

· 骨伤科护理 ·

经皮椎间孔镜下髓核摘除术治疗腰椎间盘突出症的护理

葛 梅

(浙江省杭州市萧山区中医院, 浙江 杭州 311200)

摘 要 **目的:**探讨经皮椎间孔镜下髓核摘除术治疗腰椎间盘突出症的护理方法。**方法:**2009 年 10 月至 2012 年 10 月,采用术前心理护理、体位训练、术后一般护理、切口护理、功能锻炼、出院指导等措施,规范护理腰椎间盘突出症患者 60 例,男 36 例,女 24 例;年龄 27~58 岁,中位数 39 岁;其中 L₃₋₄ 椎间盘突出 4 例、L₄₋₅ 椎间盘突出 38 例、L₅S₁ 椎间盘突出 18 例。随访观察切口愈合、并发症发生及腰椎功能恢复情况。**结果:**所有患者均获得随访,随访时间 5~12 个月,中位数 6 个月。切口均甲级愈合。均无脊神经根损伤、脑脊液漏、椎间隙感染、切口感染等并发症发生。按照日本整形外科学会腰痛疾患疗效评定标准评定疗效,优 43 例、良 14 例、可 2 例、差 1 例。**结论:**科学规范的护理措施有助于手术顺利完成,促进腰椎功能的恢复,减少术后并发症的发生。

关键词 腰椎 椎间盘移位 椎间盘切除术,经皮 椎间孔镜 护理

经皮椎间孔镜下髓核摘除术是在内窥镜监视下经椎间孔取出突出或脱出的椎间盘髓核组织,具有切口小、创伤小、出血少、术后恢复快、并发症少、手术费用低等优点^[1],是国际脊柱外科领域已经公认的高度微创手术。2009 年 10 月至 2012 年 10 月,我们对 60 例接受经皮椎间孔镜下髓核摘除术的腰椎间盘突出症患者进行系统护理,效果满意,现报告如下。

1 临床资料

本组 60 例,男 36 例,女 24 例;年龄 27~58 岁,中位数 39 岁;均为初次采用经皮椎间孔镜下髓核摘除术治疗的腰椎间盘突出症患者,其中 L₃₋₄ 椎间盘突出 4 例、L₄₋₅ 椎间盘突出 38 例、L₅S₁ 椎间盘突出 18 例。所有患者均表现为单侧腿痛,均经非手术治疗无效。

2 方 法

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 耐心与患者交流,了解其心理状态;用通俗易懂的语言向患者讲解手术的注意事项、重要性及其预后,向其介绍成功的案例,使其消除紧张、焦虑、恐惧等心理,以正确的态度对待手术,树立起战胜疾病的信心^[2];介绍术后护理要点及注意事项,使其积极配合治疗。

2.1.2 体位训练 术前协助患者进行手术体位耐受训练,训练时间 1~2 h;体位训练前先向患者讲解动作要点,再演示动作步骤,使其更直观地了解训练的要点及注意事项^[3]。

2.2 术后护理

2.2.1 一般护理 术后早期密切监测患者血压、脉

搏、呼吸等变化直至生命体征平稳,若发现异常,及时通知医生处理。注意观察尿液的色、质、量的变化,若发现患者尿液为淡蓝色,嘱其多饮水,无需特殊处理^[4]。密切观察患者双下肢运动、感觉情况,L₃₋₄ 髓核切除后,仔细观察患侧大腿内侧感觉及股四头肌肌力恢复情况;L₄₋₅ 髓核切除后,仔细观察患侧小腿及趾前内侧感觉及趾背伸肌力恢复情况;L₅S₁ 髓核切除后,仔细观察患侧小腿后外侧感觉及踝关节、趾跖屈肌力恢复情况。

2.2.2 切口护理 术后仔细观察患者切口处敷料有无渗血、渗液,若有少量渗血、渗液及时更换敷料,保持切口干燥;若渗血较多,及时告知医生处理。注意观察切口缝合处有无隆起现象,若发现皮肤局部隆起,应及时告知医生,以防出血或脑脊液漏在切口处聚集。

2.2.3 功能锻炼 术后 24 h 开始行直腿抬高训练,以防止术后神经根黏连;每天训练 5~6 次,每次 5~10 min。术后第 2 天开始行腰背肌训练,每天训练 4~6 次,每次 5~10 min。术后第 6 天佩戴腰围下床活动。注意掌握锻炼的时间和强度,循序渐进,以患者能承受为度。

2.2.4 出院指导 嘱患者卧硬板床休息,下床活动时佩戴腰围,避免重体力劳动,继续腰背肌功能锻炼,注意腰部保暖,定期复查。

3 结 果

本组患者均获得随访,随访时间 5~12 个月,中位数 6 个月。切口均甲级愈合。均无脊神经根损伤、脑脊液漏、椎间隙感染、切口感染等并发症发生。按

照日本整形外科学会腰痛疾患疗效评定标准^[5]评定疗效,本组优 43 例、良 14 例、可 2 例、差 1 例。

4 讨论

腰椎间盘突出症是临床上十分常见的一种疾病,是造成腰腿痛的最常见原因之一。采用传统开放性手术治疗该病,创伤大、恢复时间较长,而且术后可能对脊柱的稳定性造成不良的影响。随着医疗技术的不断发展,腰椎间盘突出症的治疗也逐渐向微创化发展。经皮椎间孔镜下髓核摘除术已成为微创术中较为成功的新技术。该技术经椎间孔入路,不破坏或很少破坏患者脊柱的骨性结构,对脊柱稳定性破坏较小;术中腰椎间盘造影,可明确纤维环破裂的部位;亚甲蓝髓核染色,有助于辨别需要切除的髓核组织;内镜直视下操作,可以保证髓核彻底切除,还可避免损伤脊髓及神经根,减少手术的盲目性。但是,手术的成功离不开护理的完善配合。术前耐心细致的心理护理,可以消除患者紧张、焦虑、恐惧等不良心理,使其积极配合治疗。术前体位训练可有效地改善患者对手术体位的不适应,减少手术应激带给患者的精神

心理压力,使其能够积极配合手术。术后密切监测患者的生命体征,观察尿液变化、切口渗血渗液情况及双下肢运动、感觉情况,一旦发现异常,应及时报告医生处理,减少并发症的发生。同时还应指导患者加强下肢及腰部功能锻炼,以促进腰椎功能的恢复,提高手术疗效。

5 参考文献

- [1] 赵辉,倪才方,唐天骥. 腰椎间盘突出症微创治疗进展[J]. 中国微创外科杂志,2007,7(7):641-642.
- [2] 赵冬梅,阮海军. 三维正脊复位治疗腰椎间盘突出症的预见性护理[J]. 中医正骨,2014,26(7):72-73.
- [3] 侯玲,焦素梅,苗慧丽. 经皮后路外侧椎间孔镜下髓核摘除术护理体会[J]. 长治医学院学报,2012,26(1):65-66.
- [4] 杨艳平,张小爽,巨宝兰,等. 侧后路经皮椎间孔镜下治疗椎间盘源性腰痛的护理[J]. 护理实践与研究,2011,8(7):47-48.
- [5] 日本整形外科学会. 腰痛疾患治疗成绩制定基准[J]. 日整会志,1986,60(2):391-393.

(2014-02-13 收稿 2014-04-21 修回)