维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2003年第12卷第2期
J Regional Anat & Operative Surg, 2003, Vol.12, No.2

腰椎间盘突出症围手术期诊治与护理体会

高 宏* 王明辉*

腰椎间盘突出症是一种常见病和多发病。病变位置多在下腰段，以腰痛并一侧或双侧肢体放射痛为主要特征，严重影响病人日常生活和工作，反复发作给病人造成极大心理负担，因此也给护理带来一定的难度，现就我科近年来收住的98例患者的临床特征及护理报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

1995年12月至1999年12月，共收住腰椎间盘突出症98例，男76例，女22例。年龄24～73岁。

1.2 临床特征

98例病人均具有典型腰椎间盘突出症特征。腰痛和放射性下肢痛是本病突出的症状，多数病人先有腰痛过一段时间后出现腿痛，部分病人腰痛和腿痛同时发生，少数病人只有腿痛而无腰痛。腰腿痛有如下特点：下肢痛沿神经根分布区放射，故又称根性放射痛。常见腰椎间盘突出位于腰$_{4-5}$、腰$_5$骶$_1$，故引起坐骨神经痛；疼痛与腹压有关，一切使腹压和脑脊液压力增加动作均可使腰痛和放射痛加剧；疼痛与活动、体位有明显关系。一般活动或劳累加重，卧床休息后减轻。疼痛与体位有一定关系，为此病人常采取特殊体位（跛行）腰椎间盘突出症病人常有跛行，严重者需扶拐或不能行走，走路躯干僵硬，腰肌痉挛，脊柱畸形和活动受限。腰椎侧弯畸形多见，且生理弯曲消失，双侧腰肌痉挛，棘突间旁侧压痛与放射痛。神经功能损害，出现小腿运动、感觉、反射改变。直腿抬高试验阳性，加强试验阳性。所有病人均行CT检查，证明突出的性质和部位，其中腰4、5椎间盘突出症80例，腰$_5$骶$_1$椎间盘突出症18例，以侧旁型占绝大多数。

2 护理诊断与相关因素

2.1 术前

2.1.1 焦虑、抑郁、烦躁：它与身心痛苦及担心预后不良有关。

2.1.2 排便姿势改变：与排便时加重症状及神经根受压致排便困难相关。

2.1.3 疼痛：与突出椎间盘压迫神经根有关。

2.1.4 生活自理能力受限：与突出椎间盘压迫腰神经、坐骨神经致腰腿活动不便有关。

2.1.5 废用性肌萎缩：与疼痛、行动不便、活动量少有关。

2.1.6 营养失调—低于机体需要量：与疼痛折磨、寝食不安，摄入不足有关。

2.2 术后

2.2.1 躯体移动障碍：手术后疼痛致床上翻身，大小便困难，特别是尿潴留。

2.2.2 有感染的可能：与手术致创口感染，椎间隙感染等有关。

2.2.3 潜在并发症——出血的可能：与手术后硬膜外血肿致下肢功能障碍，原有症状加重，甚至瘫痪有关。

2.2.4 有脑脊液漏的可能：因术中硬膜损伤而致脑脊液漏或假性囊肿形成。

3 整体护理措施

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理：本组病人均发病时间较长，因症状时轻时重，外院反复诊治效果欠佳，表现为心理失衡状态，对治疗信心不足，加之疼痛剧烈，排便姿势改变，身心处于疲惫状态。故护士从患者一入院开始就要接待热情，详细介绍科室的技术力量，取得患者初步信任，使之接受检查，明确诊断，配合治疗与护理工作。

3.1.2 对症护理：首先进行一般健康教育，使病人及亲属对于产生各种症状的原因有一个初步的认识，便秘者多食蔬菜、水果、按摩腹部；疼痛者予以同情、安慰、分散注意力，必要时药物止痛，行动不便者给予协助生活护理，防止跌伤。

3.1.3 做好各种检查与准备工作，尽早施行手术解除病人的痛苦。

3.2 术后护理措施

3.2.1 全麻护理：密切观察血压、脉搏、呼吸、体温及肢体皮肤、大小便等情况。给病人氧气吸入，雾化吸入。

3.2.2 患者伤口有疼痛时表示同情，给予心理安慰，按摩周围组织以分散注意力，必要时遵医嘱给予适当的治疗。

3.2.3 术后初期可能会有恶心，甚至呕吐等情况，一般为麻醉后反应，严重时可要求药物帮助。

3.2.4 伤口有敷料覆盖直到愈合。用引流条者注意伤口下铺无菌巾，并及时更换浸湿敷料，估计出血量。如有伤口负压引流术后即接引流袋，正压引流一般引流为鲜红色，估计24 h不超过400 ml，若发现引流液为淡黄色或倒引流物时有分离现象，病人伴头痛、头晕、恶心、呕吐等症状，立即夹管，嘱病人俯卧，伤口压沙袋，并报告医生进一步处理。

3.2.5 病人返回病房后即观察双下肢的感觉及运动情况，并鼓励病人于麻醉消失后开始行双下肢的主动伸屈运动。对于活动受限者行被动活动，以防止神经根粘连及下肢血栓的发生。

3.2.6 观察体温变化，创伤性发热一般持续3～5 d，体温波动在38.5℃左右，不需特殊治疗，多饮水大于2500 ml/d。头部冰袋冷敷，必要时温水擦浴。若术后6～8 d又出现较术前严重的难以忍耐的腰背部疼痛，放射致双侧髋部或腹股沟部等，体温正常后

