

经皮椎体成形术治疗老年骨质疏松压缩性骨折的护理

廖灵莉(重庆市垫江县人民医院骨科 408300)

【摘要】 目的 总结经皮椎体成形术治疗老年骨质疏松压缩性骨折的护理方法。**方法** 对 58 例老年骨质疏松性骨折行椎体成形术患者术前、术后护理及出院随访进行总结分析。**结果** 58 例患者手术均获得成功,住院时间 5~10 d,止痛效果好,术中及术后均无并发症发生。**结论** 对行经皮椎体成形术的老年患者进行良好围术期护理是提高手术疗效,减少或避免并发症的重要保证。

【关键词】 骨质疏松性骨折; 椎体成形术; 老年

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.05.063 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)05-0616-02

经皮椎体成形术(percutaneous vertebroplasty, PVP)是指经皮通过椎弓根或椎弓根外向椎体内注入骨水泥以达到增加椎体强度和稳定性,防止塌陷,缓解疼痛,甚至部分恢复椎体高度为目的的一种微创脊椎外科技术。

1 临床资料

选取 2005 年 1 月至 2010 年 9 月收治的老年骨质疏松压缩性骨折患者 58 例,男 34 例,女 24 例,年龄 55~88 岁,平均 72 岁。车祸伤 13 例,跌伤 45 例,合并糖尿病 3 例。所有患者入院时神志清楚,无其他重要脏器损伤,卧床时间最短 3 d,最长 10 d。

2 护理措施

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 经皮椎体成形术是一项新技术,患者对其缺乏了解,担心手术效果及并发症。针对患者这种矛盾心理,入院后,护士应多巡视病房,用亲切的语言多与之交谈,使患者了解新技术治疗与原有传统治疗的区别、优点及方法。而且与患者家属进行良好沟通,使其在与患者交流时更好地缓解患者的心理压力。给予安慰和必要的病情解释,同时把以往成功病例向患者及家属进行介绍,稳定其情绪,帮助其树立战胜疾病的信心。

2.1.2 一般护理 完善相关各项术前常规检查,指导患者对原有疾病的治疗。因老年患者多伴有高血压、冠心病、糖尿病等慢性疾病,同时应预防感冒,治疗及控制原有疾病达到无手术禁忌。

2.1.3 术前功能锻炼 指导患者在卧床时进行腰背肌及四肢功能锻炼。因老年患者易出现卧床并发症,尤其是下肢静脉血栓及压疮、坠积性肺炎等,严重影响生活质量。患者入院后立即指导患者床上练习踝泵运动,主动活动四肢关节及肌肉。

2.1.4 卧位练习 术中体位维持是手术效果的保证,常采用俯卧位,故手术前 2 d 开始训练患者保持俯卧位 2 h。俯卧位时,双臂置于肩部上方,肘关节轻度屈曲,受压部位及膝关节处垫上适当垫料,使患者舒适。

2.1.5 术前用药 精神紧张的患者可使用些镇静药物,术前 30 min 常规静脉使用抗生素预防感染。

2.2 术后护理

2.2.1 术后 6 h 吸氧、心电监护 密切观察患者生命体征的变化,尤其关注血压的变化,椎体成形术所用的骨水泥注入椎体后有使动脉血压一过性下降的作用,可能与聚甲基丙烯酸甲酯骨水泥的单体或聚合体被吸收入血液循环有关。

2.2.2 体位护理 患者术后 6 h 内采用平卧位,骨水泥一般

在 1 h 内硬化,平卧休息,利于骨水泥硬化及减少穿刺部位并发症,6 h 后可行轴线翻身,24 h 后可带腰围下床活动。

2.2.3 切口观察及护理 切口一般压迫止血,注意观察切口周围有无红肿、渗血及渗液等情况,保持切口敷料清洁、干燥,如有渗血及渗液,应及时更换,同时保持床单清洁,如无上述情况,可 48 h 更换。

2.2.4 脊髓神经功能的观察 因骨水泥可经过不完整椎体后壁、骨折线等进入椎管内或神经根管内渗漏,导致神经、脊髓损伤,从而出现患者双下肢麻木、疼痛、活动障碍等症状及体征^[1]。术后应及时观察患者双下肢的感觉、运动情况,并与术前比较。如一旦发现异常,立即向主管医生汇报,根据医生医嘱行对症治疗或减压术前准备。

