

·护理论坛 Nursing window·

经皮椎间盘切吸术联合电热疗法治疗椎间盘突出症的护理

牟 凌

【摘要】 目的 总结 DSA 引导下经皮椎间盘切吸术(PLD)联合椎间盘电热疗法(IDET)治疗腰椎间盘突出症的护理经验。方法 回顾分析 126 例 DSA 引导下 PLD 联合 IDET 治疗椎间盘突出症术前、术中和术后的护理方法。结果 手术成功 112 例,无一例发生严重并发症。结论 DSA 引导下 PLD 联合 IDET 治疗椎间盘突出症的科学护理保证了治疗与康复的顺利进行。

【关键词】 腰椎间盘突出症;经皮椎间盘髓核切吸术;椎间盘电热疗法;护理

中图分类号:R47 文献标志码:A 文章编号:1008-794X(2009)-10-0776-03

Nursing care for patients receiving percutaneous lumbar discectomy and intradiscal electrothermal treatment for lumbar disc herniation MOU Ling. The Sixth People's Hospital, School of Medicine, Shanghai Jiaotong University, Shanghai 200233, China

【Abstract】 **Objective** To summarize the nursing experience in caring patients with lumbar intervertebral disc herniation who received percutaneous lumbar discectomy (PLD) together with intradiscal electrothermal treatment (IDET) under DSA guidance. **Methods** The perioperative nursing care measures carried out in 126 patients with lumbar intervertebral disc herniation who underwent PLD and IDET were retrospectively analyzed. **Results** Successful treatment of PLD and IDET was accomplished in 112 cases. Under comprehensive and scientific nursing care and observation, no serious complications occurred. **Conclusion** Scientific and proper nursing care is a strong guarantee for a successful surgery and a better recovery in treating lumbar intervertebral disc herniation with PLD and IDET under DSA guidance. (J Intervent Radiol, 2009, 18: 776-778)

【Key words】 lumbar intervertebral disc herniation; percutaneous lumbar discectomy; intradiscal electrothermal treatment; nursing care

椎间盘突出是因椎间盘变性,纤维环断裂,髓核突出刺激或压迫根、马尾神经所表现的一种综合征,是腰腿疼最常见的原因之一。常见于 20 ~ 50 岁的中青年,可表现为腰疼、坐骨神经疼、甚至大小便障碍、鞍区感觉异常等,严重影响患者工作和生活^[1]。近年来微创治疗手段逐渐引起了广泛关注,经皮椎间盘髓核摘除术(PLD)是其中常见的一种,其用于包容性椎间盘突出症的疗效已得到较广泛肯定^[2]。腰椎间盘内电热疗法(IDET)则是近几年兴起的新方法,文献报道其具有较好的初期疗效^[3]。我科 2006 年 1 月至 2008 年 12 月应用 PLD 联合 IDET 治疗腰椎间盘突出症 126 例,取得较好疗效,现将护理体会总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 126 例,男 72 例,女 54 例,年龄 18 ~ 72 岁,平均 43 岁,所有患者均表现腰痛或(及)腿痛、麻木,严重者行走困难,均经保守治疗 3 个月无效,经 CT 或 MRI 证实为椎间盘突出。

1.2 手术方法 设备及器械:椎间盘摘除器(烟台沪光医疗器械公司),IDET 导管(Smith & Nephew 公司 美国)。

操作方法:①PLD 组操作基本同滕皋军^[2]所述,略有不同之处在于进针点取棘突旁开 8 ~ 12 cm,与皮肤呈 45° ~ 60° 进针,使针尖正好位于病变椎间盘后部,紧贴突出的椎间盘组织,尽量摘除突出的椎间盘组织,以期达到更好的减压作用。②IDET 在 PLD 的基础上,经工作外套管置入具可屈性、可转向的带温控热阻线圈的电热丝,将探头加热段盘曲于病变椎间盘后缘纤维环和髓核移行部后可进行

