

脊柱结核的围术期规范化护理

张 旭(重庆市中山医院脊柱科 400013)

【摘要】 目的 总结 93 例脊柱结核的围术期规范化护理的方法。**方法** 根据脊柱结核本身的特殊性,在围术期采取一系列规范化的护理措施,包括心理指导、营养支持、呼吸功能训练、术后监测和观察、体位指导、服药指导、功能锻炼等有效控制和预防并发症。**结果** 该组病例均痊愈出院,无护理并发症发生。术后患者生活质量明显提高。**结论** 脊柱结核手术风险大,加强规范围术期护理,提高患者的认知能力及配合力,是提高手术成功率、减少并发症的重要保证。

【关键词】 脊柱结核; 围术期; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.17.061 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)17-2326-02

脊柱结核占全身骨关节结核的首位,其中以椎体结核占大多数,又以腰椎结核发生率最高,胸椎次之。对人类的健康有极大的危害。临床表现有低热、疲倦、消瘦、盗汗、食欲不振与贫血,疼痛是最先出现的症状。对脊柱结核的治疗分为保守治疗和手术治疗,单纯的保守治疗疗效甚微,凡是出现神经症状而影像学检查确有脊髓受压者原则上都应该手术治疗,并辅以正规抗痨治疗,是治疗本病的有效方法^[1]。本科于 2005 年 1 月至 2010 年 8 月收治了 93 例脊柱结核,通过实施一系列规范化的围术期护理,获得满意效果,现将规范化护理措施介绍如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 93 例,其中男 69 例,女 24 例,年龄 23~62 岁,平均 39.8 岁,病程 3 个月至 5 年。

1.2 手术方法 患者采用全麻,前路或后路切口,采用病灶清除术、植骨融合内固定术、脓肿引流、神经减压、矫形重建等。

1.3 护理

1.3.1 术前护理 除常规术前准备外,做好以下几方面护理。

1.3.1.1 心理护理 结核病的病程长,生活自理能力下降甚至丧失,大部分经济基础差,部分患者情绪焦虑、悲观对生活或前途失去信心^[2]。因此护理人员应做到以下几点:(1)给患者创造一个舒适、整洁、安静、空气流通、阳光充足的环境,使患者的精神和身体都能得到改善,向患者说明结核病是由结核杆菌引起的一种慢性病,只有活动性肺结核可以经呼吸道传播,脊柱结核没有传染性,此病经过正规治疗是可以治愈的。(2)与患者及家属共同讨论他们所关心的问题,使患者了解手术的必要性、可行性及安全性。(3)对患者和家属进行相关知识教育,包括对手术、术后康复、疾病复发和后遗症的认知,使患者及家属主动参与术前准备工作,积极配合手术治疗^[3]。

1.3.1.2 营养支持 结核是一种消耗性疾病,贫血是最常见的并发症。贫血的患者补充铁剂,必要时输血或血浆,将血红蛋白增至 100 g/L。术前指导患者进食高热量、高蛋白质、高维生素类易消化食物。如牛奶、豆制品、鸡蛋、鱼和瘦肉类及新鲜蔬菜和水果。

1.3.1.3 体位指导 为预防病理性骨折导致瘫痪或瘫痪加重,向患者强调卧床休息的必要性。患者严禁坐位,应予以硬板床休息。卧床期间每 2~3 小时翻身 1 次,予以轴线翻身。要保持躯体上下一致,避免扭曲。

1.3.1.4 服药指导 药物治疗是治疗脊柱结核的基石^[4]。术前应用抗结核药物 2 周。有窦道合并感染者应用广谱抗生素至少 1 周。主要是避免手术后病变复发或扩散。抗结核药物具有一定的不良反应,定期进行肝肾功能检测,及多发性神经

炎和精神症状的检测,若用药期间发生听力异常改变,应立即停用链霉素,改用其他药物。红细胞沉降率下降,低于 60 mm/h 即可接受手术。术后系统化疗不应少于 1.5 年,向患者强调坚持用药的重要性,并督促患者用药,以彻底消灭病灶中的残留细菌,预防病灶复发。

1.3.1.5 呼吸功能训练 为防止肺部感染,肺不张等并发症,术前 3 d 教会患者正确的方法,其方法是:患者平卧床上,护士用手平放在患者胸壁,然后逐渐离开胸壁,患者用鼻深吸气努力用胸壁靠近护士的手,然后用口呼气^[5]。

