

骶骨肿瘤切除术围手术期康复护理

陈映琼, 曾小芳, 候晓敏, 陈静金, 彭贤娟

[摘要] 目的 探讨一期前后联合入路行骶骨肿瘤切除加内固定术围手术期康复护理的作用。方法 对 15 例骶骨肿瘤患者术前进行针对性心理疏导、胃肠道准备、会阴括约肌收缩和扩展训练;术后严密观察生命体征及神经功能变化,加强康复锻炼指导。结果 经 2~37 个月随访,除 1 例患者因肿瘤肺转移死亡,其余病例术后近期疗效满意,局部症状缓解,大小便正常。结论 围手术期康复护理在骶骨肿瘤切除加内固定术后的恢复及功能重建中至关重要,能有效减少并发症的发生。

[关键词] 骶骨肿瘤;手术治疗;围手术期;康复护理

Rehabilitation Nursing of the Sacral Tumor Resection at the Peri-operative Period CHEN Ying-qiong, ZENG Xiao-fang, HOU Xi-ao-min, et al. The Department of Orthopaedics, the First Affiliated Hospital of Shantou University Medical College, Shantou 515041, Guangdong, China

Abstract: **Objective** To evaluate the effect of rehabilitation nursing in the peri-operative period of the first-stage combined anterior or posterior approach surgery in the sacral tumor resection. **Methods** 15 patients with sacral tumor received psychological intervention, gastrointestinal preparation, exercises of perineum sphincter contraction and relaxation training before the operation. Changes of patients' vital signs and nerve function were observed after the operation, and rehabilitation training and instruction were performed. **Results** All cases were followed up for 2~37 months. Except one case died of tumor transferred to lung, all of other cases had a satisfactory curative effect in the near future, and their local symptom released and the functions of urination and defecation were kept well. **Conclusion** Rehabilitation nursing in the peri-operative period plays an important role in surgical treatment of sacral tumor. It affects the rehabilitation and function restitution obviously and can reduce the occurrence of complication effectively.

Key words: sacral tumor; surgical treatment; peri-operative period; rehabilitation nursing

[中图分类号] R738.1 [文献标识码] B [文章编号] 1006-9771(2006)10-0910-02

[本文著录格式] 陈映琼,曾小芳,候晓敏,等. 骶骨肿瘤切除术围手术期康复护理[J]. 中国康复理论与实践, 2006, 12(10): 910-911.

手术切除是治疗骶骨肿瘤的有效方法,但往往由于肿瘤位置较深,术中出血量多,术后易发生感染及伤口不愈合,给治疗护理带来困难。对此类病例,维持和重建良好的骶腰稳定性可明显缓解疼痛,预防病理性骨折或截瘫,使患者早期下床活动^[1]。现将 15 例一期前后联合入路行骶骨肿瘤切除加内固定术患者的围手术期康复护理体会报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 15 例骶骨肿瘤患者中,男性 9 例、女性 6 例,年龄 28~68 岁,平均 43 岁;脊索瘤 9 例、骨巨细胞瘤 3 例、转移癌 1 例、软组织肉瘤 2 例;肿瘤范围最大 24×21×16 cm,最小 12×13.5×9 cm;3 例出现轻瘫伴小便失禁,双下肢肌力 II~III 级;4 例长期出现大便枯结,需要用手帮助掏出。所有患者均采用前路肿瘤切除;同时行后入路椎弓钉内固定重建术 10 例、半骨盆重建术 2 例、单纯肿瘤摘除术 3 例。术中失血最少 400 ml,最多 2500 ml,平均 850 ml。

1.2 方法

1.2.1 术前康复训练及护理

1.2.1.1 心理康复 心理康复对机体的功能康复有积极作用,而机体的功能康复为心理康复奠定了基

础^[2]。患者由于受慢性腰骶部疼痛或大小便异常的折磨和对保守治疗效果不满意而产生焦虑心理,且对手术存在恐惧心理,担心手术失败导致截瘫或大小便失禁。针对这些心理特点,我们热情接待患者,经常与其交流,讲解手术的必要性,介绍成功病例,让患者了解医护人员会为其制订最佳手术治疗方案,进行康复护理,使其恢复自理能力。同时指导患者如何配合术前、术后的治疗护理,说明同期手术的优点是为了减少两次手术的痛苦,使患者树立战胜疾病的信心、勇气。

