

38 例侧卧位经皮椎间孔镜手术配合体会

黄晓琴, 唐如翠(重庆医科大学附属第二医院手术室 400010)

【摘要】 目的 总结侧卧位经皮椎间孔镜手术配合体会, 为开展该项微创手术提供参考。**方法** 38 例腰椎间盘突出症患者, 年龄 31~85 岁, 平均 52.3 岁。突出节段 L_{2-3} 1 例, L_{3-4} 4 例, L_{4-5} 20 例, $L_5 \sim S_1$ 13 例。右侧卧位 16 例, 左侧卧位 22 例。术前访视取得患者最佳配合。使用无菌手术巾和无菌贴膜, 采用组合式铺巾法铺巾, 既达到无菌要求又有利于 C 型臂的正、侧位透视及投射位转换。持续吸引法解决冲洗水外流问题。**结果** 38 例患者因护理措施具体、手术配合到位, 无术中并发症, 手术均顺利完成。**结论** 经皮椎间孔镜手术微创, 重视患者心理护理, 根据患者下肢症状选择安全手术体位, 侧卧位手术有利于患者呼吸及麻醉管理, 组合式铺巾法、持续吸引法等手术配合措施, 是手术顺利完成的重要环节。

【关键词】 侧卧位; 椎间孔镜; 手术配合

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.04.066 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)04-0490-02

椎间孔镜微创技术目的是通过椎间孔途径进行椎间盘髓核摘除及去除增生的骨质来解除对神经根的压力, 消除神经压迫造成的疼痛。该手术由 Tsou 等^[1]在 1997 年开始用于临床。经皮椎间孔镜手术具有在同类手术中创伤最小、恢复快等优越性, 是国际脊柱外科领域已经公认的高度微创手术。经皮椎间孔镜手术体位有俯卧位和侧卧位两种, 目前少见侧卧位手术配合方面的报道。本院于 2009 年 9 月至 2010 年 5 月共开展 38 例侧卧位经皮椎间孔镜手术。为探讨侧卧位经皮椎间孔镜手术配合要点, 总结经验, 与同行共同探讨, 现将手术配合报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 38 例, 男 21 例, 女 17 例。年龄 31~85 岁, 平均 52.3 岁。突出节段 L_{2-3} 1 例, L_{3-4} 4 例, L_{4-5} 20 例, $L_5 \sim S_1$ 13 例。右侧卧位 16 例, 左侧卧位 22 例。

1.2 方法

1.2.1 手术前准备 术前访视: 了解患者需求, 介绍此项新技术的配合知识, 取得患者最佳配合。(1) 仪器准备: 多功能骨科手术床、术前 1 d 将监视器、摄像主机、冷光源主机、录像机、射频刀、C 型臂放置于手术间, 检查仪器的性能。(2) 物品准备: 除常规物品准备以外, 备亚甲蓝、造影剂、2% 利多卡因、平衡液、静脉营养输液袋(容量为 3 000 mL)、袋式贴膜、手术贴膜、C 型臂套、导线套。(3) 器械准备: 椎间孔镜金属部分器械采用高压灭菌, 不耐高压灭菌的穿刺针、镜头、射频刀等采用低温等离子灭菌。

1.2.2 手术配合方法

1.2.2.1 巡回护士配合 对患者进行心理疏导, 健侧上肢建立静脉通道; 协助术者合理安置体位; 患侧 90° 向上侧卧于多功能骨科手术床; 椎间孔镜仪器和 C 型臂置于患者健侧; 正确连接导线、调节冷光源; 充满平衡液的静脉营养输液袋悬挂于患者头端; 术中根据手术操作步骤与患者保持必要的沟通交流; 特别是穿刺针及工作通道置入手术部位时询问患者有无疼痛加重是神经根性疼痛的表现, 及时报告术者; 椎间盘造影时了解患者疼痛情况与术前差异。随时观察病情变化, 确保手术顺利进行。

