

319 例腰椎间盘突出症围术期护理体会

黄 嘉(重庆市黔江中心医院骨科 409000)

【摘要】 目的 总结腰椎间盘突出症手术患者的围术期护理经验,探讨有效的护理措施。方法 对 319 例腰椎间盘突出症患者制定周密的术前、术后护理计划并有效实施。**结果** 319 例患者均治愈出院,未发生并发症。**结论** 制定周密的护理计划并有效实施,可有效地避免或减少并发症的发生,通过健康指导及出院指导,可促进疾病早日康复,预防疾病复发,提高患者自身保健能力的目的。

【关键词】 腰椎间盘突出症; 围术期; 开窗式髓核摘除术

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.12.057 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)12-1505-02

腰椎间盘突出症是由于腰椎间盘变性、纤维环破裂、髓核组织突出刺激和压迫神经根或马尾神经所引起的综合征^[1],为骨科临床最为多见的疾患之一,好发于下腰段,常给患者的生活和工作带来诸多痛苦,甚至造成残疾,丧失劳动能力。以 20~50 岁为多发年龄,男性多于女性。临床表现为腰痛、放射性下肢疼、跛行、腰肌痉挛、脊柱畸形或活动受限及神经功能损害,对症状重、保守治疗无效或多次反复发作患者多采用手术治疗。本院对 319 例腰椎间盘突出症患者采用开窗式髓核摘除术,疗效满意,现将护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2000 年 10 月至 2011 年 10 月,319 例腰椎间盘突出患者,其中男 242 例,女 77 例,年龄 25~73 岁,平均 46 岁,病程 20 d~15 年。L3~L4 23 例,L4~L5 168 例,L5~S1 128 例;有明显外伤史诱因 35 例,腰腿痛 300 例,单纯腰痛 12 例,腿痛 7 例,间歇跛行 60 例,直腿抬高试验阳性 310 例。术前常规查 X 线片、计算机断层扫描(CT)及核磁共振(MRI),诊断明确,并经手术证实。全部患者行髓核摘除术,其中同时行椎板切除 32 例,侧隐窝减压、神经根松解 65 例。

1.2 手术方法 均采用全麻,俯卧位,髂前上棘和胸部软垫垫高,使腹部悬空,减少术中出血,以病变间隙为中心,做正中 5~6 cm 直切口,分离至椎板,神经剥离离子剥离粘连,尖嘴咬骨钳将黄韧带咬开一小孔,再用椎板咬骨钳去除黄韧带,小心分离神经根,显露突出物,取尽髓核,如果合并侧隐窝及神经根管狭窄,扩大之,直至神经根左右活动范围大于 1 cm,盐水冲洗术区,置引流管引流,逐层缝合切口,无菌敷料覆盖。

2 护 理

2.1 术前护理

2.1.1 评估全身情况 患者入院后全面了解病情,详细查体,严密观察生命体征、饮食睡眠、大小便情况,观察患者腰腿痛的性质、程度、下肢的感觉、运动和反射的变化,有无尿潴留、大小便失禁等异常,有无卧床产生的并发症与药物过敏史等。配合做好各种辅助检查及化验标本的留取。

2.1.2 心理护理 护理人员术前多巡视患者,主动与患者交谈,详细解释本病的治疗情况、护理计划和注意事项,告知手术的优点,列举成功的典型病例,或者请手术成功者现身说法,讲明情绪与疾病的关系,更使患者身心处于最佳状态接受手术,从而积极配合治疗。

2.1.3 术前训练

2.1.3.1 肺功能训练 患者入院后即指导患者进行肺功能锻炼,如吹气球,每天 5~15 个,尽量做到一次吹鼓,同时教会患

者深呼吸。通过有效的肺功能训练,可提高脊柱手术的耐受力,同时使膈肌强壮有力,促使痰液排除,预防和减少了肺部感染的发生。

2.1.3.2 腰背部功能锻炼 指导患者在床上行腰背肌功能锻炼,可采取“飞燕点水”、“五点支撑”或“三点支撑”式锻炼法,同时指导患者作直腿抬高训练。

2.1.4 术前准备 术前 1 d 用肥皂水清洗备皮区,剃净毛发,注意不要损伤皮肤。术前 12 h 禁食,4~6 h 禁饮,必要时给予清洁灌肠或饮甘露醇,以排空胃肠道。术晨入手术室后按照无菌技术操作原则行留置尿管导尿,保持尿管固定、无菌、安全、畅通。

