



• 临床护理 •

一期后路病灶清除植骨融合内固定术治疗胸腰椎结核与护理

蔡正萍 (漳州正兴医院 福建漳州 363000)

摘要:目的 护理一期病灶清除植骨融合内固定术治疗胸腰椎结核的临床疗效。方法 回顾性分析 2017 年 7 月~2018 年 8 月期间,8 例采用一期病灶清除植骨融合内固定术治疗的胸腰椎结核病患者并随访,观察患者症状及截瘫改善情况、后凸畸形矫正情况及植骨融合情况。结果 所有患者症状均明显改善,3 例合并截瘫的患者中,5 例完全恢复正常。3 例 ASIA 分级改善 1~3 级;植骨均在术后 6 个月~2 年融合,治愈率 70.08%,好转率 18.58%。后凸 Cobb 角平均矫正 25.7°。结论 一期病灶清除植骨融合内固定术可有效地治疗胸腰椎结核,并能够同时矫正胸腰椎后凸畸形,患者可早期下床活动,临床疗效满意。

关键词:胸腰椎结核 围手术期 护理

中图分类号:R473.6 **文献标识码:**A **文章编号:**1009-5187(2019)02-222-02

近十多年来,脊柱结核发病率呈上升趋势^[1],临床以胸腰椎结核最为多见。过去经简单病灶清除手术加术后抗结核化疗就能够治愈的病例,现在临床往往需要彻底的病灶清除才能够治愈,迫使手术范围越来越大。为进一步观察病灶清除植骨融合内固定术的临床疗效,我科自 2017 年 7 月~2018 年 8 月,采用一期病灶清除植骨融合椎弓根螺钉内固定术治疗胸腰椎结核 5 例,疗效满意,现总结报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 3 例,女 2 例;年龄 27~64 岁,平均 39.6 岁。病程 3 个月~5.7 年,平均 10.6 个月。病灶累及 1~2 个椎体 39 例,≥3 个椎体 4 例。胸椎结核(T5~T10)2 例,胸腰段结核(T11~L2)3 例。术前均行 X 线及 CT 检查,5 例行 MRI 检查。X 线和/或 CT 和/或 MRI 发现 5 例都存在不同程度的椎旁脓肿,椎体有不同程度的破坏,有死骨形成,累及椎管 3 例。

2 术前治疗

应用四联(异烟肼、链霉素、利福平及吡嗪酰胺/乙胺丁醇)抗痨治疗>2 周,患者全身中毒症状明显改善,食欲明显好转,血沉每小时小于 40mm 或持续下降,血红蛋白大于 100g/L,即可行手术治疗。

3 术前护理

3.1 心理护理

腰腿结核病人病程长,症状重,身体消瘦,用药时间长,大多经济条件差,故心情复杂,心理负担重。针对病人出现的焦虑、恐惧、烦躁、悲观、失望等,采取主动为病人介绍本病的病因、病程、了解手术的必要性和可行性及安全性。

3.2 饮食护理

结核病是一种消耗性疾病,长期低热,盗汗,食欲减退,尤其是并发脓肿后,机体消耗增加。因此,患者营养的补充对手术及康复起决定性作用。根据不同情况,指导患者多进食高热量,高维生素,高蛋白饮食,保证身体所需的营养物质,增强机体抵抗力。

3.3 体位护理

指导患者绝对卧床休息。教会患者床上大小便,以及学会轴线翻身,以免术后因疼痛或体位改变而引起大小便困难,为术后长时间卧床做好适应性,指导患者床上活动四肢,如双扩胸运动,深呼吸等,以增强心肺的适应能力和四肢肌力,防止因长期卧床引起的并发症。

4 术后处理

4.1 病情观察

病人返回病房后未清醒时,应去枕平卧,将头偏向一侧;氧气吸入,专人护理,给予心电监护监测。严密观察 T、P、R 及血压的变化,清醒后测至平稳为止。观察创面有无渗血、出血,记录尿量,观察有无颈静脉怒张,评估出入量是否平衡,观察双下肢感觉、运动,注意原有的感觉、运动缺损区是否减少,每 1~2h 记录 1 次,如发现感觉及运动缺损增加或平面上升,及时报告医生处理。

4.2 引流管护理

伤口引流护理,为防止伤口内渗血积聚成血肿而发生粘连,伤口内置引流管负压引流。应保持引流管通畅,防止扭曲、受压及脱出。观察伤口敷料渗血、渗液,注意观察引流液的颜色、量的变化并做好记录,一般手术当日引流液为红色血性液,量>100mL 尚属正常,术后引流液应逐渐减少,量<50mL 即可拔除引流管。若引流液颜色呈淡黄色(洗肉样)且手术后 24h 引流量>300mL,则应考虑脑脊液漏的可能,应立即通知医生,采取相应的治疗和护理。

