腰椎间盘突出症的围手术期护理体会

姚仲莉,宋 妮 (威海市立医院脊柱骨病科,山东 威海 264200)

[关键词] 椎间盘突出;围手术期;护理
[中图分类号] R681.53 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2010)03-0244-01

腰椎间盘突出症是因椎间盘退变、破裂、后凸压迫脊髓或神经而出现的以腰腿痛为主要特征的综合症,是骨科常见病、多发病[1]。我科自2004年至2008年对168例有手术指征的腰椎间盘突出症病人进行了手术治疗,通过加强围手术期护理,有效减少了术后并发症,提高手术治疗的成功率,取得了良好的效果,现将护理体报告如下。

1 临床资料

本组168例患者,其中男109例,女59例,年龄25~80岁。术前均经CT、MRI确诊。手术方式:扩大开窗58例;半椎板切除62例;全椎板切除48例,其中10例合并腰椎不稳定行内固定加植骨融合术;术后因血肿再手术3例。所有患者疗效满意,平均住院28 d。

2 护理要点

2.1 术前护理

术前1 d做抗生素过敏试验,仔细查看患者各项检查结果。手术日晨嘱患者排尽大、小便,对预计手术时间长的患者术前留置导尿管。进手术室前患者应取下假牙、手表、耳环等,穿手术衣裤,保持背部清洁干燥。术前2~3 d进行俯卧位训练,以使患者能够充分耐受术中体位。患者术后需绝对卧床3~4周,术前进行床上大、小便训练,可以避免术后因不适应卧位排便而至尿潴留或便秘。教会病人功能锻炼及正确翻身的方法,为术后离床做准备。指导病人进行深呼吸,有效咳嗽,增加肺通气量,预防肺部感染。

2.2 术后护理

术后4~6 h仰卧于硬板床或气垫床以压迫伤口利于止血,2 h轴线翻身一次,防止压疮。保持脊柱平直,勿扭曲,侧卧20~30 min后平卧,以保持引流通畅。严密监测生命体征并做好记录;注意病人意识、面色、尿量,尤其是合并心肺疾患、高血压及糖尿病的病人。保持引流管通畅,防止脱出。注意引流液的量、性质。如引流液鲜红,量大于100 mL/h,连续3~4 h,应警惕有活动性出血[2];引流液过少应注意有无引流不畅;如引流液明显增多且颜色淡红或淡黄,病人恶心呕吐,考虑脑脊液漏,按脑脊液漏护理。术后24 h内应密切观察病人腰腿痛症状有无改善,双下肢感觉运动情况,麻木是否减轻及括约肌功能等,并与术前比较。如原症状不消失或较前加重,可能与神经根水肿有关,如下肢感觉运动功能明显降低,肛周感觉丧失,甚至出现大、小便失禁,应警惕硬膜外血肿,立即通知医生,及时处理,避免神经受压过久,造成不可逆性损伤。注意伤口有无红肿热痛,术后5~10 d,患者如出现伤口及腰部剧痛、血沉加快、体温升高,可能是椎间隙感染。由于硬膜外麻醉加之手术创伤,术后易出现便秘和腹胀,因此应指导病人进清淡易消化、富含粗纤维饮食,顺时针按摩腹部促进肠蠕动。留置导尿管者应定时夹闭尿管以锻炼膀胱的反射功能,并做好尿道口的消毒护理,防止泌尿系感染。硬脊膜损伤是腰椎手术后最常见的并发症之一,本组有4例病人出现脑脊液漏。如考虑为脑脊液漏,立即通知医生,将负压引流改为普通引流,嘱患者去枕平卧或采取头低足高位,降低脑脊液压力,使脑脊液漏得到控制以利硬脊膜破裂口修复。也可取俯卧位,必要时切口加压包扎,补充白蛋白或血浆,防治咳嗽、咳痰、便秘等。

2.3 康复训练

术后麻醉作用消失后开始行直腿抬高运动,以牵拉神经根,促进神经根血液循环,防止神经根粘连和下肢深静脉血栓[3]。两腿交替进行,抬高角度由30°开始逐渐增加。术后一周进行腰背肌功能训练增强腰背肌力,对术后脊柱的稳定性起到代偿作用。采用飞燕式或五点法、三点法锻炼,每日2~3次,每次10~15下,循序渐进,不可过度劳累。

3 出院指导

嘱继续卧硬板床,术后3个月内须需带硬腰围,借以增加腰部力量,稳定脊柱,但不要超过3个月,避免腰背肌得不到必要的锻炼而影响脊柱的稳定性,发生下腰痛。此期间尽量减少脊柱活动,如需弯腰取物,应采取屈髋屈膝下蹲方式。术后半年内避免腰部负重和剧烈运动,防止再损伤。坚持腰背肌锻炼至少半年。定期复查,不适随诊。

总之,对行腰椎间盘突出手术的病人进行有计划全程护理、整体护理,有利于提高手术效果,预防并发症,促进功能恢复,提高患者生活质量。

[参考文献]

[1] 刘 霞,张焕芹,解艳玲. 腰椎间盘脱出患者术前心理反应及护理[J]. 职业与健康,2004,20(10):189.
[2] 陆 梅. 临床护理路径在腰椎间盘突出症围手术期的护理体会[J]. 局解手术学杂志,2007,16(5):335.
[3] 郑光峰. 下肢深静脉血栓的预防及护理进展[J]. 中国矫形外科杂志,2004,12(7):558-560.

[收稿日期] 2010-02-10 [修回日期] 2010-03-15 (编辑:杨爱军)