维普资讯 http://www.cqvip.com

节室温防止着凉,严密观察生命体征变化,注意心电监护,保持静脉输液通畅,备好抢救药品,物品,氧气和吸引管等。全麻在苏醒过程中常出现躁动或清醒延迟的现象,巡回护士不要先急于去做术后的清理工作,要守护在病人身边,注意观察神态变化,尿液情况,待完全清醒后与术者麻醉师共同护送回病房。向病房护士交代术中情况和注意事项,同时向其家属简单介绍术中安全,病人舒适,配合等情况。

3 术后护理

术后第二天看望病人,说明术中你一直守候在他身边,手术成功,病人配合良好等,多数病人特别喜欢听在他处于麻醉状态时的情况。同时就病人现有的不适,也应给予问候和疏导。椎管内麻醉后有术后头痛头晕的,应向病人解释硬脊膜因穿刺造成裂隙,脑脊液会有点外漏的可能,脑脊液压力下降,颅内组织形态会发生改变,牵动了颅神经和大血管伴行神经而产生头痛,平卧可减少脑脊液的外渗,维持脑压。所以嘱咐病人正确卧位的必要性。手术室护士术后的访视使病人感受到住院手术并不可怕,自然会产生安全感。每个环节中都有护理人员在关心他,对病人在术中配合及促进术后康复均起到重要作用。另外,在择期手术实施中安排一名护士,向等候在外的手术病人家属进行宣教,并随时通报病人手术进行情况的信息。

围手术期整体护理改善了护患关系,不仅提高了工作效率和护理质量,更激发了护士认真学习的热情,从而提高了手术室护士的整体素质。

(编辑:兰阳军)

脊柱侧凸围手术期护理体会

支立娟,吴新军 (第三军医大学附属西南医院骨科,重庆 400038)

[关键词] 脊柱测凸;围手术期;护理
[中图分类号] R682.3;R473.6 [文献标识码]B [文章编号]1672-5042(2006)03-0212-01

随着理论知识的深入、手术方式的改进、手术器械的发展,脊柱侧凸的手术治疗效果较前已有显著进步,但手术创伤大、并发症多,对护理要求很高。我科2002年至2005年手术治疗43例脊柱侧凸患者,效果令人满意。现将围手术期护理体会报告如下。

1 临床资料

本组患者43例,其中男性20例,女性23例。年龄12~37岁,平均年龄17.4岁。特发性脊柱侧凸36例,先天性脊柱侧凸7例,治疗时间11~14 d,平均住院10.5 d。术后随访无并发症发生,脊柱畸形矫正令人满意。

2 护理方法

2.1 术前护理

脊柱侧凸矫形术后需卧床一段时间,在此期间患者大小便在床上完成。因此,应于术前2~3 d督促患者练习床上排便,以适应术后卧床排便。脊柱侧凸患者常伴有不同程度的胸廓畸形,肺扩张受限,致使肺通气量减少,加上手术创伤大,为避免术后呼吸系统并发症,提高手术安全性,术前应指导病人做深呼吸、有效咳嗽、吹气球等练习,以增加肺活量和通气量,改善肺呼吸功能。患者入院后开始行骨盆牵引治疗1~2周,使其椎旁挛缩的肌肉、韧带及小关节松弛,以改善脊柱柔韧度,初步判断脊柱畸形安全矫正程度,牵引过程循序渐进,患者一旦有麻木、无力等症状应及时报告医生。唤醒试验,此项极为重要,医生术中需据此判断是否有脊髓牵拉伤,从而决定矫形程度。术前应向患者交待术中配合的重要性,训练其听从医生命令活动双下肢和足趾,以减少神经系统并发症。

2.2 术后护理

脊柱侧凸矫形手术创伤大、渗血较多,患者术后需头偏向一侧去枕平卧6 h,压迫伤口利于止血。术后易出现有效血容量不足,故术后予心电监护,持续低流量吸氧,严密观测血压、脉搏、呼吸、氧饱和度的变化以及每小时尿量、颜色。严格掌握输液速度防止急性肺功能衰竭地发生。全麻气管插管后可能引起气管、支气管粘膜损伤、喉头水肿,气管内分泌物增多,可导致肺部感染。因此,应用超声雾化吸入等措施促进患者排痰。另外,应鼓励病人进行深呼吸、有效咳嗽、吹气球等练习。手术可造成脊髓损伤,导致神经功能障碍。全麻清醒后应立即检查双下肢感觉及运动情况,如发现异常,立即报告医生,及时处理。正确使用脱水剂及糖皮质激素,预防反应性脊髓水肿。术后搬运时至少3人配合,要求动作协调、用力均匀,保持脊柱水平,绝不可扭转。术后5~7 d绝对卧床休息,协助患者轴向滚动翻身,每2 h更换一次体位,使患者卧于左或右侧45°角,用橡皮软枕垫背部及臀部,防止褥疮发生。术后1周左右可指导患者在支具背心保护下,在床上行50°角半卧位,加强四肢功能锻炼,并可扶患者下床活动,注意避免躯体前屈、侧屈、扭转,活动强度应循序渐进,避免疲劳,同时观察有无呼吸困难症状。出院后行支具固定6个月,避免上肢提拉重物,不做脊柱前屈动作,防止内固定松动、断裂。定期门诊复查,及时调整治疗措施。

脊柱侧凸矫形术是骨科较复杂的手术,创伤大,并发症多,要求护理人员对工作要有高度的责任心,熟练掌握术前及术后护理要点,严密观察病情变化及精心护理,才能使患者安全度过围手术期。

(编辑:朱志立)

[收稿日期] 2005-10-09 [修回日期] 2006-03-18