

# 专科化术前体位训练在脊柱后路手术患者中的临床效果<sup>▲</sup>

彭欣茜 李培珍 张燕芬 梁 锋

(广西医科大学第七附属医院暨梧州市工人医院手术室,梧州市 543001,电子邮箱:pengxx6688@163.com)

**【摘要】** 目的 探讨专科化术前体位训练在脊柱后路手术患者中的临床效果。方法 将60例行脊柱后路手术患者根据手术时间先后分为对照组和实验组,每组30例。对照组给予常规术前访视,实验组在对照组的基础上,由巡回护士在术前指导患者进行专科体位训练。比较两组患者手术相关知识掌握率、术后生命体征变化、术后并发症发生率及对护理的满意度。结果 实验组手术相关知识掌握率、术后呼吸频率、心率及满意度均优于对照组,且实验组术后并发症发生率低于对照组( $P < 0.05$ )。结论 专科化术前体位训练可以减少脊柱后路手术术后并发症,提高患者对手术的耐受力及满意程度,值得临床推广。

**【关键词】** 术前体位训练;脊柱后路手术;临床疗效

**【中图分类号】** R 619.9 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 0253-4304(2017)04-0572-03

**DOI:**10.11675/j.issn.0253-4304.2017.04.42

脊柱后路手术体位多为俯卧位,由于此类手术时间相对较长、难度较大,容易导致呼吸和循环功能障碍、神经损伤、压疮等并发症<sup>[1]</sup>。若此类手术体位摆放不当,胸壁的承托物影响了胸廓的活动度,可能会对肺顺应性产生间接影响<sup>[2]</sup>,患者术后可能出现胸痛、气紧,甚至呼吸困难。本研究在脊柱后路手术之前对患者采用专科化术前体位训练,取得良好效果,现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 选择2014年6月至2015年6月在广西梧州市工人医院行脊柱后路内固定手术患者60例,其中男32例,女28例,年龄28~67( $46.3 \pm 8.5$ )岁。其中腰椎椎间盘突出36例,胸腰椎退行性滑脱伴椎管狭窄22例,先天性脊柱侧后凸畸形2例。根据手术时间先后将60例患者分为对照组和实验组,2014年6~12月行手术的患者30例为对照组,2015年1~6月行手术的患者30例为实验组,其中对照组男17例,女13例,年龄( $48.2 \pm 10.7$ )岁,腰椎椎间盘突出17例,胸腰椎退行性滑脱伴椎管狭窄12例,先天性脊柱侧后凸畸形1例。实验组男15例,女15例,年龄( $50.6 \pm 8.6$ )岁,腰椎椎间盘突出19例,胸腰椎退行性滑脱伴椎管狭窄10例,先天性脊柱侧后凸畸形1例。两组患者在性别、年龄、文化、病史、手术方式方法等方面,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 方法

**1.2.1 专科化术前体位训练图片、光盘及体位垫的制作:**由手术室专科组成员根据脊柱后路手术的特点和手术体位的要求,将常用手术体位训练的方法制作成图片

及光盘,使患者通过阅读及观看视频,熟悉并掌握体位锻炼的方法和技巧,并自制规格分别为长40 cm、宽20 cm、高15 cm的长方体及长20 cm、宽20 cm、高15 cm的正方体海绵体位垫各2个,用于患者的专科化体位训练。

