

经皮腰椎间盘突出摘除术的护理

叶秀琳 邱岸花

(广东省深圳市福田区人民医院 深圳 518033)

摘要:目的:观察经皮腰椎间盘突出髓核摘除术(PLD)护理配合的实施效果。方法:对 80 例行经皮腰椎间盘突出髓核摘除术患者实施密切护理,包括术前护理、术中护理和术后护理。结果:患者住院(9.5±2.1)d,疗效优良率达 97.5%,患者对护理质量满意度 98.8%。结论:积极的护理配合可保证手术治疗效果,有利于患者早日康复。

关键词:腰椎间盘突出症;髓核摘除术;护理

中图分类号:R 473.6

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)05-0071-02

腰椎间盘突出症是一种常见病、多发病,是引起腰腿痛的主要病因之一,它不但能引起腰腿痛、坐骨神经痛、腰椎侧弯、畸形、肌肉萎缩、跛行,还能引起性功能减退、不育不孕症、大小便失禁等,严重者还会引起弛缓性截瘫或瘫痪^[1]。2006 年 2~10 月经皮腰椎间盘突出摘除术(Percutaneous Lumbar Disketomy, PLD)配合护理 80 例,取得了良好的效果。现将护理体会报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组共 80 例,男性 57 例,女性 23 例;年龄 22~60 岁,平均 41.5 岁。腰椎间盘突出部位:L₄~L₅ 椎间盘突出者 45 例,L₅~S₁ 椎间盘突出者 22 例,L₄~L₅、L₅~S₁ 椎间盘同时突出者 13 例。直腿抬高试验阳性左侧 52 例,右侧 28 例。腰部疼痛及活动受限 76 例,下肢疼痛伴麻木 56 例,股四头肌及小腿肌肉轻度萎缩左侧 11 例、右侧 6 例,受累下肢踝背伸或跖屈功能减退 37 例。

1.2 手术方法 监视装置采用日立 TU-130 胃肠机,抽吸装置采用南京英特雷公司产腾氏 ITR-IV 型及 ITR-V 型自动椎间盘突出器。患者侧卧,患侧在上,以 CT 片上测得脊柱旁开距离为参数,消毒局麻,在 X 线双向定位下将穿刺针插入椎间盘,对 L₅~S₁ 椎间盘采用侧卧位腰部垫高患侧下肢过伸位。依次置入套管,环锯切割,然后置入电动环切仪,反复多方向抽吸至无髓核组织吸出为止。术毕拔出外套管,局部压迫后包扎,术后予抗感染治疗。

院。(3)排尿困难和尿潴留:排尿困难是无张力尿道中段悬吊术较为严重的并发症,文献报道^[2]部分患者在术后 24h 拔除导尿管后出现排尿困难,甚至出现急性尿潴留。术后早期的排尿困难多由于尿道水肿所致,按医嘱可适当应用激素消肿,同时保持导尿管通畅,留置 1 周拔除,并嘱患者及时排尿。1 周后仍尿潴留者,可先行尿道扩张,持续导尿,1 个月后仍不能排尿者,可在局麻下经阴道前壁切口行简单吊带松解术或者吊带部分分离断术。此时除了做好导尿管护理外,由于大多患者精神较紧张,需加强心理安慰。本组 1 例患者行 2 次尿道扩张后排尿困难症状消除顺利出院。(4)阴道前壁和 TVT 吊带糜烂:主要是由感染和阴道前壁切除过多、缝合过紧所致。除术中要严格无菌操作之外,术后 24~36h 需及时拔除阴道内纱布,观察阴道有无出血与异常分泌物,坚持每日 2 次的消毒护理,保持会阴部的清洁干燥,勤换内裤。对糜烂症状轻者可采用抗炎等保守治疗措施。本组无 1 例出现糜烂。

2.3 出院指导 嘱患者术后 4 周内不行重体力劳动,保持会

2 护理方法

2.1 术前准备

2.1.1 心理护理 因微创手术在我国还是一门较新鲜的学科,病人对此了解较少,加之可能产生的并发症,都会造成病人的恐惧心理。因此,做好术前谈话、心理护理对整个手术顺利进行,起到重要的作用。只有消除恐惧、紧张、焦虑等负面影响,在手术过程中,病人才会发挥其主观能动性,积极配合治疗,为手术的成功打下良好的基础。

