

压力损伤专项护理配合在长时程腰椎手术中的并发症防控价值

刘覃英 李 艳 唐美兰 孟妮君 谭柳青

桂林市中西医结合医院手术室 广西 桂林 541000

【摘要】：目的：本文主要研究压力损伤专项护理措施在长时程腰椎手术患者中应用效果，以及它给并发症预防带来的实际意义。方法：研究对象为2025年1月至12月某地区综合医院收治的80例长时程腰椎手术患者，用随机分组法将患者分成两组，一组为观察组（40例，做压力损伤专项护理），另一组为对照组（40例，做常规手术室护理）。主要评价指标有两组压疮及其他手术有关并发症发生率、围手术期生理指标变动情况和护理服务满意程度等各方面内容。结果：观察组的整体压疮发生率、压疮相关并发症的出现频率都比对照组低很多；干预后两组皮肤完整性指数、微循环功能状况、疼痛感觉、生命体征稳定情况均有所好转，但是观察组的各项指标改善程度比对照组更明显，组间差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。另外观察组总体护理满意度比对照组要高（ $P<0.05$ ）。结论：该种护理方法不仅可以有效地降低长时程腰椎手术病人出现压疮等并发症以及其它不良反应的概率，还能使病人生理机能恢复速度加快，并且可以改善护理质量，有十分诱人的临床应用前景和发展前景。

【关键词】：长时程腰椎手术；压力损伤；围手术期护理

DOI:10.12417/2705-098X.26.18.045

引言

腰椎手术是目前处理腰椎间盘突出、腰椎管狭窄症、腰椎骨折等脊柱疾病的主要方式，腰椎手术时间一般大于3小时。此类复杂的腰椎重建或者多节段减压融合手术的时候，病人会采取一定的体位，比如俯卧位，而且还要忍受长时间的肢体压迫和生理反应。在术中低体温、体液丢失、组织灌注不足等诸多因素的影响之下，压力性损伤成了这类高危手术后的常见并发症之一。该病不但会大大增加患者痛苦的程度、延长病程，还会造成局部感染、循环障碍等一系列严重的并发症，从而影响到整个治疗的效果和疗效。传统的手术室护理模式更多地集中于技术辅助、基本的生命支持上，缺少对于压力性损伤系统化、前瞻性的预防措施，不能很好地满足长时程腰椎手术中特殊的护理要求。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2025年1月到2025年12月该地区综合性医院收治的80例腰椎手术病人做为研究对象。入选所有的手术都满足长时程腰椎手术的适应症，手术时间大于3小时。根据随机数字表法把病人分成两组，每组20例。纳入标准是确诊为腰椎相关疾病并且符合适用条件的患者，年龄25-75岁，皮下无压疮、无感染、无血液循环障碍等异常情况，患者和家属对研究内容清楚，自愿签署知情同意书参加全程护理干预，临床资料完整、记录清楚。排除标准为合并严重的心肺肝肾功能衰竭或者重大内科疾病者、有凝血障碍或者自身免疫性疾病病史者、术前肢体皮肤有损伤、压疮或者周围血管病变者、术后出现危

及生命的安全事件者、认知功能受损而无法完成护理任务者。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组

本研究所用的对照组护理模式是以传统手术室护理为基础，在整个过程中开展精细化管理。术前护理人员对患者的姓名、手术方案、解剖部位等做了详细的了解，严格执行了三个查八个对的规定，从而提高了医疗服务质量^[1]。对特殊患者个体化的健康教育予以重视，从饮食指导、心理调适、基础护理技能的培养等多个方面给予支持，从而达到改善患者自我护理能力的目的^[2]。术中护理重点放在体位的固定和防护上，根据手术需要准确地安放患者的体位，合理使用防压疮敷料和减压装置，随时观察患者的血压、心率、血氧饱和度等主要指标，发现异常立即报告医生进行处理。还要加强无菌环境的维持，保证手术室的清洁卫生，保证医护人员和患者的安全^[3]。术后护理主要做病情观察、功能恢复指导这两件事，注意伤口愈合情况，鼓励病人早期下床活动以改善循环系统功能，防止深静脉血栓等并发症的发生，根据疾病的特异性来制定个人化的康复计划，使病人能逐步重返正常的生活状态，提高生活质量。

1.2.2 观察组

按照常规护理方案，把研究组分成了主要围绕压力性损伤进行专项护理干预的小组，创建起了包含术前评价、手术时严格保护、术后持续监测等一系列活动的全周期管理机制。实施途径主要有如下几种：