**1.2.2 对照组:**按常规进行术前访视:巡回护士于手术前一天到病房访视手术患者,介绍手术室的环境和术前注意事项,查阅病历了解患者一般情况,了解患者皮肤准备、胃肠道准备和生理情况,告知禁饮禁食事项,给予心理支持与安慰。

**1.2.3 实验组:**在常规进行术前访视的基础上,于手术前2 d由巡回护士带上自制的术前体位训练图片、光盘及体位垫,到病房为患者做好指导及示范工作。首先评估患者身体状况,据美国麻醉医师协会制定的麻醉风险评估表(American Society of Anesthesiologists, ASA)<sup>[3]</sup>评分 $\leq 2$ 分的患者均允许进行体位训练。根据患者身体状况指导其进行俯卧位练习并展示手术体位图片,边放视频边讲解俯卧位手术的特点,指导患者在床上进行俯卧位适应性训练:首先协助患者俯卧,头偏向一侧,两手环抱枕头,分别在其双侧的肩下肋缘处放置自制的长方体体位垫,然后在左右髂棘各放1个正方体体位垫,双膝垫上小枕头,让胸、腹部悬空,持续10 min。休息片刻后再继续反复练习,每次练习时间加5~10 min,根据患者的耐受力调整时间,直至训练其能保持俯卧位1 h为止。此方法易在饭前或饭后1 h进行。同时指导患者进行术前呼吸功能训练:深吸气后屏气数秒再用力呼气,尽量延长呼气时间,3次/d,每次50下;练习吹气球,反复将气球吹足气后放气,然后再吹气,反复练习3次/d,每次练习20~30 min。俯卧位适应性训练与呼吸功能训练交

<sup>▲</sup>基金项目:广西梧州市科学研究与技术开发计划(201502068)

作者简介:彭欣茜(1979~),女,本科,主管护师,研究方向:手术室护理。

替进行。

1.3 观察指标 (1)比较两组患者术前手术相关知识掌握率:采用自制健康知识问卷进行手术相关知识测试,内容包括术前注意事项、简短的手术流程、手术的相关知识、手术体位的特点及术后并发症等10项内容,每项目内容占10分,共100分。评分 $\geq 80$ 分为掌握,79~50分为基本掌握,<50分为不了解。总掌握=(掌握+基本掌握)例数/总例数 $\times 100\%$ 。(2)比较两组患者术前及术后心率、呼吸频率。(3)比较两组患者术后并发症(包括压疮、通气不畅、胸痛)的发生率,压疮以美国国家压疮咨询委员会(National Pressure Ulcer Advisory Panel, NPUAP)2007年压疮分期的诊断标准<sup>[4]</sup>作为判定依据。术后并发症发生率=(压疮+通气不畅+胸痛)例数/总例数 $\times 100\%$ 。(4)采用满意调查表比较两组患者对护理工作的满意度。总满意度=(满意+较满意)例数/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计分析 采用SPSS 19.0软件进行统计学分析,计数资料比较采用 $\chi^2$ 检验,计量资料( $\bar{x} \pm s$ )表示,比较采用 $t$ 检验,等级资料采用秩和检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

表2 两组患者术前及术后心率、呼吸频率的比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	心率(次/min)		t值	P值	呼吸频率(次/min)		t值	P值
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
对照组	30	85.25 $\pm$ 10.33	95.86 $\pm$ 12.37	3.606	<0.001	18.12 $\pm$ 2.11	24.75 $\pm$ 3.16	9.557	<0.001
实验组	30	85.23 $\pm$ 13.35	87.85 $\pm$ 11.42	0.817	0.241	19.24 $\pm$ 2.31	18.26 $\pm$ 2.27	1.657	0.623
t值		0.006	2.606			1.961	9.136		
P值		0.932	0.049			0.137	<0.001		

2.3 两组患者术后并发症发生率比较 实验组患者术后总不良反应发生率低于对照组( $\chi^2 = 14.067, P < 0.001$ )。见表3。

表3 两组患者术后并发症发生率比较[n(%)]

组别	n	压疮	通气不畅	胸痛	总不良反应
对照组	30	2(6.7)	10(33.3)	14(46.7)	26(86.7)
实验组	30	0	5(16.7)	7(23.3)	12(40.0)

2.4 两组患者对护理工作满意度比较 实验组患者对护理工作的满意度高于对照组( $u = 2.701, P = 0.003$ )。见表4。

表4 两组患者的满意度的比较情况[n(%)]

组别	n	满意	较满意	不满意	总满意度
对照组	30	10(33.3)	12(40.0)	8(26.7)	22(73.3)
实验组	30	20(66.7)	9(30.0)	1(3.3)	29(96.7)

### 3 讨论

手术作为一种应激源,可使患者产生强烈的心理和生理反应,从而影响手术的治疗效果<sup>[5]</sup>。传统的术前访视形式比较单一,对患者而言比较抽象,很难达到术前访视的具体要求<sup>[6]</sup>。当只用语言告知患者该如何配合手术体位的要求时,患者往往因为紧张和手术室的特殊

## 2 结果

2.1 两组患者术前手术相关知识掌握率比较 实验组术前手术相关知识掌握率高于对照组( $\chi^2 = 5.455, P = 0.023$ )。见表1。

表1 两组患者术前手术相关知识掌握率比较[n(%)]

