维普资讯 http://www.cqvip.com

2 结果

本组病例术后6 h进食并离床活动,抗炎3~4 d出院。随访表明除个别病例局部有硬条感,除穿刺部位瘀斑外,其余无不良反应。

3 讨论

3.1 术前护理

首先做好心理护理,由于激光治疗大隐静脉曲张是项新技术,一些病人和家属对该方法不了解,持怀疑态度,有恐惧心理。护士要主动接近病人及家属,利用多媒体等相关资讯详细解释和说明治疗对改善病人临床病症的原理和意义,使他们消除对激光电凝手术是否成功的紧张心理和对手术费用产生的焦虑心理,还结合成功病例的现身说法来增加病人的信心,使其主动配合治疗。其次是做好术前各项准备工作,保证手术的安全进行。如血常规、凝血两项、肝、肾功能和血糖检测,心肺透视、心电图和彩色多普勒超声检查患侧下肢深静脉有无异常,除患侧下肢备皮外,术日晨嘱禁食并洗肠1次。

3.2 术后护理

病人回病室后取平卧位,患肢抬高15~30度,血压脉搏每小时测1次,3次正常后停止。对高龄和术前有心脑血管病者要适当给予吸氧,并心电监测24 h。观察患侧下肢足背与足趾有无水肿和皮肤颜色改变。穿刺部位有无渗血和血肿形成,当发现有改变时要报告医生适当松动弹力绷带改善血液循环。术后6 h进食并离床活动,因为长时间卧床双下肢过度伸展,会阻碍下肢静脉回流,导致深静脉血栓形成,影响疗效。另外个别患者手术后发生尿潴留,护理时要及时导尿,注意尿道口消毒。病人出院后指导科学饮食,坚持适当的运动,穿医用弹力袜3个月。

总之,与传统手术相比,激光电凝治疗大隐静脉曲张具有损伤小,疗程短,改善症状效果好等优点,相应的护理措施和必需的健康宣教能进一步的提高治愈率。

(编辑:蒋登金)

经皮激光椎间盘减压术的护理体会

郭晓燕 (新疆兵团奎屯中医院,新疆 奎屯 833200)

[关键词] 激光;椎间盘;护理
[中图分类号] R681.53 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)02-0142-02

椎间盘突出的激光疗法是利用激光能量使椎间盘内的髓核空洞化,降低椎间盘的压力,缓解和消除神经的压迫而达到治疗目的,此疗法称为"经皮激光椎间盘减压术"(percutaneous laser disc decompression PLDD),是一种治疗颈、腰椎间盘突出症的新技术。本文旨在探索PLDD的围手术期护理的方法以提高PLDD的疗效。通过对41例PLDD病人进行围手术期护理,均获得满意疗效,无1例并发症发生,现报告如下。

1 临床资料

我科自2005年3月至2006年8月共进行经皮激光椎间盘减压术治疗颈、腰椎间盘突出的患者100人次,按JOA标准取得满意疗效。PLDD是把穿刺针插入椎间盘中央,然后拔除针芯,插入激光光纤进行照射,照射后拔出穿刺针,包扎创口结束手术。

2 结果与讨论

2.1 心理护理

接受PLDD治疗的颈、腰椎间盘突出的病人一般存在以下心理问题:对手术期望过高,因为PLDD是一新技术,病人及家属往往对手术存在较高期望值,所以术前应对患者进行适当的心理护理,应告知病人椎间盘突出是一种复杂的疾病,PLDD后症状可能不会消失或不能在短时间内完全消失。其原因有可能同时存在第3腰椎横突综合症、臀上皮神经炎、腰三角综合症、棘间韧带炎等病,需要术后进行针刀、局部封闭、推拿等治疗。因神经受压时间长故病情恢复慢,必要时术后要配合理疗、神经阻滞针灸等治疗。PLDD与其他治疗方法一样,有效率约为80%。使病人及家属能够理解,从而配合术后治疗,并有效减少术后医患纠纷。患者往往对术中的疼痛存在恐惧,对术后是否会产生瘫痪存在疑问,护理人员可针对性的介绍PLDD的手术过程及安全性,增强病人的信心,同时也告知病人有可能出现的情况,使病人有一定的思想准备。

2.2 术前护理

对于腰椎间盘突出的病人应提前告知术中可能存在因穿刺针触及神经根而出现下肢反射痛的情况,使病人减少恐惧,并嘱病人出现上述情况时应及时告诉手术医师,使之做出正确的判断。术前应使病人练习带腰围。对于颈椎间盘突出的病人,术前应戒烟,有咳嗽的应予以适当的治疗,以免术中病人咳嗽影响穿刺的准确性。对于要作颈PLDD的病人为了术中穿刺的方便,术前要在护士的指导下用病人的四个手指将气管向穿刺点的对侧推移训练。方法是如果穿刺点在右侧,病人则用左侧的四个手指将气管推向左侧;穿刺点在左侧反之。术前要使病人练习带颈托,告知患者术中要使用C型臂X光机透视,对

[收稿日期] 2006-10-15 [修回日期] 2007-01-12

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