1.2.1.2 肠道准备 骶骨肿瘤位于盆腔,与直肠相邻并且手术从前路腹腔入路,故术前应彻底准备肠道。手术前晚及手术当日晨清洁灌肠,操作时动作轻柔熟练,态度和蔼,以减轻患者痛苦。术后 3 d 进食无渣流质食物,按医嘱给予甲硝唑片,3 次/d,连服 3 d。

1.2.1.3 会阴括约肌收缩和扩展训练 由于骶骨肿瘤巨大,压迫骶神经造成患者大小便异常及会阴部感觉减退,因此术前须指导患者做肛门会阴括约肌收缩训练,增强盆底肌肉力量,增加尿道筋膜张力^[3],以增强患者术后控制大小便的能力。方法:嘱患者同时行收缩下腹部、会阴部动作,持续 1 min,放松 30 s,每天练习 30~40 次,直到感觉会阴部收缩强有力为止。

1.2.1.4 训练床上卧位大小便,以防术后因不习惯造成尿潴留和便秘。

1.2.2 术后康复训练及护理

1.2.2.1 严密监测生命体征 患者手术回室后,按医

作者单位:汕头大学医学院第一附属医院骨科,广东汕头市 515041。作者简介:陈映琼(1973-),女,广东汕头市人,主管护师,主要研究方向:骨科康复。

嘱给予氧气吸入及心电监护,严密监测生命体征、血氧饱和度,每 15~30 min 观察 1 次。由于骶骨肿瘤手术中失血量大,大量库存血的输入可出现一系列并发症,如出血倾向、循环超负、枸橼酸钠中毒等,因此术后应严密观察有无输血反应,注意有无心律不齐、腹胀、电解质紊乱等,并观察肺功能的情况,防止发生肺水肿;正确记录 24 h 出入量,防止肾功能不全。本组患者术中、术后输血最多 1600 ml,最少 800 ml;2 例患者术后出现手足抽搐,血压波动于 80/40~95/60 mm Hg,经静脉推注 10% 葡萄糖钙后症状缓解。

1.2.2.2 神经功能观察 骶骨巨大肿瘤切除同期行功能重建术时,易损伤马尾神经及骶神经,故术后应观察患者双下肢活动、感觉情况。患者清醒后,即嘱其活动双下肢各关节,了解双下肢是否有感觉障碍或减退。每天做 1 次双下肢肌力功能评定,用叩诊锤叩击双下肢,注意有无麻木感或放射痛。指导患者继续行下腹部及会阴括约肌收缩放松锻炼,每天 3 次,每次 30 min。尿管定时开放,嘱患者膀胱区有尿感时再开放尿管,以训练膀胱功能。本组患者术后无神经损伤症状出现,术后一般 7~10 d 拔除尿管,以防止小便污染伤口。

1.2.2.3 饮食康复护理 本组患者均经前后路联合入路行手术治疗,由于手术对腹腔内脏器及肠道有牵拉刺激,术后 24 h 内须观察有无腹痛、腹胀、腹膜刺激征等腹部症状,每小时观察记录 1 次。术后暂时禁食,直至有肛门排气后先给予流质饮食 1 d,再给半流质,逐渐过渡到普食。嘱患者暂时少喝牛奶、豆浆等易产生气体的食物,观察腹部伤口渗血情况。指导患者进食含纤维素丰富的食物,每天多饮水。

1.2.2.4 预防感染 保持切口引流管及尿管通畅,妥善固定,定时挤压引流瓶保持负压状态,防止引流管堵塞及扭曲。观察引流液及尿量、性状、颜色,嘱患者及家属勿将引流瓶及引流袋抬高于患者身体,防止逆行感染。一般术后 3 d 拔除引流管。保持切口敷料干燥,有渗血、渗液应及时更换。每天抹洗尿道口 2 次,便后及时清洁会阴部及肛门,防止切口感染。鼓励患者行深呼吸,自行咳嗽、咳痰,并给予雾化吸入,每天 2 次,防止肺部感染和坠积性肺炎。有 1 例患者术后 14 d 拆线时发现伤口不愈合,再行扩创术后愈合。