加热。一般加热时间为 10 ~ 15 min, 从 65℃ 逐渐升温, 并密切注意患者反应, 最高温度不超过 90℃, 并持续 8 min。治疗过程中如患者出现下肢放射性疼痛等神经根症状或其他不适, 应立即停止加热, 并检查电热丝位置是否正确。在重新定位并确保无其他不当操作的情况下, 继续治疗。如患者反应严重则需中止治疗。治疗结束后, 经导管给予抗生素预防感染。

2 护理方法

2.1 术前准备

2.1.1 心理护理 腰椎间盘突出症患者由于病程长, 疼痛反复发作, 经多种保守治疗方法效果不佳, 有焦虑、紧张、恐惧的心理^[4], 但患者对介入治疗效果期望值过高, 护士应详细向患者介绍手术的目的及注意事项。另外要告知部分患者(约 1/3)术后 2 周左右有反跳现象, 疼痛不缓解甚至加重, 因为髓核消融需要一定的过程, 一般术后 3 个月达到最佳效果。帮助患者正确对待疾病和治疗, 保持良好心态, 积极配合治疗。增强患者对手术治疗的信心, 有针对性的进行心理疏导, 帮助患者度过术前焦虑期。

2.1.2 术前指导 ①完善术前辅助检查: 包括腰椎间盘 CT 及 MRI; 化验三大常规, 肝肾功能, 乙型肝炎标志; 心电图, 胸片等常规检查。②指导病人加强营养, 提高机体免疫力, 保持大便通畅; 指导患者平卧硬板床, 在床上练习大小便及正确的翻身姿势。③协助医生做好体格检查, 了解腰腿疼疼痛程度, 双下肢肌力, 感觉、运动、深浅反射, 以作为病人术前术后病情变化的依据。

2.2 术中配合

2.2.1 体位及铺巾 患者取病变重的一侧侧卧位, 双膝并拢弯曲, 腰部垫枕, 使病变部位的椎间盘展开, 充分暴露手术部位, 严格消毒手术区域, 协助医师铺好洞巾。

2.2.2 检查手术器械设备状况 检查全套高压灭菌后的切吸器械: 穿刺针、环锯、套管、髓核钳; 负压吸引器以及电热发生器、点热疗导管等。

2.2.3 心理护理 由于在局麻下手术, 患者处于清醒状态, 手术时患者有一定的疼痛, 术时跟患者讲手术过程, 让其尽量放松, 术中跟患者谈论非手术话题以分散患者注意力, 减轻患者紧张情绪和痛苦。在手术过程中, 可以适当拍拍患者手或头部, 消除患者孤独感, 使其在心理上得到安慰。

2.2.4 严格执行无菌操作 手术室及手术器械要

严格消毒; 手术过程必须严格执行无菌操作, 预防椎间盘的感染。一旦发生感染, 患者会出现剧烈腰疼, 轻微的活动也会引起疼痛, 严重时是可控角弓反张, 由于椎间盘的血供差, 需要长时间大剂量的抗生素, 因此手术要做到绝对无菌。

2.2.5 术中配合 ①术中密切观察患者心电变化、血压情况和下肢情况。②置入套管和用髓核钳髓核时密切观察患者反应和下肢活动情况, 以防止损伤神经和脊髓, 观察钳取髓核的形状、颜色、体积大小, 将钳取髓核放在一起以评估摘除髓核的量。③连接好负压吸引器, 观察切吸过程中有无血液渗出, 若有较多的血性渗出物, 表明有血管损伤, 应协助医师采取止血措施, 停止切吸。一般切吸用 1 000 ml 生理盐水。④协助医师放好 IDET 电热疗导管, 连接电热发生器, 将温度从 65° 逐渐调整至 90°, 持续时间约 8 min, 治疗过程中如患者出现下肢放射性疼痛等神经根症状或其他不适, 应立即停止加热, 并检查电热丝位置是否正确。在重新定位并确保无其他不当操作的情况下, 继续治疗。如患者反应严重则需中止治疗。治疗结束后, 经导管给予抗生素预防感染。

