维普资讯 http://www.cqvip.com

急性腰痛病的新疗法

石家庄市第一医院骨科　霍端文

（河北石家庄，邮政编码 050011）

急性腰痛病是临床常见病，主要由于扛抬或搬运重物时不慎撕拉扭伤腰部肌肉韧带，或因腰部肌肉受凉受潮而发生急性腰肌纤维组织炎，严重影响患者的工作与生活。如单用常规疗法，病情容易由急性转成慢性，经过临床研究实践，我们采用了一种迅速有效的新疗法，取得了满意的疗效，现报告如下：

临床资料　作者收治急性腰痛病患者 136 例，其中男性 80 例、女性 56 例，20～30 岁 41 例、40～60 岁 64 例，60～72 岁 31 例。急性腰扭伤 71 例、梨状肌综合征 20 例、臀上皮神经炎 30 例、第 3 腰椎横突综合征 15 例。均以腰部剧烈疼痛、活动受限为主诉。

治疗方法　①先给病人针刺"闪腰穴"，具体位置在"梳骨茎突至肱骨外上髁划一直线，平均分成 4 份，肱骨外上髁近端 1/4 处，直刺，病人即有一种特殊的酸麻胀感，然后指导病人行腰部肌肉的活动，3 分钟后能止痛行走，5 分钟后疼痛可明显减轻。②本文采用沧州市 C2—01 型场效应治疗仪、棉垫、毛巾数块。患者取俯卧位。在腰部选好穴位，常用的穴位有：命门、腰俞、肾俞、腰阳关、环跳等。将上海海军医学研究所研制的"解痉镇痛酊"均匀地涂于治疗带稍宽、厚约 0.5cm 的棉垫上，敷于治疗穴位。将治疗带置于棉垫上，接通电源、选按场效应治疗仪上的弱档。每次 30 分钟。操作过程中要注意保暖，涂药要密度均匀，选穴要准确，要求患者全身放松。作者采用新疗法治疗急性腰痛病收到显著的疗效，总有效率 100%，治疗时间较前缩短 27.5%，治愈率 95.7%。

讨论　急性腰痛病的病理改变主要有受累处充血、水肿及肌肉痉挛。导致神经受到刺激引起腰痛、导致剧烈疼痛。"闪腰穴"是腰部肌肉的敏感点，针刺之后可迅速解除肌肉痉挛、缓解疼痛。在以场效应治疗仪加"解痉镇痛酊"行药物导入，可起到镇痛、解痉、消炎、促进血液循环的作用。此方法见效快、痛苦小、患者易于接受。

（收稿日期：1996—03—02）

264 例结肠、直肠癌手术护理体会

辽宁省鞍山钢铁公司立山医院外科　陈　丽

（辽宁鞍山，邮政编码 114032）

结肠、直肠癌为临床常见恶性肿瘤，其发病率高，在消化系统中仅次于胃癌。我院自 1982 年至 1993 年间共收治 264 例，其中结肠癌 106 例，直肠癌 158 例，均经手术和病理证实。现通过回顾性总结分析将手术护理体会报告如下。

临床资料　①一般资料：本组 164 例中男性占 102 例，女性占 62 例，发病年龄在 25～85 岁不等，发病程距就诊时间最短 15 天，最长 2 年。②临床表现，见附表。③治疗转归：本组病例均经手术治疗，术式包括：左、右半结肠切除术；乙状结肠切除术及直肠根治术；结肠造瘘术；术后无死亡。

症状体征	贫血	肠梗阻	腹痛	腹块	腹泻	粘液便	粘液血便	血便
例数	125	18	258	62	39	43	54	74
占%	47.3	6.8	96.9	23.4	14.4	16.2	20.4	28.0

护理体会　①心理护理：心理护理是护理疾病的重要方法之一。尤其是对身患绝症的病人，由于癌症威胁着他们的生命，使病人感到恐惧、绝望，感到生命已走到边缘，生存已不属于自己。有的还认为癌症是绝症，那么手术也是无济于事，因此往往对手术治疗失去信心。这时就需要护士主