1.2.2.2 器械护士配合 提前洗手仔细检查椎间孔镜配套精细器械; 协助术者常规消毒后采用组合式铺巾(见图 1), 在 C 型臂运动范围建立足够宽度的无菌区域; 粘贴手术贴膜和袋式

吸引贴膜; 套好连接线线套和 C 型臂套; 协助医生局部浸润麻醉, 递 21G 特制穿刺针在影像监测下, 术者逐步定位和进针确保穿刺针最佳置入, 使用 0.5% 利多卡因分层进行麻醉后再递 18G 特制穿刺针在影像监测下逐步定位进针, 确保穿刺入椎间盘, 随之将配好的 4 mL 造影剂和 2 mL 灭菌亚甲蓝混合溶液给术者进行椎间盘造影; 将细长导丝沿 18 号穿刺针导入, 使用锥形软组织扩张器沿导丝推至纤维环靶点; 放置工作导管后取出扩张器, 插入椎间孔镜进行检查和手术; 整个过程器械护士应非常熟悉椎间孔镜精细器械使用和手术步骤, 配合默契。



图 1 组合式铺巾

2 结果

本组 38 例患者, 无 1 例手术并发症及麻醉意外发生, 手术过程顺利。



图 2 持续吸引法

3 讨论

3.1 侧卧位护理 根据患者下肢症状选择安全的侧卧手术体位, 侧卧位对呼吸影响较俯卧位小, 患者手术耐受较俯卧位

好^[2],有利于患者呼吸及麻醉管理,患者术中舒适度增加,更主动配合手术。但体位改变后身体的负重点和支点均发生变化,软组织承受能力和拉力的部位、强度亦随之改变,因此可导致神经、血管、韧带和肌肉等软组织损伤^[3],在摆放 90°侧卧位时,应按照 90°侧卧位的标准和要求摆放,注意对受压部位软组织和神经的保护。术中患侧下肢在上,不能用约束带固定,因术中需要患者抬动肢体来反映疼痛缓解情况,但健侧下肢需固定,防止坠床。

3.2 组合式铺巾,严格感染控制 术中用 C 型臂在无菌区域定位透视,可能对无菌区域造成污染,采用组合式铺巾法铺无菌手术巾和无菌贴膜,保证无菌区域不被污染,同时有利于 C 型臂机在正位透视和侧位透视中转换。

3.3 持续吸引法 为维持持续正压冲洗,在距离手术切口垂直高度 100 cm 处悬挂静脉营养输液袋,用去掉头皮针的输液器一端连接静脉营养输液袋,另一端接到工作通道,在切口边缘粘贴袋式手术贴膜,患者通过调整输液开关来完成持续吸引(见图 2),保证了手术视野清晰,同时避免大量冲洗水外流污染切口及地面。

3.4 患者全程心理护理 术前访视患者,了解患者需求及心理状态,向患者介绍此项手术为本院开展的新技术,介绍侧卧位经皮椎间孔镜手术配合相关知识。本组患者均采用局麻联

合静脉麻醉,术中患者处于清醒状态,随时保持与患者对话交流掌握疼痛缓解情况尤为重要,取得最佳配合。

3.5 精细器械管理 术后送消毒供应中心专人清洗、擦干、上油、打包、灭菌,同时每件器械配有图片和名称,方便各个环节核对;椎间盘镜是精细器械,能高压均采用高压灭菌,不耐高压的,采用低温等离子灭菌;手术室和消毒供应中心均设专人管理精密贵重器械,减少损坏和遗失。

参考文献

[1] Tsou PM, Alan YC, Yeung AT. Posterolateral transforaminal Selective endoscopic discectomy and thermal annuloplasty for chronic lumbar discogenic pain; a minimal access visualized intradiscal surgical procedure[J]. Spine J, 2004, 4(5):564-573.

[2] 廖绿梅,黎小兵. 俯卧位与侧卧位对后路腰椎间盘摘除术的影响[J]. 河北医学, 2007, 13(6):670-672.