* 作者单位：532900 广东省东莞市虎门镇海军医院手外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

又略升高，血沉加快，可考虑为椎间隙感染，应及时处理。

3.2.7 全麻完全清醒后可进流食，肛门未排气前禁食牛奶及甜食，以免引起腹胀；排气后恢复正常饮食，在伤口愈合过程中禁食辛辣及刺激性食物，给营养丰富食物。如患者进食差可给静脉高营养改善营养状况。

3.2.8 液体是预防伤口感染的主要措施，正常成人为60滴/分，过快可增加心脏负荷，且减少抗生素在体内存留时间，加速排出，达不到应有的效果。

3.2.9 翻身，每两小时一次。根据是否有尿意再放尿，并按压膀胱排出残余尿，观察每次量多少，以利膀胱恢复功能。

3.3 出院前健康教育

3.3.1 腰背肌功能训练：对于采取开窗式椎间盘髓核摘除的病人，脊柱稳定性影响较少，术后3 d即可进行简单的腰背肌功能锻炼；半椎板切除或全椎板切除术式病人术后2周开始进行。病人仰卧位，两肩与骶部贴床面，腰部向上拉起，以不感到疲劳为宜；术后第8周增大腰背肌锻炼的力度，可采用飞燕点水式：患者俯卧位，颈部后伸，稍用力后抬起胸部离开床面，双上肢向背后伸，双肩伸直，从床上抬起双腿，使腹部为支撑点，身体两头翘起似飞燕点水。锻炼次数与幅度依个人具体情况而定，以不感到疲劳为宜。

3.3.2 休息与活动：根据手术具体情况不同，卧床休息1～4周，下床活动时先带好腰围，再逐渐进行，防止突然起来出现体位性晕厥的发生。下床时可先采取俯卧法，双足着地，再以双手配合撑起身体，保持腰部伸直位。

4 结果

按护理程序进行整体护理，患者均顺利达到预期目标，伤口Ⅰ期愈合。术后1～14 d症状完全缓解，合并大小便功能障碍者最长3个月恢复，所有病人均恢复了原有的工作。

5 讨论

病程漫长，症状时轻时重，易被忽视。病人症状反复发作，一旦出现大小便功能障碍，病变涉及范围广，须作外科处理才能解除压迫，无形中可给患者带来很大的心理压力，担心预后情况。因此，对治疗护理工作要求较高。

影像对本疾病诊断有其独特性。CT检查可清楚显示突出椎间盘形态、大小，与神经根关系，并为手术切除椎板范围提供依据。而护士则根据手术方法的不同采取相应的护理措施。

因术中要涉及硬膜囊、神经根，加之周围组织粘连易使硬膜囊破裂而形成脑脊液漏，术后严密观察相应症状。及时处理，并使用脱水剂，地塞米松20mg静滴1周，有利于防止神经根周围组织粘连。

（收稿日期：2003－04－22）

对循证护理的再认识

喻启玲* 柳丹陵*

循证护理（Evidence-based nursing，EBN）是受循证医学的影响而产生的护理新理念。近年来，循证护理观念在护理领域逐步兴起，相当部分的护理工作者对循证护理的认识还不充分，有些观念值得商榷，现分述于后。

1 循证护理并非新生事物，也不是老调重弹

的确，早在15年以前，Hunt就提出“每一个护士都必须竭尽所能，以保证其实践活动建立在最可靠的信息之上”。在同一篇文章中，作者还指出传统的“护理应该成为一种基于研究的职业”。大约20年以前，Gortner等就曾经指出在护理实践的很多领域都缺乏研究证据。不久后Ropper也指出：绝大多数护理实践活动都是在传统的基础之上进行的，缺乏一种科学认证的体系。

虽然人们早已认识到循证实践的重要性，但在过去的20年里，人们主要把精力集中在认识通向循证实践的障碍以及如何克服这种障碍上，这些障碍包括时间限制、接触文献的机会较少、没有接受过系统的文献检索培训、缺乏评估能力等等。传统的护理学着重强调实践知识而忽略理论知识。

循证护理真正成形、诞生并被广泛接受且获得长足发展却是近几年的事。如今在循证护理方面已经取得了显著的进展，如建立了Cochrane合作组织、循证医学工作组、循证实践中心以及循证学术杂志等。应该说比以前有了质的飞跃。

2 针对循证护理会导致护士只会照本宣科，从而忽略了个体化的护理

在循证护理的实践过程中，护士必需结合病人自身的特殊情况进行个体化的治疗和护理。那些认为循证护理只是照本宣科的人正是忽略了这一点。

循征护理有四种因素会影响对病人的治疗：临床专家意见、病人的主观意愿、临床研究证据、有效资源。在进行决策的过程中，临床专家意见和病人意愿往往要压倒另外两种因素。例如，即使某种特殊的治疗方法在临床研究中效果很好（研究证据），如果护士认为病人目前的身体情况无法承受这种治疗，那么该治疗还是无法进行，这时临床专家意见就占了上风。又如，临床环境和研究证据表明某种治疗方法对病人目前的病情来说是最好的，但病人拒绝进行该治疗，这时病人意愿就占了

* 作者单位：400038 第三军医大学附属西南医院门诊部