4.3 注意观察冲洗给药管保持通畅

给药管应有标记,固定高于切口敷料,避免伤口渗液流入给药管内,堵塞给药管道。每天从给药管道推注抗结核药物时,严格执行无菌操作原则,推药时,要缓慢,不要用力过猛,避免引起植骨块脱落以及脊神经损伤。

4.4 脊髓神经功能观察

术后 72h 内密切观察双下肢的活动与感觉情况。手术前的评估与手术后的评估由同一护士进行,并详细记录在评估表上,然后和术后随诊情况对比。神经检查包括肌肉力量反射和感觉。手术部位以下特别是双下肢的感觉、感觉活动情况。如检查下肢、肛门张力和膀胱功能。术后第 1 天神经功能情况每 2h 1 次;术后第 2 天每 4h 1 次;第 3 天后每日检查 1 次至出院。如患者出现肢体沉重感、麻木、刺痛或肌体不能活动,应立即引起重视,即做神经检查,如无发现神经损害,安慰病人,打消疑虑。如病人主诉以上症状持续出现,立即报告医生。如患者出现蚁行感,针刺样痛及足趾、关节能自主活动,标志着感觉运动功能的恢复。

4.5 预防压疮的护理

防止骶尾部褥疮发生,尾骶部给予垫水垫保护皮肤。定时为患者翻身,给予温水擦浴,受压部位局部按摩。

4.6 预防泌尿系感染

鼓励患者多饮水,每日 2000mL 左右,每日膀胱冲洗两次和每日会阴冲洗两次,每周更换抗反流尿管 1 次,如留置尿管超过 2 周,需每二周更换 1 次。因患者口服抗结核药物尿颜色会出现红色。注意观察尿液性状、量、颜色。

4.7 饮食护理

当患者可以进食后,应给予半流质食物如稀饭等,忌牛奶等不易消化的食物,以防引起胀气。3 天后待胃肠功能恢复可给予高营养、易消化食物,如瘦肉汤、骨头汤等。多食新鲜蔬菜和水果,以保持大便通畅。应忌生冷、辛辣、油腻、煎炸食物。

5 出院指导

合理调节饮食,加强营养摄入。避免疲劳过度,卧床 2 个月,然后佩戴胸腰支具下床负重行走。术后定期复查,如植骨融合,则可解除支具。在整个抗结核治疗过程中每个月定期复查肝功能。

6 小结

一期经后外侧病灶清除植骨内固定治疗胸腰椎结核,能够彻底地清除病灶,同期植骨,固定牢靠,后凸矫正效果好,骨性融合率及

(下转第 224 页)



• 临床护理 •

结疗机术前准备的护理体会

方美娟 (联勤保障部队第 909 医院 厦门大学附属东南医院普通外科 福建漳州 363000)

摘要:目的 结疗机在临床上术前准备的应用。**方法** 回顾性分析 51 例择期手术患者术前准备应用结疗机连接一次性使用肠道冲洗器肛管灌肠的临床资料。**结果** 本组患者均顺利进行清洁灌肠。**结论** 加强护理是术前准备患者应用结疗机清洁灌肠成功的重要保证。

关键词: 结疗机 护理 清洁灌肠 术前准备

中图分类号: R47 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2019) 02-224-01

灌肠是反复多次进行大量不保留灌肠的方法。彻底清除滞留在结肠内的粪便,为直肠、结肠 X 线摄片检查和手术前作肠道准备。但在护理工作中,我们发现使用传统的清洁灌肠方法为患者灌肠时,很多老年患者肛门括约肌收缩能力减弱,受灌肠液刺激后极易发生失控现象,导致灌肠被迫中断,因此不能进行有效的灌肠,从而影响手术的正常进行。我们应用结疗机连接一次性使用肠道冲洗器肛管灌肠,取得满意的效果。现将护理体会总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组患者共 51 例,女 25 例,男 26 例;年龄 43-86 岁。

1.2 治疗方法

采用结疗机连接一次性使用肠道冲洗器肛管灌肠。结疗机已运用于临床,它安装了电脑软件操作系统,护理人员只需根据操作步骤进行清洁灌肠的操作,就能安全自动的进行有效的清洁灌肠,为术前的肠道清洁做准备,有效的解决了反复多次的操作,减轻患者的痛苦,又能提高护理人员的工作效率,是目前肠道清洁的现代化工具^[1]。

