

• 骨伤护理 •

胸腰椎全椎板切除术围手术期护理

姜红娟 韩元龙

(南通市中医院, 江苏 南通 226001)

1995~1997 年, 我院开展全椎板切除术 32 例, 效果满意。现就全椎板切除术围手术期护理问题总结如下。

1 临床资料

本组 32 例中男 24 例, 女 8 例; 年龄 28~68 岁。其中腰椎骨折并截瘫 3 例, 陈旧性腰椎骨折 1 例, 椎管内肿瘤 1 例。

2 护理

2.1 术前护理 ①对截瘫病人应尽早帮助患者作瘫痪肢体的被动活动, 以促进肢体血液循环, 预防关节僵硬、挛缩及疼痛, 维持肌肉的长度, 并告知患者进行未瘫痪肌肉的主动活动。在围手术期内均应谨防褥疮、泌尿系感染、坠积性肺炎等并发症的发生。②术前 3d, 让患者练习俯卧位及在床上使用便器, 以克服术后因突然卧位改变不习惯自解大小便所增添的不便和痛苦。

2.2 术后护理 ①患者术毕返回病房后, 应让患者取俯卧位, 头偏向一侧, 防

止呕吐后胃内容物误入气管引起窒息。密切观察温度、心率、呼吸、血压的变化, 注意输液是否通畅, 手术部位有无渗血, 腹带加压包扎是否完好, 负压引流管是否通畅, 以及引流液的颜色、量的变化, 统计 24h 引流总量, 并做好交接班。②术后患者如不能自解小便可暂时取侧卧位, 医护人员应扶持中单, 保持胸腰部的稳定, 减轻损伤和疼痛。如仍不能自解小便时, 可针灸中极、关元、三阴交等穴, 留针 20min, 亦可用热水袋置于下腹部并行按摩, 必要时可行导尿。③麻醉作用消失后, 如患者出现切口疼痛, 应耐心向患者解释, 分散其注意力。如疼痛剧烈时, 可用耳针, 取穴枕下、神门、皮质下等。必要时给镇痛剂肌注。④严密观察双下肢及会阴部神经功能的恢复情况: 如麻醉消失后仍有下肢感觉或排便异常, 提示术中有误伤神经根和马尾神经

的可能。如有神经受压症状并进行性加重, 提示椎管内止血不完善、伤口缝合过紧、出血引流不畅而致神经受积血压迫或椎管狭窄未完全解除, 手术水肿炎症反应, 这两种情况均可导致神经瘫痪甚至截瘫。此时, 应迅速通知医生, 立即手术探查。⑤术后 48h 后如切口负压引流液 24h 少于 30ml, 可拔除引流管, 患者改仰卧位。协助翻身时, 应注意保持患者的躯干平直, 动作协调一致, 防止脊柱的弯曲和扭转。⑥术后 72h 切口疼痛缓解后, 要鼓励患者主动进行四肢各关节的功能锻炼。根据患者的体质, 幅度由小到大, 时间由短渐长, 循序渐进, 以患者不出现疲劳为度。⑦术后 5~10d, 如患者突然出现切口附近剧痛伴低热反应, 应及时通知医生。检查切口、血沉, 尽早排除椎间隙感染可能。一般情况下, 术后 10~12d 切口愈合可拆除缝线。

(编辑: 连智华)

带血管髂骨瓣移植治疗股骨头无菌性坏死的护理

常苏玲

(解放军第 97 医院, 江苏 徐州 221004)

自 1994 年以来, 我科采用带旋髂深血管蒂髂骨瓣移植治疗中青年股骨头无菌性坏死 17 例, 经过术前训练和术后精心护理, 髋关节功能恢复效果满意, 现报告如下。

1 临床资料

自 1994 年以来, 采用带血管髂骨瓣移植术治疗股骨头无菌性坏死 17 例, 均为男性, 年龄 8~43 岁, 术后住院时间 14~30d, 平均 18d。

2 护理方法和步骤

2.1 术前准备

2.1.1 了解手术部位及方法 手术切口起自髂嵴前部, 沿髂嵴向前达髂前上

棘, 然后向远侧方略偏外侧延伸 10~12cm。在清除病变组织后, 嵌入带血管之骨瓣, 骨瓣深入股骨头头部 1.5~2cm, 残腔以髂骨碎片充分填塞。

2.1.2 手术前的适应性准备 指导病人进行床上排便训练、手术肢体功能位的置放训练以及术后功能锻炼方法的练习, 以免手术后病人因疼痛等因素, 不能正确掌握其要领配合锻炼而影响康复。

2.1.3 皮肤准备 手术切口的部位与大小决定了皮肤准备的范围, 患侧肢体上起肋骨下缘, 下至大腿中下段, 前后均超过正中线(包括会阴部), 剃去毛发, 洗浴清洁皮肤, 更换病员服, 以减少皮肤感

染的机会。

2.2 术后护理

2.2.1 采取正确合理的体位 睡卧硬板床, 用腹带固定以减轻切口的张力和疼痛, 确保植骨部位的稳定。患侧肢体外展、内旋位皮牵引, 牵引的重量因人而异, 一般不超过体重的 1/7。膝下垫软枕, 膝关节屈曲 15°~30°, 使髋略屈。在调整体位时, 应避免髋部过伸, 以防植骨块受压过度而影响血运, 甚至骨块脱出。在生活护理过程中, 尤其是病人在病床上排便时, 要注意保持体位。

2.2.2 伤口引流液的观察 术后伤口内置引流管接负压球, 注意观察引流液