2.1.2 术前饮食及必要的生活训练 术前 2d 宜吃富有营养、高蛋白、粗纤维饮食,以保持术后大便通畅,术前 1d 应训练病人在床上洗头洗澡、大小便等习惯,因在术后必须绝对卧床休息 5~6d。

2.1.3 术前辅助检查 常规进行血常规、大小便常规、CT 检查,询问有无心肺及其它疾病病史。

2.2 术中配合与护理

2.2.1 体位及铺巾 协助病人侧卧位,双膝并拢弯曲,两膝之间垫一小棉垫,暴露手术部位,严格消毒手术野,协助医生铺好孔巾,大单必须遮盖双眼,以防患者看见器械、血迹等引起紧张,不利于手术进行。

2.2.2 检查吸痰器 在抽吸的过程中,认真观察吸出的变质的髓核组织量、质,配合 CT 片来正确估计腰椎间中有无残留的髓核组织,在观察髓核组织吸出的同时,正确估计出血量的多少以供医生参考。

阴部清洁,避免坐浴,禁性生活 4 周。术后 3 个月回院行膀胱残余尿测定。

3 讨论

女性压力性尿失禁,是中老年女性的常见疾病,给中老年妇女的生活带来诸多不便,为了提高中老年妇女的生命质量,我们护理人员要格外关注这一问题。术前,要解除患者的心理压力,两项测定要到位,为医生把握病情进行手术提供依据,并严格做好其它各项工作;术后要严密观察,主动询问,精心护理,发现问题,及时报告,保证患者的痊愈质量。

参考文献

- [1]段继宏,杨勇,吴士良,等.北京地区尿失禁发病率调查[J].北京医科大学学报,2000,32(1):74~75
- [2]朱兰.张力性尿失禁的微创手术治疗[J].现代妇产科进展,2003,12(1):72~73
- [3]苟欣,吴小候,詹自力,等.经阴道无张力尿道悬吊带治疗女性压力性尿失禁[J].中华泌尿外科杂志,2003,24(6):403~404

(收稿日期:2006-09-21)

糖尿病患者的心理状况分析及护理对策

封亚萍 张秋玲

(浙江省杭州市第二人民医院 杭州 310000)

摘要:目的:了解糖尿病患者的心理状况,制定针对性心理护理。方法:应用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)进行心理分析。结果:31.7%的糖尿病患者有焦虑症状;19.5%的糖尿病患者有抑郁症状;12.2%的患者同时有焦虑和抑郁症状。糖尿病患者的 SAS、SDS 总分受病程、有无并发症影响。实施针对性心理护理 4 周后,SAS、SDS 总分都有显著下降($P<0.05$)。结论:糖尿病患者随病程延长及并发症的出现,多表现心理障碍,加强糖尿病知识宣教,给予针对性心理护理是必要的。

关键词:糖尿病;心理状况;心理护理

中图分类号:R 473.5

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)05-0072-02

糖尿病患病率在全球逐年增长,已成为继肿瘤和心脑血管病之后的第三位慢性非传染性疾病。中国普通人群糖尿病患病率 2.5%,其中 2 型糖尿病比例在 95%左右,主要见于成年人和老年人。目前糖尿病已成为一个日益严重的公共卫生问题,除了沉重的经济负担以外,糖尿病伴发的心理障碍亦引起大家的重视。我们对糖尿病患者进行心理调查,给予针对性心理护理,旨在制定合理护理对策。

1 对象和方法

1.1 对象 调查对象为 2005 年 5 月 1 日~12 月 31 日在本院内分泌科住院的 2 型糖尿病患者 82 例,均符合 1999 年 ADA 的糖尿病诊断标准,均能独立完成问卷调查。其中男 47

2.2.3 心理护理 在手术过程中,激励病人,嘱病人尽量放松,使患者有足够的信心来克服短暂的痛苦。从行为上可适当拍拍他们的手或者头部,让病人感觉到医务人员在关心、爱护他们,以消除其孤独感,从心理上得到极大的安慰。

2.2.4 严格执行无菌操作 整个手术过程,须严格执行无菌操作,预防感染。椎间盘手术的感染,不同于其它手术部位的感染,一旦感染,病人会出现剧烈腰痛,疼痛时呈角弓反张,轻微振动也会引起疼痛,持续高热等,持续时间很长。所以,椎间盘的手术无菌技术是整个手术过程最重要的环节。