1.3 结果

本组患者均顺利进行清洁灌肠保证手术的正常进行,减少因肠道原因引起的术后感染。

2 护理

2.1 心理护理

患者在忍受疾病痛苦的同时,既担心术后的恢复情况,又担心医疗费用对家庭造成负担,加之恐惧手术,易产生紧张、焦虑的心理,心理护理对患者身体恢复及健康有着重要的意义。护理人员应主动与患者交谈沟通,耐心倾听患者的心理感受,关心帮助其消除过度的担忧,与患者家属一起多与患者沟通。详细解释应用结疗机清洁灌肠的目的,步骤及意义,介绍其必要性。消除患者的焦虑情绪,使之以良

好的心理状态接受手术和护理,早日康复。

2.2 灌肠前准备

在灌肠前加强与患者的沟通,热情接待,微笑面对患者及家属,详细向其讲明此次清洁灌肠在术前准备的应用的必要性及目的,还有注意事项,以取得患者的配合^[2]。材料准备:一次性使用肠道冲洗器肛管 2 根,液体石蜡油,纱布以及一次性肠镜检查包。

2.3 体位

我科患者均取左侧卧位,双膝稍屈曲。患者取此体位时,能使灌肠结果达到更有效的效果。因此体位,结肠尤其乙状结肠和降结肠处于较低水平位置,灌肠液能顺利到达结肠。

2.4 灌肠后护理

清洁灌肠后让患者放松并可顺时针按摩腹部 5 到 10 分钟后排便,观察患者的大便性质,颜色,以便及时了解灌肠的效果,如没达到预期效果,应让患者休息片刻后继续灌肠。

3 讨论

由于肠道手术的特殊性,一般都要提早进行肠道准备,以达到更好的治疗效果。术前三天进行肠道准备,术前第三天嘱患者进食流质饮食,术前一天嘱患者禁食,并合用结疗机清洁灌肠以达到肠道清洁,减少并发症的发生。清洁灌肠的成功与否,除了护理人员的操作以外,患者的心理反应也会影响,这就要求护理人员热情主动地多与患者沟通交流,关心患者的感受,照顾患者的心理变化,并积极给予回应。使用结疗机清洁灌肠中,注意观察患者的反应,病情变化,若患者发生冒冷汗,心慌,气促需停止灌肠,通知医生进行配合治疗。整个灌肠过程中,护理人员应体贴、关心患者,尊重患者,守在患者身边,出现问题及时解决处理。为患者提供一个良好的治疗环境。

参考文献

- [1] 尹忠元,李凤辉,杨春.清洁灌肠的护理研究进展[J].当代护士,2005(2):8-9.
- [2] 王双双.门诊老年病人的护理体会[J].哈尔滨医药,2003,23(2):94.

作者简介:方美娟(1991-),女,福建漳州,护师,大专,主要从事临床护理工作。

(上接第 222 页)

结核治愈率高。该术式有明显的优点,但术前影像学资料提示椎旁脓肿明显或骨质破坏严重者,则可能出现复发,可能需联合行前路病灶清除,做到规范化治疗。此外,坚强的内固定也为术后护理和早期活动提供了重要条件^[3]。再加上术前认真准备和耐心细致的心理护理,为手术治疗准备了条件,术后严密观察和护理,量力而行的功能锻炼,使病人的治疗取得了满意效果。

(上接第 223 页)

建议推广。

参考文献

[1] 郭立业.实证整合式超前护理预防老年全髋关节置换术后认知功能障碍效果观察[J].齐鲁护理杂志,2017,23(20):89-91.

[2] 杨珮,陆立仁,林晓燕等.腹腔镜广泛性子官切除术患者术后认知功能障碍的危险因素与护理对策[J].中国实用护理杂志,2017,

• 224 •

参考文献

- [1] 金大地.关于脊柱结核治疗的讨论[J].中国脊柱脊髓杂志,2002,12(4):247-248.
- [2] 李小平.胸腰椎结核病人围术期护理[J].家庭护士:专业版,2008,6(14):1269.
- [3] 莫秋平.胸腰椎结核的护理[J].齐齐哈尔医学院学报,2010,10:3841-3842

33(8):590-593.

[3] 李小平,栾晓蝶,陈园园等.冠状动脉搭桥术后认知功能障碍与相关因素研究[J].护士进修杂志,2018,33(3):215-218.

[4] 蔡丽琴,陆云,屈惠琴等.协同护理对老年胸科手术患者并发术后认知功能障碍的影响[J].国际护理学杂志,2016,35(1):96-99.

[5] 王妍,王莹.术前认知功能训练对全麻老年患者术后早期认知功能障碍的影响[J].哈尔滨医科大学学报,2017,51(2):183-185,189.