组别	n	掌握	基本掌握	不了解	总掌握
对照组	30	18(60.0)	7(23.3)	5(16.7)	25(83.3)
实验组	30	27(90.0)	3(10.0)	0	30(100.0)

2.2 两组患者术前及术后心率、呼吸频率的比较 两组患者术前心率及呼吸频率比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。对对照组患者术后心率及呼吸频率较术前均升高( $P < 0.05$ ),而实验组患者术后心率及呼吸频率与术前比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),且术后实验组患者心率及呼吸频率均低于对照组( $P < 0.05$ )。见表2。

环境而不知所措。本研究对拟行脊柱后路手术的患者进行术前体位训练,并用图片及视频的直观画面让患者更了解体位的要求,适用于各个年龄段及各文化程度的患者。结果显示,实验组患者术前对手术相关知识的掌握率高于对照组( $P < 0.05$ ),同时可减轻或消除患者对麻醉和手术的恐惧感,增强其战胜疾病的信心,术前体位训练较之单纯用语言交代注意事项更为清楚、更具说服力<sup>[7]</sup>。术前两组患者的心率和呼吸频率无明显差异,通过术前体位训练,让患者对手术的治疗过程有相应的心理准备,对手术体位带来的不适有了预刺激,有效减轻顾虑及生命体征变化等心理应激反应从而使其呼吸,心率趋于平稳。实验组患者术后的心率、呼吸频率均低于对照组( $P < 0.05$ ),均在正常值范围内,而且较治疗前变化较小。

有研究提示,全麻手术体位由仰卧位改变为俯卧位,可导致严重的循环功能紊乱<sup>[8]</sup>。手术者在操作中会对患者身体施加一定的压力,加上手术时间较长,可导致呼吸和循环功能障碍、神经损伤和皮肤压疮等并发症。俯卧位是脊柱后路手术中最常见的体位,摆放过程中可造成患者身体负重和支撑点的明显改变,术后可能会导致患者胸部不适。通过制作专科化的体位训练的图片及光盘,让患者更直观地了解手术的相关知识及配

合注意事项,能有效地缓解患者的心理不适。术前巡回护士、患者、家属共同协助患者翻身安置体位,让患者预先感受到俯卧位带来的不适,循序渐进让患者适应此体位,逐步调整至舒适体位。在术中巡回护士可以根据患者术前训练的特点,在不影响手术的前提下,为患者安置舒适的手术体位。由于患者术前已经进行了适应手术体位指导训练,增强了身体的耐受力,而且进行呼吸功能训练,增加了胸廓运动,使患者的胸部获得了预刺激,增强了应激性,从而减少了术后并发症。本研究结果显示,实验组患者术后压疮、通气不畅、胸痛等并发症发生率明显低于对照组( $P < 0.05$ ),这说明体位指导训练直接影响到患者术后的恢复。此外,实验组患者对护理工作满意度高于对照组( $P < 0.05$ ),说明通过术前体位训练,患者对手术的相关知识加深了了解,从而提高了自信心、积极性和对护理工作的满意度。

随着医学模式的转变,人们对于健康的认识日渐深入,对于健康的需求多着眼于心身整体的调节<sup>[9]</sup>。由于手术体位安置是一项专业工作,任何手术的成功都需要一个显露清晰的手术视野,这不仅取决于麻醉效果,还取决于正确标准的手术体位的摆放<sup>[10]</sup>。而安置手术体位是手术室护士与医生共同完成的,病房护士无法取代,因此应由手术室专科护士到病房根据患者情况进行一对一的指导。专科化术前体位训练提高了脊柱后路手术患者的手术预刺激,降低了患者在术中因俯卧位不当带来的并发症,缓解应激反应,增强耐受力,减少术后不良反应发生,对患者术后康复具有一定意义,值得临床推广应用。

(上接第 571 页)

自我接纳有学者将其定义为,一个人对自身所具有的所有特征都愿意去了解、去面对,并且无条件的接纳,能确认其客观存在和正面的价值,认可这一现实,不会盲目自傲和自卑,也不会因他人的毁誉而有所动摇<sup>[3]</sup>。因此,在培养护理学生专业技能的同时,也应注重培养其自信力,使其能够更好的认可自我表现和能力,避免在实际工作中因遇到困难而盲目自卑和失落,实现更全面的自我评价,并能积极分析问题出现的原因及解决的办法,从而为今后胜任护理工作奠定良好的心态。