2.2.5 术毕注意事项 术后拔出穿刺针时,迅速用纱布按压伤口 3~5min,继用止血贴十字交叉紧贴伤口,3d 后更换止血贴,过床时,病人平躺移动身体或者采用四人过床法。

2.3 术后护理

2.3.1 生命体征及注意事项 密切观察血压、脉搏、呼吸等生命体征的变化,注意伤口出血情况,给患者睡硬板床。术后 6h 内为防止穿刺通道出血及渗出,病人应仰卧位,使腰部和颈部肌肉减轻紧张。立位、坐位或行走时加用护腰带。

2.3.2 治疗观察 遵医嘱给予补液、抗炎等治疗,密切观察有无腹痛、腰痛、伤口痛及疼痛的性质、部位、持续的时间,如疼痛剧烈,适当给予止痛药。注意小便情况,如小便排不出,应给予导尿。注意腰部肌肉有无血肿存在,如有立即报告医生,并作相应处理。

2.3.3 运动训练 术后 1 周可做轻微的腰部伸屈运动,以不引起病人明显腰部疼痛为度,病人应避免过分前屈,严禁病人提举物品。术后 2 周可做“仰卧屈膝运动”和“俯卧伸展运动”,以后再做“直腿抬高运动”。进行行走锻炼时,先在平坦路面上锻炼,再适当地爬行一定高度,提倡绕圈行走,行走时应常变换方向。一般术后 6 周左右,病人才能同正常人一样

例,女 35 例;年龄 32~78 岁,平均(54.37±11.27)岁;病程 6 个月~19 年,病程 5 年以上的 38 例,5 年或以下的 44 例,平均(7.52±1.23)年;文化程度:中专及以上学历 26 例,中学 43 例,小学 13 例;有慢性并发症的 42 例,无并发症的 40 例。

1.2 方法 调查工具包括焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)^[1]。心理护理前、心理护理 4 周后评估 SAS、SDS 变化。统计方法采用 SPSS11.0 软件包进行检验。

1.3 护理对策 (1)根据病人需要,采取集体和个人多种形式,每周 2 次向病人讲授糖尿病的基本知识,现场指导注射胰岛素,练习测血糖和尿糖等技能操作。(2)对焦虑、紧张、激动、易怒的患者,了解情绪变化的原因及特点,帮助他们纠正保持坐和站立姿势。嘱患者 1 个月后才能做一些轻体力劳动,3 个月才能逐渐恢复正常。

2.3.4 饮食注意 给予高蛋白、低热量、多维生素饮食。讲解术后康复注意事项的重要性,希望患者严格遵守。

3 结果

按 Macnab 标准^[2]评定治疗效果,优(症状完全消失,活动自如,能从事正常工作)70 例,良(症状基本消失,日常生活无影响,劳累或特殊体位时症状出现,休息后症状消失)8 例,可(症状部分消失,日常活动有腰背部疼痛,特殊体位困难,休息后缓解)2 例,优良率达 97.5%。住院时间 8~11(9.5±2.1)d,护理质量满意度 98.8%。无 1 例并发感染。

4 讨论

在经皮腰椎间盘摘除术中,护士应具有腰椎间盘的解剖知识,在掌握放射学基本知识的基础上,熟练操作机器,以便更好地配合医生。熟悉手术过程中可能出现的不良反应,掌握观察要点,将观察到的各项指标、治疗效果及时报告医生,以便配合医生做出相应的处理。

经皮腰椎间盘摘除术前后,通过对病人适当的护理和治疗,细致的健康教育,使病人消除了对手术的不信任感以及焦虑,增强自信心和对医嘱的依从性,有助于提高手术的成功率。本组 80 例病人中,未出现感染及术后不良反应,术中未发生意外事故,我们将在实践中进一步完善制度,熟练操作,总结经验,规范护理,不断提高护理质量。

参考文献

- [1]鲁玉来,蔡钦林.腰椎间盘突出症[M].北京:人民军医出版社,2001. 106~112
- [2]李剑,祝天径.腰椎间盘突出症的疗效评定标准与康复标准[J].现代康复,2001,5(7):15~16

(收稿日期:2007-03-28)