1.3.1.6 排便的训练 术后患者须卧床,由于排便习惯的改变,会造成排便困难及尿潴留。因此,术前 3 d 让患者床上练习大小便,并形成习惯。

1.3.2 术后护理

1.3.2.1 生命体征监测 严密观察生命体征,尤其是血氧饱和度变化;术后 1~3 h 内,每 30 分钟测定一次生命体征,平稳后改为 1~2 h,术后持续监测 48 h。同时观察肢体温度、皮肤弹性、色泽、尿量等。胸椎结核手术后易并发气胸,应严密观察患者呼吸变化情况,如出现气急、胸闷等症应立即通知医生处理。

1.3.2.2 术后体位护理 一般术后平卧 6 h,可以起到压迫止血作用,6 h 后开始轴线翻身,防止脊柱上下部分反向扭曲,翻身侧卧后,背部垫软枕,保持 45° 倾斜角。每 2 小时翻身一次^[6]。术后使用胸腰椎矫形器,从而缩短了患者的卧床时间,减少了因卧床带来的并发症。

1.3.2.3 切口引流管的观察 各引流管固定的位置要正确、牢固,不可扭曲,避免切口受压引起疼痛加剧。严密观察切口渗血及引流液的量、颜色、性状,定时挤压引流管,确保有效引流。如引流液较清澈或为淡红色液体,应考虑是否有脑脊液漏,并及时报告医生。术后 48 h 引流量小于 50 mL,且颜色为淡血性,局部无肿胀,可考虑拔管。

1.3.2.4 脊髓神经功能观察 术后应严密观察双下肢活动感觉及肌力情况,并与术前进行比较。若改善表示脊髓压迫已解除;若变差或无恢复,则可能有脊髓压迫或脊髓水肿,应及时报告医师处理^[7]。

1.3.2.5 功能锻炼指导 患者肢体功能的恢复必须通过自主锻炼,任何治疗都无法代替自主锻炼。术后当天切口疼痛、麻醉作用,患者感疲乏无力,鼓励静养休息。术后第 2 天指导患者做膝关节屈伸运动,股四头肌等长收缩运动及踝泵关节运动,预防肌肉萎缩和关节僵直。术后第 3 天,切口引流管拔出后做直腿抬高练习,角度由能离开床面开始,逐渐增加,注意抬腿后维持高度数秒再放下,两腿交替进行,逐渐增加次数。1 周后做对抗性直腿抬高运动,外加阻力,增加运动强度及难

度,以不疲劳和疼痛为止。1 个月后加强腰背肌锻炼。

1.3.2.6 呼吸道护理 术后常规雾化吸入,鼓励患者咳嗽排痰,咳嗽前为患者拍背,患者深呼吸时护士用手随其呼吸按压两侧胸廓,尽量减轻胸壁震动和伤口疼痛。嘱患者咳嗽时不要过于剧烈、频繁。另外,每 2 小时指导患者按术前呼吸训练方法做深呼吸 10~15 次,以促进肺复张。

1.3.2.7 胃肠道的护理 患者需经侧前方腹膜外手术,此术式对胃肠道干扰大,术后患者常有腹胀。因此,术后患者禁食直到胃肠功能恢复正常,肛门排气后可逐渐进流质-半流-普食,约需 3~5 d 恢复正常普食,早期进食要少量多餐。不宜过早进含糖高的食物和豆类食品,以免加重腹胀。

1.3.2.8 出院指导 患者多在术后 2~4 周出院,出院时嘱患者继续佩戴胸腰椎矫形器 3 个月,翻身时注意保持躯干水平防扭转。嘱其加强营养,适当休息,防止过度劳累,预防感冒及各种感染。特别要坚持抗结核药物治疗,不能自行过早停药,观察药物毒副作用。定期检查血常规、血沉、肝肾功能、听力等。

2 结 果

本组 93 例患者均治愈出院,住院期间无护理并发症发生。术后随访 12~36 月,98% 临床治愈,2% 复发后再次手术而治愈。

3 讨 论

脊柱结核是一种继发性病变,病程长,常造成患者功能障碍,甚至瘫痪,脊柱手术创伤大、出血多,并发症涉及多系统、多脏器,患者服药时间长,经济负担重。作者认为通过术前心理

护理,服药指导,术后重点加强体位护理,呼吸道护理,功能锻炼,营养指导,预防并发症等一系列围术期规范化护理,提高了手术的成功率,有效地预防了并发症,缩短了患者恢复正常生活能力的时间。这也是本组病例无护理并发症发生,均恢复良好痊愈出院的重要原因。

参考文献

[1] 贾连顺. 脊柱结核外科治疗的几个问题[J]. 中华骨科杂志, 2007, 27(9): 641-642.