[3] 胡静,田耕,董瑞贞. 手术侧卧位适宜度的研究[J]. 中华护理杂志, 2000, 35(7):413-414.

(收稿日期:2010-09-09)

36 例颈椎病前路手术患者围手术期的护理

丁永清,张旭(重庆市中山医院 400013)

【摘要】目的 探讨颈椎病前路手术患者的护理方法。**方法** 对 36 例颈椎病前路手术患者术前进行全面评估,有针对性地进行健康教育、心理护理、各项常规训练和适应性训练;手术后加强并发症的观察和护理,做好功能锻炼和出院的康复指导等护理。**结果** 该组病例均痊愈出院,无护理并发症的发生。**结论** 重视颈椎病手术患者的围手术期护理,在颈椎病的恢复和功能重建中至关重要,可有效地促进患者康复。

【关键词】 颈椎病; 手术; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.04.067 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)04-0491-02

颈椎病是由于颈椎间盘退行性改变及其继发性病理改变累及其周围组织结构,出现相应的临床表现,是中老年人多发和常见疾病。症状严重或保守治疗无效者最终要选择手术治疗。作者对 2007 年 4 月至 2009 年 12 月 36 例经前路手术治疗脊髓型颈椎病和神经根型颈椎病患者进行了围手术期护理,取得了较为满意的临床效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 36 例,男 25 例,女 11 例,年龄 43~72 岁。病程 2~5 年。脊髓型颈椎病 28 例,神经根型颈椎病 8 例,所有病例根据临床症状、体征、CT、MRI 确诊。术后 2~3 d 戴颈托下床活动,平均住院 7~9 d。

1.2 手术方法 患者采用全麻,选择颈前横切口,术中 C 臂 X 线机透视定位。根据患者病变节段数目,决定单节段或多节段切除椎间盘或椎体次全切除术。若患者后纵韧带骨化,根据病变范围切除。植入自体髂骨或植入有自体骨块的钛笼,选择合适长度的钛板对其行内固定。

1.3 护理

1.3.1 术前护理

1.3.1.1 评估患者的全身情况 全面收集病史,系统的体格及实验室检查,根据结果综合分析,对患者的全身情况进行全面评估,评估患者对手术的耐受能力^[1];术前评估四肢肌力、肌张

力、各种反射、感觉异常平面、括约肌功能及其他症状,以备术后提供对比^[2];制订周密的护理计划,有的放矢地做好术前准备,从而保证手术的安全进行。

1.3.1.2 心理护理 脊髓型颈椎病患者均有不同程度脊髓功能损害表现,长期的疼痛刺激,影响了生活质量,加上手术部位的特殊性,患者对手术缺乏正确认识,担心出现不良后果,甚至出现瘫痪,同时环境的改变和患者角色的转变,社会支持系统的影响,容易使患者产生紧张、恐惧、焦虑心理。本组患者入院后均有不同程度的焦虑和恐惧心理,经有针对性地进行心理护理,做好系统的护理宣教,为其提供心理支持,增强信心,使患者有充分的心理准备;同时取得家属的配合,保持了患者情绪稳定,患者能以最佳状态接受手术治疗。

1.3.1.3 体位训练 术前进行体位练习可以帮助患者提高耐受能力。练习方法为:患者仰卧位,两肩垫枕,使颈部处于略后伸位,开始每次 20~30 min,每天 2~3 次,以后逐渐增加至每次 1~2 h。同时训练患者侧卧位起床。

1.3.1.4 气管推移训练 为了适应、减轻术中咽喉、气管所造成的刺激、损伤,前路手术患者需行气管推移训练。本组病例均术前 3 d 开始行气管推移训练。训练方法:训练者坐在患者身边,用 2~4 指或拇指指腹顺气管侧旁将气管持续从术侧推向对侧,一般每天 2~3 次,每次 30 min 至 1 h,训练到符合