维普资讯 http://www.cqvip.com

患者而言放射剂量是安全的。对于腰椎间盘突出病人,为使术中的X线图像清晰利于医师操作,护士要嘱患者术前不能吃产气过多的食物如苹果、香蕉等,也不能进食过饱,进食应在术前3~4 h。另外要注意术前2 d不能进行消化道钡餐检查以免降低术中图像质量从而影响穿刺。

2.3 术后护理

腰椎PLDD术后要平卧6 h才能侧卧,24 h可起床下地,48 h可沐浴。颈椎间盘突出病人初次起床活动时必须注意姿势,并且要缓慢起床,起床时必须先侧卧,然后再慢慢将双下肢移动到床边,再起床活动。颈椎间盘突出者术后带项颈3周,腰椎间突出者带腰围4周,在此期内颈、腰部避免运动及负重。当患者出现椎间盘突出症状加重时应去除颈托、腰围诊查原因。

PLDD是一种治疗颈腰椎间盘突出的先进技术,其特点是微创、安全、有效、并发症少、无痛苦。但其适应症是有限的,且存在一定无效率。针对这一情况对病人进行耐心细致的心理护理,使病人了解这一治疗方法的优缺点,增强病人战胜疾病的信心,在术中配合手术,术后配合康复治疗有重要意义,并在一定程度上可有效减少术后医疗纠纷的发生。

(编辑:蒋登金)

RF-Ⅱ内固定器治疗腰椎滑脱症的围手术期护理

全丽芳 (解放军第92医院骨一科,福建 南平 353000)

[关键词] 腰椎滑脱症;RF-Ⅱ内固定器;围手术期护理
[中图分类号] R681.5 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)02-0143-02

腰椎滑脱症是是引起腰腿痛的常见原因之一,临床发病率可达到6%,以退变型、峡部型多见,主要表现为腰腿痛和腰部活动障碍,局部可有压痛,有神经根受压较重的患者直腿抬高试验呈阳性。经椎弓钉内固定加植骨治疗腰椎滑脱症是近年来国内应用较为广泛的方法之一。我院骨科自2002年至2005年应用RF-Ⅱ内固定加植骨治疗腰椎滑脱症32例,疗效满意,现将护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者32例,男14例,女18例,年龄28~66岁,平均44岁。根据Meyerding滑脱分类:Ⅰ度18例,Ⅱ度11例,Ⅱ~Ⅲ度3例。按滑脱部位:L4 13例、L5 10例、L5~S1节段9例,合并椎间盘突出11例。

1.2 方法与结果

疗效评定标准:①优:植骨融合良好,无腰痛和神经损害体征,腰部活动功能接近正常,恢复原来工作;②良:植骨融合良好,腰或腿轻微疼痛,无神经损害体征,腰部活动轻微受限,能从事原工作;③可:植骨融合良好,有轻微腰痛或轻度神经损害体征,腰部活动轻度受限,能坚持一般的轻工作;④差:腰部活动明显受限,不能从事工作。全部病例半年至3年,优20例,良10例,可2例。

2 护理

2.1 术前护理

患者大多数为中年人,思想负担重,患病后担心给家人及工作造成影响,又害怕手术会有并发症、后遗症,表现为焦虑、恐惧,对手术缺乏信心。因此护理中要注意尊重和理解病人,适时向病人介绍手术的基本过程、术后恢复的注意事项并耐心解答病人提出的问题。可采用现身说法,介绍已康复的病人与其交谈,增强其信心,以最佳情绪及状态接受手术治疗。术前在床上练习俯卧位以适应术中体位。指导患者掌握有效的咳嗽、咳痰、深呼吸方法,有吸烟史者劝其戒烟,以防止术后肺部感染。训练患者卧床大小便,以避免术后长期卧床不适应而造成尿潴留和便秘。

2.2 术后护理

患者术毕回病房时,应由3人分别托扶病人的头背、腰臀及双下肢,协调动作,将病人平稳托起平放在床上,始终保持脊柱中立位,防止腰部扭曲、旋转,术后患者平卧6 h以上,以帮助压迫止血。术后6 h以后可给病人翻身。翻身时应注意肩、腰、髋在同一平面上,避免腰部扭曲过伸。经常按摩骨突受压处皮肤,预防压疮。保持引流管通畅,妥善固定床边,防止受压、扭曲,并观察引流液的量、颜色、性状,如发现引流量多而颜色淡红、稀薄,应考虑有脑脊液漏可能,通知医生及时处理。植骨融合内固定的患者一旦发生感染,不仅手术失败,同时也对患者身心健康造成伤害,在护理操作中要严格执行无菌操作原则。术后3 d要严密观察患者双下肢感觉、运动、末梢血运及大小便情况。麻醉消失后即鼓励患者自己小便并活动双下肢,并与术前比较,若有神经刺激症状,遵医嘱予以及时处理并对患者肢体适当予以按摩。

2.3 功能锻炼指导

向病人讲述康复锻炼的重要性,使之主动配合。术后第3天指导病人做交替直腿抬高锻炼,初次抬高30°,逐步加大抬腿幅度,以防止神经根粘连。术后1周指导病人"俯卧飞燕式"腰背肌功能锻炼,1~2周行五点支撑法、三点支撑法,坚持每日3~4次,每次50下,锻炼次数以不感到疲劳为宜。可促进腰背