2.2 术后护理

2.2.1 体位 术后去枕平卧 6 h,以压迫创口达到止血的目的,6 h 后进行轴线翻身,然后每 2 小时行轴线翻身 1 次,背部及两腿之间各垫 1 个软枕。

2.2.2 病情观察 术后每 30 min 监测生命体征 1 次,4 次平稳后改为每 1 h 监测生命体征 1 次,并做好详细记录,直至循环系统稳定为止。观察切口出血及引流管通畅情况,注意观察切口的渗血量、色、性质等,如有切口渗液且患者出现恶心、呕吐、头痛等症状,应警惕“脑脊液硬膜漏”^[2],及时报告医生处理;保持引流管通畅,防止引流管扭曲、受压、折叠,妥善固定,详细记录引流液的颜色、量、性质。术后 4 h 内引流液超过 300 mL 提示可能有活动性出血,应报告医生处理^[3]。一般术后 24~72 h 拔出引流管。同时观察患者双下肢感觉及运动情况,以判断神经功能恢复情况。

2.2.3 留置尿管护理 连接尿管于床旁,保持尿管通畅,每日予 0.5% 聚维酮碘擦洗尿道口 2 次,一般于术后第 1 天拔出尿管。若术后出现尿潴留,则先行下腹部按摩或热敷,让患者听流水声等,大部分患者能自行排尿。对不能排尿者则给予间歇导尿结合按摩气海、关元、中极穴位,同时热敷下腹,使患者去除尿液。

2.2.4 饮食指导 嘱患者进食清淡、营养丰富易消化食物,忌食生冷、油腻、煎炸等不易消化食物,多食含纤维素丰富的食物如白菜、芹菜、茭白、竹笋、水果等,鼓励患者多饮水,每日 2 000 mL 左右,饮蜂蜜水或者空腹饮淡盐水均有助于保持大便通畅。

2.2.5 功能锻炼 患者返还病房后即观察其双下肢感觉及运动情况,并鼓励患者麻醉消失后开始双下肢的主动屈伸活动,活动受限者行被动活动。术后第 1 天协助指导患者做直腿抬高,由 30° 开始,以后逐渐增加次数及幅度,以防止神经根粘连

及下肢血栓的发生。术后 1 周指导患者做腰背肌功能训练, 锻炼应循序渐进, 幅度由小到大, 以不影响当晚休息为度。患者在支具保护下可以于术后 5~7 d 下床适当活动, 若患者佩戴腰围则需要术后 3~4 周才可以下床适当活动, 禁止做弯腰、用力排便、提重物等活动。

2.3 出院指导 患者出院后继续卧硬板床休息, 患者在腰围或支具保护下可下床适当活动, 恢复期不易久坐, 腰部不能负重, 半年内应佩戴腰围, 禁止脊柱弯曲、扭转、提重物等活动, 继续加强腰背肌功能锻炼, 做到循序渐进, 持之以恒, 每 1~2 个月随访 1 次。多进食蔬菜、水果、营养丰富易消化食品, 保持大便通畅。

3 讨论

腰椎间盘突出开窗髓核摘除具有创伤小、术后瘢痕小、对脊柱后部稳定结构破坏少等优点, 围手术期制定周密的护理计划并有效实施, 可有效地避免或减少并发症的发生, 特别是早

期指导患者功能锻炼是保证手术成功的重要措施, 通过健康指导及出院指导, 达到促进疾病早日康复、预防疾病复发、提高患者自身保健能力的目的^[4]。

参考文献

- [1] 曹伟新, 李乐之. 外科护理学[M]. 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 572-577.
- [2] 程艳云, 韩静. 腰椎间盘突出症术前术后护理体会[J]. 医学信息, 2011, 24(1): 473-474.
- [3] 岳丹. 腰椎间盘突出症手术治疗围术期护理体会[J]. 中国中医急症, 2010, 19(3): 532-533.
- [4] 陈丽丽, 沈桂杰, 杨立新, 等. 腰椎间盘突出症围术期患者的护理体会[J]. 中国实用医药, 2010, 4(12): 228-229.