维普资讯 http://www.cqvip.com

动关心、同情、帮助病人，找病人谈心，了解病人的思想顾虑，然后根据其不同职业、不同文化及性格等，对所提出的问题做耐心的，恰如其分的解释，用自己的爱心去温暖病人被癌症凝冻的冰点。由于解除病人恐惧心理，消除思想顾虑，增强了战胜疾病的信心，也取得了病人合作，多数便主动去配合医生做好手术。②术前护理：洗肠：术前肠道准备干净与否，是手术成功的重要条件之一。因此不可马虎，必须按要求认真执行，我们发现往往由于肿瘤压迫乙状结肠、直肠发生低位梗阻导致高位粪便潴留，所以洗肠时一定力求将肛管插入直肠高位，反复洗肠，使肠道清洁干净止。对老年便秘病人令术前一周无渣饮食，口服液状石蜡（每日服3次，每次 10ml），这样做将能使洗肠方便，达到手术要求。术前应常规置胃肠减压、留置导尿、备血、备皮、测体温、脉搏、血压。营养纠正：术前配合医生尽可能给高蛋白、高营养易消化的食物，必要时可补液或输血浆，增强病人身体营养，保证手术成功。③术后护理：由于结肠、直肠癌的手术方式较多，故护理工作也要有针对性。现以直肠癌为例：Pixon 手术术后护理：本组有 89 例做此术式。首先应铺好麻醉床备好腹带，准备好无菌引流管，引流袋及急救物品。病人回病房后，严密观察生命体征。患者未清醒时应去枕平卧，头偏向一侧。清醒后，给予平卧低平坡位，这样有利于腹腔及盆肠引流，并可减轻伤口缝合的张力，预防并发症发生，观察切口有无渗血、出血。术后一般要禁食 4 至 5 天。禁食患者常规做好口腔护理，防止口腔并发症。并鼓励病人咳嗽，如痰液粘稠无力咳出，可用糜蛋白酶 0.25mg，庆大霉素 8 万单位（或青霉素 80 万单位）加入 0.9%生理盐水 50ml 进行雾化吸入使痰液稀释，易于排出，防止肺部合并症发生。Swenson's 手术术后护理：本组有 29 例做此种术式，我们体会除同 Pixon 手术护理外，特别要注意观察拖出肠管备运情况，注意引流管是否通畅、引流物的量、色、性质的变化和排气时间。miles 手术术后护理：本组有 28 例做此种术式，另外有 12 例做单纯结肠造瘘术。与前两者术式不同护理是：术后 24 小时后要观察造瘘口（人工肛门）肠管的血运情况及肠管有无回缩。一般术后 24 小时内应恢复肠鸣，48 小时恢复肠蠕动，有矢气，观察中如发现异常，应及时通知医生进行处理。术后 4 至 5 天病人开始进食，造瘘口可随时流出粪便，应及时更换敷料，并将造瘘口周围皮肤涂氧化锌油膏，防止粪溺造成皮肤损害，保持局部及床单清洁。病人食容易消化、营养丰富的食物，避免进食辛、辣、刺激性强的食物，注意饮食卫生，以免产生腹泻。乙状结肠，直肠手术后病人往往会发生尿潴留，术后一般留置导尿 3～7 天，护理时应常规每日 2 次消毒尿道口，防止泌尿系感染。

（收稿日期：1995—02—20）

经口咽寰枢椎融合术的围手术期护理

中国医科大学第一临床学院骨科 高 艳 王 瑛

（辽宁沈阳，邮政编码 110001）

寰枢椎脱位经口咽行寰枢椎融合术，是一难度较大的手术。术中易造成副损伤，如脊髓损伤可致截瘫；如术前术后护理不当，可致多种并发症；如局部水肿分泌物增多致排痰困难，呼吸道阻塞及肺内感染；颈部制动不当可致植入骨块脱出使手术失败等等。我院骨科从 1990 年至今治愈此类患者 50 名，男性 37 名，女性 13 名。

术前准备及注意事项：①术前颅骨牵引是有效治疗方法之一，床头抬高 15～30cm，牵引重量 5～7kg。每日调整牵引弓螺栓 1 次，牵引针孔用 75%酒精消毒 2 次。翻身 2 次，保证头颈躯干在一条直线上，防止脊髓损伤。②此类患者多有思想压力，焦虑不安。对手术有恐惧感，致使睡眠不佳。这时，要积极耐心地解答所提出的问题，在护理中，做到稳、准、轻、捷，使病人对医护人员产生信任感，主动与医护人员合作，以良好的情绪接受手术。③由于该手术是以口咽部做为手术入路。因此，术前口腔护理是减少刀口感染的重要措施之一。口腔检查要仔细如每颗牙齿、牙周、扁桃体、咽壁及鼻腔，一旦发现炎证及时治疗。术前一周，每日用 1/5000 呋喃西林或洗必太含漱液漱口 3 次，用氯霉素眼药水滴鼻 3 次，清理鼻咽部分泌物，确