2.3 术后护理

2.3.1 一般护理 术后密切观察血压、脉搏、呼吸等生命体征的变化和伤口有无出血。患者术后卧硬板床, 嘱绝对平卧 6 h, 翻身时两手用力要均匀, 肩、胸、腰、臀一致, 遵循平轴翻身原则, 使腰部肌肉减轻紧张, 同时能压迫穿刺通道, 能有效防止出血及渗出。观察局部穿刺点及皮肤有无红肿、疼痛等局部炎症反应、下肢活动情况、腰痛程度及体温变化情况。给予患者高蛋白、高维生素饮食, 卧床期间注意增加膳食纤维的摄入, 保持大便通畅, 加强生活护理, 保持床单位干燥、整洁。

2.3.2 心理护理 告知患者治疗后可能会出现腰痛、坐骨神经痛等症状加重反应, 是由于治疗后椎间隙组织涨满、轻度水肿, 神经受压所致, 一般 24 ~ 72 h 后会减轻, 以解除患者心理负担, 配合治疗护理。讲解康复训练的重要性, 严格按照计划循序渐进, 坚持进行。

2.3.3 疗效观察 术后常规给予抗炎、脱水剂、激素等药物治疗。密切观察患者有无腰疼、腹痛、伤口疼痛以及疼痛的性质、部位、持续时间。注意穿刺部位有无渗血、血肿, 下肢活动情况, 以便及早发现有无血肿及脊髓损伤。

2.3.4 手术并发症的预防 ①伤口出血或血肿; 血

肿一般较小,经休息、热敷、给予止血药,能自行吸收和痊愈。②腰椎间盘突出感染或软组织感染:术前、术中、术后均应用抗生素预防感染,术中用物绝对无菌,器械和各种导管灭菌后,使用前均用抗生素盐水清洗后再使用于术中,操作也严格应用无菌技术。③神经损伤:观察患者的下肢感觉,足部活动情况,严格查看患者下肢的活动情况。

2.4 康复指导

2.4.1 术后 睡硬板床,卧床休息 7 d。术后 1 d 开始协助患者做双下肢交替被动抬高练习,抬高下肢直至出现疼痛,每次 2~3 min,每天 3~5 次。不宜久坐,一般不超过半小时,腰部不能负重。早期直腿抬高训练可减少神经根周围血肿压迫和粘连^[5]。平卧时双膝下垫一枕头使腰部充分休息,尽量减少活动范围,坐、行走时宜加用护腰带。

2.4.2 腰背肌肉锻炼 术后 3 d 开始帮助患者锻炼腰背部肌肉,以提高腰背部肌肉力量,增加脊柱的稳定性和灵活性。可用仰卧挺伸锻炼法进行背伸活动,以防止肌肉萎缩。挺腰练习,促进腰背肌肉功能恢复。

2.4.3 术后 4 d~2 周 避免长时间坐立,一次坐立时间在 15 min 之内。可进行轻微腰部伸展运动,严禁提举重物。避免弯腰及重体力劳动 3 个月,佩戴腰围 1~3 个月,适当腰部活动,继续做直腿抬高运动和腰背肌功能锻炼。掌握正确的搬物姿势,下蹲时屈髋屈膝使重物尽量靠近身体后,再向上提起物体。养成良好的生活习惯,逐渐加强运动、锻炼,强有力的背部肌肉,可防止腰背部软组织损伤,增强椎体的承重能力。为减少腰部负荷,应以站立为主,坐位时腰部略后倾,或垫一靠垫支撑腰部,尽量减少腰部前屈动作,睡眠时应卧硬板床,平卧位最佳,使脊柱处于伸直状态利于恢复^[6]。

3 结果

患者住院期间在全面的整体护理和科学的康复指导下,本组患者术后随访 3~12 个月,采用 MacNab 标准,结果分优(症状完全消失,活动自如,能从事正常工作)94 例,良(症状基本消失,日常生活无影响,劳累或特殊体位时症状出现,休息后症状消失)18 例,可(症状部分消失,日常活动有腰背部疼痛,特殊体位困难,休息后缓解)14 例,优良率达 88.9%。住院时间 5~10(7.2 ± 2.3) d 所有患者无椎间盘感染和神经损伤等严重并发症的发生。