(收稿日期: 2012-01-09)

138 例中西医结合保守治疗异位妊娠临床观察与护理

许金琴(福建中医药大学附属人民医院, 福州 350108)

【摘要】目的 观察中西医结合保守治疗异位妊娠的护理效果。**方法** 对 138 例异位妊娠患者给予甲氨蝶呤、米非司酮联合中药治疗。**结果** 138 例患者中, 106 例治愈, 32 例因破裂中转手术治疗。**结论** 中西医结合保守治疗异位妊娠疗效确切, 且起效快, 用药简便, 适于临床应用。

【关键词】 中西医结合; 异位妊娠; 保守治疗

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2012.12.058 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)12-1506-02

异位妊娠是指受精卵在子宫腔以外的其他部位着床, 俗称宫外孕, 是妇产科较常见的急腹症。它起病急、发展较快, 常易致出血性休克危及患者生命。近年来, 异位妊娠发病率明显升高, 且未生育者和未婚者的发病率亦明显升高, 保留患者的生育功能显得更加重要。随着血、尿人绒毛促性腺激素(β -HCG)检测敏感性的提高、高分辨率阴道超声等诊断技术的普遍应用, 未破裂型输卵管妊娠的早期诊断率明显提高。而临床上保守治疗的方法亦多种多样, 为探讨更为合适的保守治疗方法, 本院 2008 年 12 月至 2011 年 9 月共收治非破裂型异位妊娠 138 例, 采用中西结合保守治疗取得良好效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院 2008 年 12 月至 2011 年 9 月, 收集非破裂型异位妊娠患者 138 例, 年龄 18~42 岁, 有明显停经史, 停经时间 32~55 d。经产妇 61 例, 未产妇 77 例, 其中 72 例有不同次的流产史; 28 例有盆腔子宫内膜异位症, 35 例有宫内节育器, 46 例有慢性输卵管炎, 16 例为二次异位妊娠者。临床表现, 少量阴道流血 94 例, 轻微腹痛或肛门下坠感 48 例。伴尿妊娠阳性者 138 例, 超声监测宫腔内均未见妊娠声像表现, 可见增厚的内膜。1 侧附件区见回声不均的混合性包块, 附件区包块直径小于或等于 4 cm, 其中有 25 例探及胎心管搏动, 56 例盆腔内有少量液性暗区。

1.2 病例选择 (1) 有停经史或不规则阴道流血伴有下腹痛者; (2) 未破裂型异位妊娠, 或已破裂但血流动力学稳定, 无休克现象者; (3) 肝、肾功能正常, 无甲氨蝶呤(MTX)用药禁忌证; (4) 要求保守治疗或迫切要求保留生育功能者; (5) 超声示盆腔包块直径小于或等于 4 cm 者; (6) 凝血功能正常, 白细胞计数正常者; (7) 血 β -HCG \leq 2 000 U/L 者。

1.3 治疗方法 (1) MTX 50 mg 肌肉注射 1 次/天, 1 次为 1 疗程; (2) 口服米非司酮 50 mg, 2 次/天, 5 d 为 1 疗程; (3) 中药治疗: 三棱 6 g, 莪术 9 g, 赤芍 10 g, 天花粉 12 g, 桃仁 10 g, 红花 9 g, 丹参 9 g; 代煎, 口服一天一付。用药后第 5 天测血 β -HCG 和进盆腔超声, 如血 β -HCG 较用药前下降至小于或等于 15%, 盆腔超声提示包块缩小或无改变, 盆腔积液减少则给予第 2 疗程。直至尿 β -HCG 转阴性, 包块停止发展或缩小。治疗期间应密切观察患者腹痛的变化、阴道出血情况及生命体征变化。

1.4 疗效评定 治疗后临床症状消失, 无下腹痛, 阴道流血停止, 血 β -HCG $<$ 5 U/mL, 超声示盆腔包块吸收, 或血肿包块明显缩小视为治愈。

1.5 中转手术指征 (1) 血 β -HCG 持续升高。(2) 盆腔包块增大。(3) 腹痛加重, 腹腔出现内出血或内出血增加, 生命体征不稳定。(4) 心管搏动持续存在或治疗期间出现心管搏动。

2 护理

2.1 选择病例, 做好相关检查及术前准备 严格根据妊娠包块大小、血 β -HCG 值、患者的生育要求等因素来决定。护士要积极进行相关血、尿、B 超、心电图检查, 协助医生评估患者的情况。同时做好术前准备, 如病情变化需要立即手术。

2.2 病情观察

2.2.1 密切注意生命体征变化 按护理级别巡视患者, 注意观察生命体征变化并记录, 同时做术前准备, 卧床休息至监测指标正常后再适度增加活动量。卧床患者注意翻身, 预防褥疮发生, 翻身时避免增加腹压动作。

2.2.2 密切注意观察腹痛及阴道流血情况 腹痛为异位妊娠破裂的主要症状。孕囊未破时腹痛不明显, 多为隐痛。当孕囊破裂时疼痛较剧烈, 大多为突然发生下腹痛, 呈阵发性或持续