

选择性脊神经后根切断治疗下肢痉挛性脑瘫的手术配合

赵丽君 宋修爱

(威海市文登中心医院, 山东 威海 264400)

我院自 1996 年开展选择性脊神经后根切断术 (SPR) 以来, 共收治下肢痉挛性脑瘫 7 例, 疗效满意, 手术配合要点如下。

1 临床资料

本组 7 例中男 5 例, 女 2 例; 年龄 8 ~ 12 岁。均存在双下肢痉挛, 肌力 IV 级以上, 肌张力 III 级 ~ V 级, 智力均可达到配合功能锻炼的水平。经 X 线检查, 脊柱、骨盆、髋关节、膝关节无骨性畸形。

2 手术配合要点

2.1 术前准备 ①心理护理: 本组接受手术者均为儿童, 因日常活动范围受限, 接触少, 故天生胆小, 甚至环境中声响稍大亦能使之受到惊吓, 因此患者进入手术室后, 护士应态度和蔼, 动作轻柔, 以取得其配合。②特殊器械及物品准备: 常规脊柱外科器械包, 神经阈值探测仪 1 台, 神经根分离钩 2 把, 眼科剪, 止血棉片, 明胶海绵, 2 0 号无损伤缝线等。③体位: 俯卧于特制拱形架上, 使脊柱腰段呈弧形后突。因术中依靠观察臀至足的阵发性痉挛来判断脊神经亚束的电兴奋阈值, 为最大限度地减少因主观因素所引起的误差, 下肢的摆放位置至关重要, 应使之处于最大限度的放松状态, 不

允许有任何妨碍关节活动的因素存在, 此为手术成功与否的关键。

2.2 术中配合要点 ①气管插管全麻成功后, 取 L₁ ~ S₁ 间后正中切口, 逐层切开皮肤、皮下组织及腰背筋膜, 电凝止血, 剥离两侧骶棘肌, 纱布压迫止血, 以后颅凹拉钩将骶棘肌拉向两侧, 切除 L₁ ~ S₁ 棘突及椎板, 显露马尾囊及神经根。操作要轻巧、准确, 以免损伤神经根。洗手护士应集中精力, 及时准确地传递器械, 不得有碍术者操作。②全椎板切除后, 其创面常有渗血, 应准备骨蜡及止血棉片止血。将 2 0 号无损伤缝线递与术者行硬脊膜悬吊。③巡回护士调整手术床使患者处于头低足高位, 以减少脑脊液丢失, 从而避免术后出现头痛、头晕、恶心、呕吐等症状。术者于悬吊线间切开硬脊膜, 显露马尾神经及 L₁ ~ S₁ 两侧神经根。④洗手护士准备好 12 根长 10cm, 宽 0.5cm 的橡皮条并以生理盐水浸润, 待术者分离出各脊神经后根后, 依次递与术者作为牵拉标记脊神经根使用。⑤巡回护士将神经阈值探测仪调试好并配合术者操作仪器。洗手护士调整器械台位置使术者可方便观察患者臀至足的肌肉收缩活动以精确测量各脊神经

亚束的电兴奋阈值, 从而准确选择需行切断的脊神经亚束。⑥洗手护士准备好 2 0 号无损伤缝线, 待全部脊神经后根选择性切断后, 递与术者缝合硬脊膜。⑦冲洗手术野, 硬膜外置明胶海绵压迫止血, 并置带侧孔的乳胶引流管, 清点器械物品无误后逐层缝合切口。

2.3 术后搬运要点 因 SPR 手术需行全椎板切除, 脊柱稳定性破坏较大, 应将手术床调至与搬运车等高, 使患者两下肢伸直, 两上肢置于身旁, 3 人扶患者躯干, 使成一整体滚动至车上。或 3 人用手同时将患者平直托至车上以防搬运不当致脊柱滑脱。

3 体会

SPR 术于本世纪 70 年代应用于临床, 90 年代初在我国开展, 术式新, 创伤大, 手术步骤复杂, 手术时间较长。要求手术护士手法熟练, 反应敏捷, 对脊柱手术有一定工作经验以求手术快速、安全进行。

因接受手术者年龄小, 对失血的耐受性差, 巡回护士应密切配合麻醉人员作好监护工作, 及时准确地观察患者的生命体征, 保持静脉通道通畅有效, 及时输液、输血。

(编辑: 连智华)

下肢长骨骨折病人术后综合护理

李振玉

(蓬莱市第二人民医院, 山东 蓬莱 265612)

针对下肢骨折病人术后的特点, 对病人实施全面、合理、有效的护理, 收到比较满意的效果。现将护理体会介绍如下。

1 临床资料

我院自 1997 年 6 月至 1998 年 5 月, 行下肢骨折手术病人 98 例, 男 65

例, 女 33 例。年龄 18 ~ 76 岁。其中股骨骨折 43 例, 胫腓骨骨折 56 例; 合并内脏破裂 8 例; 开放骨折 32 例, 多发骨折 19 例。术后无一例发生膝关节僵直、肌肉萎缩及静脉炎等。1 例褥疮感染 (病人 76 岁, 摔伤 3d 才入院, 入院时已发生 II 度褥疮, 病人为股骨干骨折), 98 例病

人术后经过精心治病护理, 均痊愈出院。

2 护理体会

2.1 心理护理 护士要具有高尚的道德情操, 娴熟的技能, 优雅的举止, 以热情、和蔼、同情的态度, 耐心解答病人提出的疑问, 取得病人的信赖, 使病人愉快接受治疗及护理, 使药物和手术疗效充

分发挥。

2.2 生命体征观察 术后要密切观察生命体征变化,及时测量,认真作好记录。特别是合并内脏破裂及下肢多发骨折病人,如果血压下降,脉搏细数,面色苍白,四肢厥冷,要及时通知医师,同时加快输液速度并做好输血准备。