[收稿日期] 2006-12-10 [修回日期] 2007-01-19

维普资讯 http://www.cqvip.com

肌力量恢复,增强脊椎稳定性,因为良好的肌肉功能不仅增强体质,而且可以代偿轻度的骨、韧带切除造成的不稳定倾向,缓解术后腰部酸胀、乏力等不适症状。

2.4 出院指导

腰椎滑脱症手术患者出院后应继续平卧硬板床休息1~2个月,定期复查摄片,椎间植骨骨性融合后,在腰围保护下适当下地行走,术后半年可从事轻体力活动,避免弯腰、扛物等重体力劳动,并坚持腰背肌功能锻炼。

(编辑:朱志立)

100例腹腔镜辅助下胃癌根治手术配合体会

陈志美,卓 宏,曾 俊 (第三军医大学附属西南医院手术室,重庆 400038)

[关键词] 腹腔镜;胃癌根治术;手术配合
[中图分类号] R730.49 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)02-0144-02

腹腔镜胃癌根治术是近年来国内开展的一项新技术,由于术后病人疼痛轻,腹壁切口小,并发症少等优点,深受广大病人的欢迎。我院从2004年4月至今,共完成腹腔镜辅助胃癌根治手术配合100例,效果良好,现报告如下。

1 临床资料

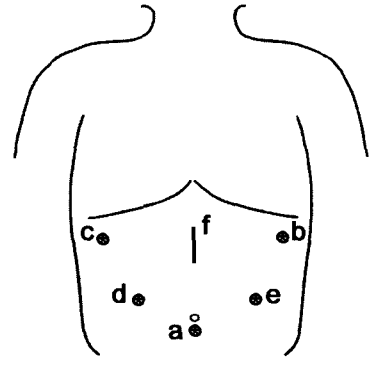
本组100例,男66例,女34例,年龄28~68岁,平均年龄40.7岁,其中根治性远端胃大部切除术68例,手术时间平均为216 min,术中失血量平均为105 ml;根治性近端胃大部切除术10例,手术时间平均为220 min,术中失血量平均为186 ml;根治性全胃22例,手术时间平均为325 min,术中失血量平均为455 ml。其中中转5例,术后肛门排气平均为3.7 d。

2 手术切口的建立与手术方式

手术切口的建立见图1。远端胃癌根治术分为毕I式即胃与十二指肠直接吻合,关闭胃残端;毕II式即腹腔镜下关闭十二指肠残端,胃与空肠吻合。近端胃癌根治术即食管与胃吻合,关闭胃残端。根治性全胃切除术是将整个胃切除,食管与空肠吻合,并在空肠处行侧吻合,以增加进入空肠代胃储留食物。

3 手术配合

麻醉采用全麻,气管内插管,术中用输液泵持续泵注瑞芬太尼维持,并进行呼末CO_2监测。病人入手术间后,在上肢建立静脉通道,协助麻醉。安置好尿管、电极板、电凝器脚踏、超声刀脚踏,超声刀的模式选择3档[1]。安装好各种仪器,使之处于工作状态,CO_2气腹压力维持在11~14 mmHg。协助手术者用导线无菌保护套将摄像头线、光源线、电凝钩连线套上,注意用无触摸技术。建立气腹,确认气腹针入腹腔后,连接CO_2气腹管,冲气量由低到高,然后选择自动注气。在肚脐下方1 cm处插入气腹针连接CO_2,建立气腹,放入30度斜面阴影镜探查腹腔,明确手术方式。手术结束后关闭切口,递12×20圆针7号丝线等逐层缝合切口,再次建立气腹,冲洗腹腔,检查出血,安置引流管,缝合皮肤。



a:脐下1 cm开孔放置摄像头;b:主要操作孔,左腋前线肋缘下2 cm,放置超声刀或放置腔内闭合器;c:辅助操作孔,右腋前线肋缘下2 cm,放置抓钳等;d:辅助操作孔,右锁骨中线平脐上2 cm放置抓钳等,也用于置入腔内切割闭合器;e:辅助操作孔,左锁骨中线平脐上2 cm,置入肝脏五叶拉钩或抓钳;f:上腹正中作5~7 cm切口

图1 手术切口建立示意图

4 体会

腹腔镜器械较多,护士应熟练掌握各器械的性能、构成、拆卸及正确连接。熟练掌握器械名称、用途,术中传递器械做到快、准、稳,保证手术高质高效完成。除了熟练掌握腹腔镜器械外,手术护士还应掌握吻合器、闭合器的型号、安装、用途等以保证手术顺利开展。手术过程中病人体位变换较多,巡回护士注意保护病人。巡回护士注意物品的摆放位置,做到心中有数。术中物品如:试血用的小纱条、血管吊带等物品应严格执行"两人四次"清点,防止异物遗留腹腔。超声刀手柄的灭菌方法优选环氧乙烷(EO),且连接主机端切忌浸水。缠绕光缆线时注意方法[2],防止打折而致光缆线损坏。术中注意保护超声刀头[3],随时清洗,清洗时超声刀头切忌碰容器壁。胃肠吻合时注意将胃管调至所需位置,吻合后关闭胃残端时再次调整胃管至所需位置并固定,然后关闭胃残端。

[收稿日期] 2006-12-10 [修回日期] 2007-02-24