1.2.2.5 肢体康复指导 术后的肢体功能锻炼旨在增强肌力,提高活动能力,调整活动协调性,改善全身机能状态^[2,4,5]。患者清醒后,评估术后肢体的肌力、感觉、运动能力,根据存在的问题制订功能锻炼计划。术后当天麻醉作用消失,嘱患者在无痛情况下做双下肢踝关节背伸、跖屈活动及股四头肌收缩舒张活动,每天 3~4 次,24 h 后做双下肢被动屈膝、屈髋运动,指导患

者做交替直腿抬高锻炼,开始为 15°~30°,每天 5~6 次,以后逐天逐次增加抬腿幅度及次数,以防止神经根粘连。鼓励患者在床上做双上肢扩胸运动、卧位抬高头部使下颌至胸部等动作。1 周后指导患者做双下肢空中踩自行车练习,每天 3~4 次,每次 30 min,以加强股四头肌肌力。2 周后指导患者做“五点式”腰背肌功能锻炼,增强脊椎的稳定性,然后逐步过渡至“三点式”功能锻炼。2 周后可下地行走,但应有医护人员在旁边保护,以防跌倒。开始时在床边站立 10~15 min,感觉头晕时应躺下,如无不适应再逐渐增加行走时间。

1.2.3 出院康复指导 指导患者出院后继续加强腰背肌、腹肌的功能锻炼及会阴括约肌收缩和扩展训练。嘱腰围护腰 3 个月,出院后 3 个月内禁止弯腰和搬重物,避免久坐、久立、久行,出院后 1、3、6 个月来院定期复查。加强营养摄入。

2 结果

经术后 2~37 个月随访,除 1 例患者因肿瘤肺转移死亡,其余病例均存活,局部症状改善,大小便正常,而且 3 例轻瘫患者肌力均较术前明显改善。

3 讨论

手术切除是治疗骶骨肿瘤的有效方法。但由于骶骨肿瘤位置较深,四周解剖关系复杂,肿瘤血供丰富,术中出血量多,尤其对巨大肿瘤,手术难度更大,大多先行髂内动脉栓塞术。但本组病例均一期行手术治疗,该术式的优点是可使患者免受两次手术之苦,同时降低住院费用,缩短康复疗程,减少并发症的发生。一期联合入路行骶骨肿瘤切除术的围手术期康复护理较一般护理内容更广泛,重点是机体功能的重建护理。因此我们术前进行有针对性的心理疏导,彻底的胃肠道准备和会阴括约肌的收缩与扩展训练;术后严密观察生命体征及神经功能变化,加强肢体康复锻炼指导,取得了满意的疗效。总之,康复护理须贯穿于整个围手术期,而且患者的心理康复与躯体康复同样重要。

本文承蒙郑承泽主任及杜世新博士指导,在此表示衷心感谢!

[参考文献]

- [1] 施邦均. 高位骶骨肿瘤切除及重建手术的护理配合[J]. 广东医学杂志, 2004, 11: 1270.
- [2] 罗彩琴, 林琼. 脊髓型颈椎病人围手术期的康复护理 70 例[J]. 实用护理杂志, 2002, 18(2): 18-19.
- [3] 朱建英, 郑文婷, 王筱慧, 等. 提肛肌训练对前列腺电切术后暂时性尿失禁的影响[J]. 中华护理杂志, 2002, 37(11): 814.
- [4] 李艺影, 杨新建, 王李丽, 等. 康复护理对椎体肿瘤患者术后恢复的作用[J]. 中国康复理论与实践, 2004, 10(6): 375-376.
- [5] 张凤霞, 田敏, 徐秀萍. 脊柱手术的围手术期护理体会[J]. 中国康复理论与实践, 2005, 11(10): 868-867.

(收稿日期: 2005-10-18 修回日期: 2005-12-22)