术前专项评估及准备工作流程的设计是由专门的护理人

员于术前一晚,以一个系统的评价工具(比如压疮危险因素评价表)来完成所有方面的评价。主要针对患者的年龄、体质指数、皮肤完整性、营养状况、功能状态及合并基础疾病等方面进行评价,按照评分结果将病人分为低危、中危、高危三级,从而给出个性化的预防干预措施。为高危患者做相应的护理准备,提前做好受压部位清创、保湿剂等护理工作,防止皮肤干燥、角质层剥落^[4]。对营养不良、低蛋白血症的病人实施早期肠内、肠外营养支持来提高皮肤的屏障功能。还要事先准备与腰椎手术体位相适应的减压设备及其它辅助用品,在手术期间保证病人安全舒适。

脊柱手术精准减压护理的操作要领是术前指导病人调整成符合脊柱外科体位要求的俯卧位,按照严格的脊柱外科体位安置标准来保证脊柱处于中立位。额头、面颊、双肩、胸部、髂部、膝关节和足尖等部位,用专门的减压垫或者硅胶防护材料来支撑起身体,分散体重,减轻骨骼突出部分的压力。根据患者的体重、体型特点,在必要时改变体位的角度,保证压力分布均匀,每30分钟对这些部位的颜色、温度做一次观察,及时调整治疗软垫。整个手术期间还需要保持手术室适宜的温湿度,防止低体温给循环系统带来不良影响,准确控制输液速度和总体液体的供给量,减小由于组织水肿而造成皮肤受损的风险。

术后动态监测及并发症预防控制,手术结束之后,逐渐促使病人改变姿势,从而削减快速翻身带来的压力性损伤危险。全面评价全身受压部位(骶尾部、足跟)的皮肤状况,颜色改变,完整性以及有无红斑、水泡、硬结等^[5]。术中六小时内每次巡看患者身体皮肤状况,对早期出现的压疮实施局部按摩加温敷疗法来推进血液循环。

1.3 观察指标

本研究主要从以下几个方面展开评价分析:

(1) 压力性损伤风险评价,统计术中和术后24小时、7天的压力性损伤发生次数以及严重情况,按照国际通用的压疮分期标准(I至IV期)来计算总的发病率。

(2) 术后并发症跟踪,记录受试者观察期内下肢深静脉血栓形成、切口感染、皮肤继发感染、肢体水肿、腰背肌紧张等主要不良事件的发生机率。

(3) 生理功能状况观察:通过追踪术前及术后24小时受试者皮肤完整性得分、四肢微循环血流动力学参数、视觉模拟疼痛量表(VAS)评分、平均动脉压变异性,评判干预对患者总体健康的影响;其中皮肤完整性评分满分10分,分数越高愈合越好;VAS评分满分10分,分数越高疼痛越剧烈。另采用医院自设问卷对护士服务评分,总分100分,90-100分为“非常满意”,70-89分为“满意”,<70分为“不满意”,总满意率为满意与非常满意占比乘以调查样本总数。

1.4 统计学方法

本文使用SPSS 26.0软件对收集到的数据进行统计分析。对连续型变量用均值±标准差($\bar{x} \pm s$)来描述其集中趋势和离散程度,用独立样本t检验比较组间差异显著性,对分类变量用频数(n)、百分比(%)展示分布特点,用 χ^2 检验分析类别间相关性。所有的推论结果用双尾检验, $P < 0.05$ 为统计学有意义的表现形式。

2 结果

2.1 两组患者压力损伤发生情况对比

干预组压力性损伤发生率比对照组低,两组有统计学差异($P < 0.05$)。详见表1。

表1 两组患者压力损伤发生情况对比

组别		观察组	对照组	X ² 值	P值
例数		40	40		
I级压力损伤	术中	2(5.00)	5(12.50)		
	术后7d	1(2.50)	4(10.00)		
II级压力损伤	术中	0(0.00)	2(5.00)		
	术后7d	0(0.00)	1(2.50)		
III、IV级压力损伤	术中	0(0.00)	1(2.50)		
	术后7d	0(0.00)	0(0.00)		
总发生率	发生例数	3	13		
	发生率(%)	7.50	32.50	7.813	0.005

2.2 两组患者手术相关并发症发生率对比

观察组术后各种手术相关的并发症的发生率比对照组要低,有统计学意义($P < 0.05$),详见表2。

表2 两组患者手术相关并发症发生率对比

组别		观察组	对照组	X ² 值	P值
例数		40	40		
下肢深静脉血栓	发生	1(2.50)	4(10.00)		
	未发生	39(97.50)	36(90.00)		
切口感染	发生	0(0.00)	2(5.00)		
	未发生	40(100.00)	38(95.00)		
皮肤继发感染	发生	0(0.00)	3(7.50)		
	未发生	40(100.00)	37(92.50)		
肢体肿胀	发生	2(5.00)	5(12.50)		
	未发生	38(95.00)	35(87.50)		
腰背肌痉挛	发生	1(2.50)	3(7.50)		
	未发生	39(97.50)	37(92.50)		
总并发症发生率	发生例数	4	17		
	发生率(%)	10.00	42.50	10.912	0.001