2.3 术后疼痛护理 疼痛是术后最常见的一种症状。剧烈的疼痛不仅使病人感到痛苦,而且常引起失眠、食欲不振及其它重要器官功能紊乱,因此术后镇痛药物的应用具有重要意义。在应用镇痛药之前,首先要观察一下患肢血运、活动、感觉的情况,无异常变化时方可使用。

2.4 患肢血运、活动、感觉的观察护理 术后患肢应给予保暖,并抬高患肢,以利于静脉回流,减轻患肢肿胀疼痛的程度,同时也可防止患肢过度肿胀压迫血管神经。术后应密切观察患肢末端皮肤的颜色、温度、足背动脉搏动情况以及患肢感觉、活动的情况。若患肢疼痛剧烈,足背动脉减弱或消失,足部皮肤灰白、发

冷,趾端感觉麻木或迟钝,趾甲发紫,需立即通知医师,采取措施。

2.5 切口敷料及股部引流管的护理 切口敷料要保持干燥整洁,避免污染。切口敷料渗血渗液较多时,切忌用卫生纸覆盖在上面吸干渗血渗液,应经严格消毒后,更换敷料,以减少感染机会。留置股部引流管时,应注意引流管是否通畅,并观察引流液的颜色、量,并作好记录。通常引流液为暗红色,若变为鲜红色,并带有血块,说明切口内有潜在出血,应通知医师及时处理。为确保引流管通畅,可经常挤压引流管。病人翻身时,要先摆好引流管的位置,勿折叠或压扁。引流袋勿高于引流口处,引流管也不可过度牵拉,以免脱出。若切口敷料渗血渗液较多,引流管却未引流出液体,应及时查明引流管不畅的原因。无异常情况,24h 后便可拔管,并更换局部敷料。

2.6 发热的护理 术后第 2 天便可出现发热,可持续 2~3d,这是由于局部坏死组织及渗血渗液吸收引起的。可告诉

病人这是机体的一种正常生理反应,一般不需特殊处理,可逐渐恢复正常。若体温超过 38.5℃,可行物理降温。无腹部禁忌症病人,鼓励病人多饮水,补充营养,适当休息,作好口腔护理和皮肤护理。必要时行药物降温。若术后体温持续 3~5d 不降,患肢疼痛加重,血分析:白细胞计数增多。首先考虑感染,应严格控制感染。

2.7 早期功能锻炼 术后要耐心指导、督促病人进行早期功能锻炼,这是术后治疗的一个重要环节。正确而积极的功能锻炼,不仅能防止下肢各关节的僵直、肌肉废用性萎缩、静脉炎等并发症的发生,而且能加速肿胀的消除,增加局部血液循环,利于骨折的愈合。

2.8 作好并发症的预防。

2.9 作好饮食护理。

2.10 其它 除了精心的心身治疗护理外,还应得到社会、家庭的协助和支持。

2.11 作好出院指导工作。

(编辑:连智华)

卧床骨折老人并发症的预防护理

邵海霞

(宁波市镇海区中医院,浙江 宁波 315200)

现将我院 1993~1998 年收治的 230 例骨折老人的护理体会报告如下。

1 作好呼吸道护理,预防肺部感染

肺部感染是危及长期卧床老人生命的并发症,常常是造成死亡的原因之一。所以,预防肺部感染是骨折老人护理中重要一环。老年人由于肾上腺素和肾上腺皮质激素减少,影响纤毛的活动,降低了呼吸道的自净作用,加之某些创伤,使胸壁和膈肌的呼吸运动受限,咳嗽反射减弱,咽喉内粘液不易吐出,肺内分泌物引流不佳,易使细菌和病毒在肺内繁殖导致肺部感染。故病人宜安排睡功能床,便于更换体位和引流。室内温度适中,空气新鲜,禁止吸烟。有痰的患者要鼓励将痰咳出。对被动体位者要协助更换体位。排痰困难者,可指导病人用拇

指按在胸骨上凹的气管处,用力咳嗽,借助胸腔变小、气流集中的原理,很容易就可以将痰咳出。此外,翻身、叩背、雾化吸入也很容易帮助病人排痰。

2 训练床上排尿,防止泌尿系感染

老人由于生理性老化,膀胱逐渐丧失支持的弹性组织,膀胱小室形成,残余尿量增多,而尿液又是细菌的良好培养基。有些老人不习惯床上排尿,以及其它原因造成的尿残留和潴留,使膀胱组织对细菌的抵抗力下降,而导尿及膀胱冲洗都很容易造成感染的机会。所以,防止尿路感染的最好方法是不插导尿管,帮助病人习惯床上排尿,训练膀胱反射性动作。当膀胱充盈时,用手由外到内、由轻到重按摩膀胱,待感觉膀胱收缩变小时,再由膀胱底部向前下方挤压排

尿,反复几次至尿排空。或是用艾灸关元、中极穴,每次 20min,至局部皮肤呈现红晕、温热止,效果也颇满意。此外,要保持会阴部的清洁。一旦有感染的迹象要大量饮水,以产生大量尿液冲洗膀胱,同时也可以防止尿结石的形成。

3 作好皮肤护理,预防褥疮

老年骨折由于长期卧床、固定、牵引等治疗,使褥疮问题变得更为突出。有些病人在入院 24~48h 之内就会发生压疮。在护理上尤其要注意皮肤的清洁干燥和动作轻柔。由于老人对疼痛的耐受力差,一经采用一种姿势后,便不再愿意更换体位,护理人员应及时主动地给予更换体位,尤其要做好二便后的护理,不要把这些事交给病人家属去干,以免损伤皮肤,造成感染。

(编辑:连智华)