2.2.5 肺栓塞 据文献报道,骨水泥有通过椎旁静脉丛渗漏导致肺栓塞可能^[2],故术后须注意有无肺栓塞的发生,密切观察患者有无胸闷、心悸、咳嗽、呼吸困难、发绀等肺栓塞症状及体征出现,如出现及时报告医生及遵医嘱治疗。本科室患者均无肺栓塞发生。

2.2.6 饮食指导 本组患者均采取局部麻醉,术后即可进食,但患者多系老年人,骨质疏松、胃肠功能较差,宜给予富含钙及清淡饮食,如有高血压或糖尿病者,同时应给予低盐、低脂及少糖食物。

2.2.7 功能锻炼 术后第 1 天在床上进行直腿抬高练习,第 2~3 天可进行腰背肌功能锻炼,坚持半年以上;适当活动,避免加重脊柱负荷的活动。

2.3 出院指导 出院后,注意休息,增加钙质摄入及口服补钙药物,继续进行腰背肌功能锻炼,适当进行家务劳动及体育锻炼,避免剧烈运动,勿提重物,不可过度弯腰。如无特殊不适,前两个月每月复查 1 次,以后每季度半年复查 1 次。如果出现新的行走困难,髋部及大腿的感觉改变,新的疼痛或肠道及膀胱功能异常,应来院复查。

3 讨论

椎体压缩性骨折是老年骨质疏松常见并发症,传统治疗方法为长期卧床休息并对症治疗,但老年患者对长期卧床耐受性差,易出现严重卧床并发症,如压疮、坠积性肺炎、双下肢静脉血栓等,同时,由于活动减少,骨质疏松更加严重,病死率和致残率均较高。经皮椎体成形术是治疗骨质疏松引起椎体压缩性骨折的安全有效、微创的方法,术后恢复快,可迅速减轻疼痛并改善功能,增加椎体的稳定性,减少了卧床时间,提高生存质量^[3-4]。同时,该手术简单,创伤小,患者耐受性好,易于推广。而充分的术前准备、细致周到的心理护理及术后严密的病情观

察、康复指导是手术成功的保障。本科室采用经皮椎体成形术治疗的 58 例老年骨质疏松患者经周密的术前、术后护理及出院指导,均获得良好疗效,无并发症发生,受到患者好评。

参考文献

- [1] 张超,朱勇.经皮椎体成形及后突成形在脊柱外科的应用现状[J].实用骨科杂志,2003,9(6):505-508.
- [2] 张贵祥,陆军,潘纪青,等.经皮椎体成形术的临床应用价

值[J].中华放射学杂志,2002,36(4):300.

- [3] 王伟.经皮椎体成形术治疗老年骨质疏松压缩性骨折的护理[J].贵州医药,2011,5(3):477-478.
- [4] 张贵祥,陆军,潘纪青,等.经皮椎体成形术的临床应用价值[J].中华放射学杂志,2002,36(4):300.

(收稿日期:2011-10-05)

低血钾性麻痹临床治疗的观察及护理

王 平(湖北省十堰市郧县疾病预防控制中心 442500)

【摘要】 目的 回顾性总结低血钾性麻痹的临床特点及护理。**方法** 对 45 例低血钾性麻痹患者进行临床分析。**结果** 45 例患者病情稳定,经过补钾和针对病因治疗,全部痊愈出院。**结论** 低血钾性麻痹完全可以早期发现、早治疗,减少死亡。

【关键词】 低血钾; 周期性麻痹; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.05.064 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)05-0617-01

低血钾性麻痹简称低钾性麻痹,是神经、肌肉系统的钾代谢障碍性疾病,发作时血钾低于 3.5 mmol/L,常在剧烈运动、暴饮暴食、过度疲劳、受凉和输葡萄糖等诱因下发病,其病因包括周期性麻痹、甲状腺功能亢进、肾上腺腺瘤和肾小管酸中毒等。其表现为四肢、躯干及颈项部肌肉迟缓性瘫痪,多见于四肢无力,不能行走或跌倒等。病情加重时血钾低于 3.0 mmol/L,临床上有心律失常或呼吸肌无力称为重症低血钾型周期性麻痹,患者通常发病急,进展快,如不及时诊治,给予相应的护理措施,甚至会引起患者的死亡。为了对低血钾性周期性麻痹有更全面的认识,现将其诊治及护理过程总结如下。