2.3 两组患者围手术期相关指标对比

两组受试者的术前皮肤完整性、下肢微循环血流速率、VAS、平均动脉压（MAP）波动幅度等各项指标之间没有明显差别。术后 24 小时随访发现，各个评估维度均有不同程度的改善趋势，干预组整体恢复水平明显好于对照组，组间比较有统计学意义（ $P<0.05$ ），详见表 3。

表 3 两组患者围手术期相关指标对比

组别		观察组	对照组	t 值	P 值
例数		40	40		
皮肤完整性评分(分)	治疗前	8.12±0.56	8.09±0.58	0.235	0.815
	治疗后	9.45±0.32	8.72±0.45	8.362	0.000
肢体微循环血流速度(cm/s)	治疗前	3.26±0.42	3.23±0.45	0.312	0.756
	治疗后	4.89±0.51	4.12±0.48	7.025	0.000
VAS 疼痛评分(分)	治疗前	6.85±1.23	6.82±1.25	0.108	0.914
	治疗后	2.12±0.65	3.65±0.82	9.125	0.000
平均动脉压波动值(mmHg)	治疗前	8.65±2.12	8.59±2.15	0.128	0.898
	治疗后	3.21±1.05	5.89±1.32	10.036	0.000

2.4 两组患者护理满意度对比

观察组整体护理满意率比对照组高，两组比较有统计学意义（ $P<0.05$ ），详见表 4。

表 4 两组患者护理满意度对比

组别		观察组	对照组	X ² 值	P 值
例数		40	40		
非常满意	例数	28	16		
	占比(%)	70.00	40.00		
满意	例数	10	14		
	占比(%)	25.00	35.00		
不满意	例数	2	10		

参考文献:

- [1] 陈鉴权.基于“筋骨并重”理论探讨混搭皮质骨轨迹螺钉技术在腰椎手术应用的临床及生物力学研究[D].广州中医药大学,2025.
- [2] 刘莹,王敏,黎芳梅.手术室护理路径结合快速康复路径干预对腰椎手术病人配合度及围术期并发症的影响[J].全科护理,2024,22(24):46164619.
- [3] 高卫星,陈思思,曹怀宁,杨欣卓.腰椎手术麻醉后相关并发症的中医干预体会[J].中国实用医药,2024,19(23):142145.
- [4] 王超,张秀青,杨艳芳,鲍淑敏,张丹.右美托咪定对腰椎手术中自体血回输患者 Fbg、RDW 及 hsCRP 水平的影响[J].中国现代医学杂志,2024,34(20):8590.
- [5] 章玲,周秋萍,龚文龙.循证护理在腰椎手术中的应用分析[J].浙江创伤外科,2024,29(08):15951597.

总满意度	占比(%)	5.00	25.00		
	满意例数	38	30		
	占比(%)	95.00	75.00	6.275	0.012

3 讨论

腰椎手术属于高危、复杂的外科干预手段，因此病人是压力性损伤的高危易感人群。此类并发症会严重影响术后功能恢复，还会引起许多严重的并发症，对整个治疗效果造成严重的影响。传统手术室护理模式由于没有系统的前瞻性干预机制，在处理可能出现的风险因素的时候存在明显的缺陷，造成护理措施低效分散。因此本文针对目前临床预防压力性损伤的实际情况，设计出一套以预防压力性损伤为主的专项护理方案。该方案用建立术前全面风险评估体系、改善术中减压操作技术、加强术后持续观察和康复指导来创建一个由入院到出院全部流程闭环管理的模式。从对比分析可知，接受该方案干预的实验组患者压力性损伤发生率比常规护理对照组低，在皮肤完整性维持、微循环改善、镇痛效果、生命体征稳定等各方面都具有更好的临床结局并且得到更高的护理满意度评价。再经由深入探究可知，该新颖护理举措的主要好处就在于，依靠依照个体特性来开展风险评价的工作，进而制定出合乎自身需求的干预计划，能够准确找出并妥善管理高危要素；依靠合理的体位调节和综合防护手段削减局部组织受压时长，推动血液循环畅通无阻，预防组织缺血性损害的出现；配合术后定时检查和尽早开展功能训练工作，不但可以尽早察觉并应对可能存在的小问题，还能大幅缩减病情恶化的情况，给患者给予全方位的生理机能支援。以上研究结果表明，该新型护理模式有重大的实践意义和推广价值，在脊柱外科等需要长时间手术的科室里有着广阔的发展前景。未来还要继续开展更多的高质量科研项目来检验它的长期效果，推动相关标准或者指南的制定。由此可以看出，对于某类患者进行特别护理可以提高医疗安全水平，并且可以明显提高医疗服务效果，值得进一步的研究和推广。