用类固醇药物。因排便时易污染创面,且大小便沾染创面时疼痛加剧,患者精神紧张,进食减少,睡眠差。

[收稿日期] 2008-06-29 [修回日期] 2008-07-17