综上所述,本次调查的护理专业学生的自我效能感和自我接纳水平均较好,其自我效能感与自我接纳呈正相关。性别及对护理有无感情对护理专业学生的自我效能感有一定的影响,因此应加强其心理指导力度,使其在今后的职业生涯中能更好地胜任工作,为患者提供更为优质的服务。

## 参 考 文 献

- [1] 傅兴华,肖水源,唐友云. 我国医患关系研究现状[J]. 中国社会医学杂志,2010,27(4):197-198.
- [2] Brown D. Career choice and development,4th edition[M]. 4th ed. New York:John Wiley & Sons Inc,2002.

## 参 考 文 献

- [1] 陶静娟. 脊柱外科后路手术中俯卧位的护理[J]. 中国临床护理,2012,4(3):241-243.
- [2] 王迎松,解京明,张颖,等. 脊柱侧后凸伴有显著通气功能障碍的围手术期处理[J]. 脊柱外科杂志,2009,7(1):26-30.
- [3] 庄心良,曾因明,陈伯莹. 现代麻醉学[M]. 第3版. 北京:北京人民卫生出版社,2013:792-793.
- [4] 唐静萍,皮红英. 压疮评估研究进展[J]. 护理研究,2016,30(9):3340-3342.
- [5] 罗洪,戴亚克,李菊兰,等. 心理护理二联法对手术焦虑的干预研究[J]. 护士进修杂志,2006,21(3):245-247.
- [6] 赖英桃,何惠芬,彭玉红,等. 专职护士术前访视新模式的实施[J]. 护理学报,2011,18(13):37-39.
- [7] 崔福荣. 手术图谱应用对缓解手术患者焦虑的效果观察[J]. 齐鲁护理杂志,2010,16(6):35-36.
- [8] 姜瑞秋,张晶波. 舒适护理运用于手术室护理的探讨[J]. 中国实用医药,2007,2(4):108-109.
- [9] 朱玉娥. 应用临床路径对糖尿病患者实施健康教育的效果观察[J]. 山东医学高等专科学校学报,2010,32(4):259-261.
- [10] 唐玥,冯新玮,孙育红. 手术室护士手术体位安置知识、态度和行为的调查[J]. 护理研究,2013,27(28):3123-3126.

(收稿日期:2016-12-04 修回日期:2017-02-13)

- [3] 李闻戈. 对大学生自我接纳的现状及其特点的研究[J]. 宁夏大学学报:人文社会科学版,2002,24(1):112-114.
- [4] 王才康,胡中锋,刘勇. 一般自我效能感量表的信度和效度研究[J]. 应用心理学,2001,7(1):37-40.
- [5] 张作记. 行为医学量表手册[M]. 北京:中华医学电子音像出版社,2001:187-188.
- [6] 尹心红,李乐之. 护士自我效能感及其影响因素调查[J]. 护理学杂志,2009,24(11):21-22.
- [7] 蔡文静. 护士自我效能感及影响因素调查分析[J]. 齐鲁护理杂志,2011,17(33):42-43.
- [8] 李章章,刘建波,黄俭强. 护理专业本科生自我接纳影响因素研究[J]. 中国健康心理学杂志,2010,18(3):320-321.
- [9] 陈永凤,张青,卢吉,等. 护生心理健康与学业自我效能感的相关研究[J]. 护理研究,2008,22(26):2362-2364.
- [10] 董静静,张来香,卢伊. 高职护生学业自我效能感现状及影响因素[J]. 护理研究,2015(9):1130-1132.
- [11] 李豹,李洁琼. 男护士心理压力原因分析及应对方式[J]. 全科护理,2016,14(5):453-455.
- [12] 马旭攀,骆发东. 男护的心理现状及社会认同度调查分析[J]. 科教文汇,2012(27):185-186.
- [13] 傅晨娇,卢泓邑,林雨,等. 护理本科新生自我效能、自我接纳和心理健康的相关性研究[J]. 浙江中医药大学学报,2012,36(5):606-608.

(收稿日期:2016-12-14 修回日期:2017-03-06)