1 临床资料

2006 年 1 月至 2011 年 7 月在本科室住院 45 例患者,男 40 例,女 5 例,年龄最大 46 岁,最小 14 岁,平均 30 岁。存在引起低钾血症的上述诱发因素之一,出现四肢乏力,不能行走伴肌肉疼痛,检测血清钾低于正常,心电图出现 U 波,临床诊断为低钾性麻痹。经过病因追查,周期性麻痹者 26 例,甲状腺功能亢进者 11 例,肾上腺腺瘤者 5 例,肾小管酸中毒者 1 例,不明原因者 2 例。这些患者经过适当补钾和针对病因治疗,全部痊愈出院。

2 护 理

2.1 病情观察 护理人员要熟悉本病的临床特点,严密观察和记录,严格床头交接班,有异常情况及时报告。观察的主要内容,(1)生命体征:每 20 min 检测体温、脉搏、呼吸、血压和瞳孔;(2)皮肤:观察有无皮疹及出血点,注意出疹时间及其特点;(3)观察肌无力特点,对出现呼吸道不适的患者,警惕呼吸肌无力麻痹;(4)观察大小便,记录好出入量;(5)遵医嘱配合各项检查,及时准确地配合医生做好血液生化、甲状腺功能及心电图检查,正确评估病情变化,以便采取正确的护理措施。

2.2 用药护理 治疗上以补钾为主,同时还应针对病因进行治疗。在 24 h 内一般补充缺钾的半量,以静脉缓慢持续补钾为主,并酌情给予 10% 的 KCl 分次口服,待病情稳定后,仍给予口服 KCl 治疗,直到血钾恢复到正常的底线。口服补钾时要注意患者肾功能情况,定期监测肾功能及尿常规。静脉补钾时要防止高血钾的发生,注意观察肾功能状况;24 h 静脉补钾

总量应 4~8 g,切忌滴注过快,血清钾浓度突然增高可导致心搏骤停;对难治性低血钾,需注意纠正碱中毒和低镁血症;短期内大量补钾或长期补钾时,需定期观察,测定血钾及心电图,以免发生高血钾。低血钾患者忌用洋地黄,易引起洋地黄中毒。

2.3 心理护理 低血钾性麻痹患者要求卧床休息,对瘫痪而生活不能自理者,要做好生活护理,不能翻身者,每 2 小时翻身 1 次。患者因有肢体酸痛、手指乏力、持物费力、腿沉重、不能行走或跌倒而精神紧张,尤其是青壮年会产生悲观失望和恐惧、焦虑的心理,护理人员要告诉患者及家属补钾后会康复较快,针对病因治疗预后良好,并鼓励患者说出自己的顾虑,消除其消极心理状态,帮助其树立信心,积极配合治疗。

2.4 饮食护理 给予患者高热量、高维生素、富含钾的易消化的饮食。鼓励其多饮水,保持体液平衡,应少食多餐,忌高碳水化合物食品,限制钠盐。避免过饱、饮浓茶、咖啡、酒等刺激性饮料。大量服钾可引起胃肠道刺激,嘱患者饭后服用。

3 讨 论

低血钾除可根治的病因外重在于预防,要避免各种诱发因素,重要的是应避免剧烈运动、寒冷刺激、过饱或饥饿、情绪紧张、甜食过多、过度饮酒等,做到合理饮食^[1-3]。在青少年成长期,无明显原因情况下,饮食上要多吃含钾食物。临床上配合医生仔细观察,辅助检查和精心护理,完全可以早期发现,进行成功的治疗和护理。

参考文献

- [1] 景炳文.急诊急救学[M].11 版.上海:上海科学普及出版社,1997:746-747.
- [2] 茆荣华,沈华,瞿冉冉.循证护理在低血钾性麻痹患者中的应用[J].安徽卫生职业技术学院学报,2010,9(3):66-67.
- [3] 饶香宏,廖伟春.低血钾性麻痹的诊治分析[J].局解手术学杂志,2005,14(2):107.

(收稿日期:2011-11-22)