[2] 史晓娟, 辛娟. 脊柱结核患者家属焦虑、抑郁分析与护理干预[J]. 美中国际创伤杂志, 2009, 8(3): 55-58.

[3] 黄世敏, 林明侠. 后路椎弓根系统内固定术治疗脊柱结核的围手术期护理[J]. 护士进修杂志, 2010, 25(19): 1803-1804.

[4] 赵秋月, 王丽娟. 开胸手术患者呼吸道护理进展[J]. 中国实用护理杂志, 2008, 24(19): 74-76.

[5] 杨新云. 前入路胸腰段脊柱结核手术配合及护理[J]. 全科护理, 2009, 7(20): 1836-1837.

[6] 穆红, 花蕾. 前路病灶清楚植骨内固定治疗胸腰椎结核的护理[J]. 护理研究, 2009, 23(3B): 699-700.

[7] 刘海容, 郭晓菊, 于梅. 脊柱结核合并截瘫围手术期的护理[J]. 山东医药, 2007, 47(32): 166.

(收稿日期: 2013-01-21 修回日期: 2013-03-12)

红蓝光交替照射治疗寻常型痤疮的护理

杨咏梅(重庆市黔江中心医院 409000)

【摘要】 目的 研究红蓝光交替照射治疗寻常型痤疮过程中特色护理的作用。**方法** 本组患者参与治疗统计 79 例,予红蓝光交替照射面部,结合细致的心理护理、皮肤护理、饮食护理。**结果** 痊愈 36 例,占 45.57%;显效 28 例,率占 35.44%;无效 15 例,占 18.99%,总有效率为 81.01%。**结论** 不同的患者及其在治疗的不同过程中配合不同的护理方法,能有效地提高治疗效果。

【关键词】 寻常痤疮; 红蓝光; 照射治疗

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.17.062 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)17-2327-02

寻常型痤疮是一种累及毛囊皮脂腺的慢性炎症性皮肤病,其发病主要与性激素水平、皮脂大量分泌、痤疮丙酸杆菌增殖、毛囊皮脂腺导管的角化异常及炎症等因素相关^[1]。其皮疹表现以炎性丘疹、脓疮、结节、囊肿为主,伴有不同程度的色素沉着。现将本科门诊行红蓝光交替照射治疗患者的护理体会总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组患者均选自本科 2010 年至 2012 年门诊患者,参与治疗 87 例,其中脱落未能坚持治疗 8 例,实际参与统计 79 例。其中男 32 例,女 47 例,年龄 17~41 岁,平均 29.5 岁,病程 3 个月至 4 年。

1.2 治疗仪器及方法 治疗仪器:铜陵弘博光电科技有限公司生产的生物光消痤疮仪(安徽省铜陵市),其输出波长:红光 660 nm,蓝光 415 nm。治疗方法:红蓝光交替照射面部,每次 20 min,每周 2 次,共 8 次为一疗程,首次使用蓝光。治疗输出波长,红光(630±5)nm,蓝光(405±5)nm。

1.3 护理方法

1.3.1 光疗前的护理

1.3.1.1 详细了解病情,治疗前给患者建立护理病历,并签知情同意书,了解患者的年龄、职业与发病的有关因素,包括饮食习惯,睡眠质量,使用过何种药物及化妆品,女性月经史,妊娠史等,详细询问患者的既往病史,排除光敏性湿疹、自身免疫性疾病、叶啉症等光动力治疗的禁忌症^[2]。

1.3.1.2 心理护理 治疗前给患者介绍光治疗原理、治疗方法、疗程、成功病例和治疗期间可能出现不良反应,如头痛、皮肤红斑等,对患者进行细心的心理疏导,消除悲观、恐惧及自卑情绪,减轻心里负担^[3],从而消除患者的不稳定情绪,使其充满信心,能积极、主动、密切配合,完成治疗全过程。

1.3.2 治疗中护理 嘱患者平卧,用温水清洁患者面部,予冷热喷雾机热喷 10 min,用 0.1% 新洁尔灭消毒患处后,先清理非炎症性痤疮,然后清理炎症性痤疮,要注意严禁挤压面部危险三角区内的痤疮,避免造成逆行颅内感染^[4],为患者佩戴专用防目镜,把眼睛全部遮盖住,嘱患者闭眼。调整治疗头,保持全部面板与患者皮肤的平行位置,距离 2~5 cm,一般不超过 8 cm,治疗头不能与患者皮肤直接接触,治疗后要求患者休息 5 min 后再离开。