PLD 联合 IDET 是治疗腰椎间盘突出症安全、有效地治疗手段,而且具有创伤小,恢复快的优点。在积极手术治疗的同时,配合科学的护理方法,能有效保证手术的开展和术后的治疗。出院时建立医患联系卡,进行随访调查,对患者术后功能锻炼进行指导。因此做好该类患者围术期的护理,健康指导以及科学的康复锻炼也是手术成功的必要补充。我们将在实践中进一步总结经验,规范护理,不断提高护理质量。

[参考文献]

- [1] 胡有谷. 腰椎间盘突出症[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1994: 130.
- [2] 滕皋军. 经皮腰椎间盘突出摘除术[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2000: 127 - 132.
- [3] Kapural L, Hayek S, Malak O, et al. Intradiscal thermal annuloplasty versus intradiscal radiofrequency ablation for the treatment of discogenic pain: a prospective matched control trial [J]. Pain Med, 2005, 6: 425 - 431.
- [4] 李桂芝, 胡南楠. 腰椎间盘突出症患者围手术期心理分析及护理对策[J]. 齐鲁护理杂志, 2005, 11: 69.
- [5] 何丽英, 赵金彩, 魏 杰, 等. 早期直腿抬高训练对腰椎间盘突出症术后患者康复的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2005, 21: 10.
- [6] 毛燕君, 许秀芳, 杨继金. 介入治疗护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 300 - 318.

(收稿日期:2009-07-21)

经皮椎间盘切吸术联合电热疗法治疗椎间盘突出症的护理

作者: 牟凌
作者单位: 上海交通大学附属第六人民医院, 200233
刊名: 介入放射学杂志 ISTIC PKU
英文刊名: JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY
年, 卷(期): 2009, 18(10)
被引用次数: 0次

参考文献(6条)

1. 胡有谷. 腰椎间盘突出症[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 1994: 130.
2. 滕皋军. 经皮腰椎间盘摘除术[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2000: 127-132.
3. Kapural L, Hayek S, Malak O, et al. Intradiscal thermal annuloplasty versus intradiscal radiofrequency ablation for the treatment of discogenic pain: a prospective matched control trial[J]. Pain Med, 2005, 6: 425-431.
4. 李桂芝, 胡南楠. 腰椎间盘突出症患者围手术期心理分析及护理对策[J]. 齐鲁护理杂志, 2005, 11: 69.
5. 何丽英, 赵金彩, 魏杰, 等. 早期直腿抬高训练对腰椎间盘突出症术后患者康复的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2005, 21: 10.
6. 毛燕君, 许秀芳, 杨继金. 介入治疗护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 300-318.

相似文献(3条)

1. 期刊论文 张仲道, 李世平, 刘迎春, 龚丽 联合治疗腰椎间盘突出症98例临床分析 - 颈腰痛杂志 2001, 22(3)
目的: 探索经皮穿刺椎间盘切吸术治疗椎间盘突出症后, 如何合理选择其它方法与之联合治疗, 弥补其不足, 提高疗效. 方法: 本文对无侧隐窝狭窄的椎间盘突出症治疗时, 采用先经皮穿刺椎间盘髓核切吸术, 一周后行硬膜外注射并腰椎牵引等综合治疗, 结果 98例病人通过上述方案的治疗后, 疗效满意, 优良率91. 4%; 结论: 经皮穿刺椎间盘髓核切吸术联合硬膜外注射并腰椎牵引等治疗, 角度不同、优势互补、作用增强, 从某种意义上讲, 达到了标本兼治的效果.
2. 期刊论文 杨瑞雪, 袁凤清, 周丹 腰椎间盘突出症髓核切吸溶解术治疗的护理 - 第一军医大学分校学报 2005, 28(1)
目的: 探讨采用经皮椎间盘髓核切吸溶解术治疗腰椎间盘突出症的护理. 方法: 对110例腰椎间盘突出症患者行椎间盘髓核切吸溶解术, 并进行周密的术前准备、术后护理和出院指导. 结果: 全部病例均取得明显疗效, 痊愈88例, 缓解22例, 随访6~24个月, 所有病例无复发或加重. 结论: 采用经皮椎间盘髓核切吸溶解术治疗腰椎间盘突出症创伤小、并发症少、成功率高、疗效显著. 针对性的临床护理可以提高经皮椎间盘髓核切吸术的治疗效果.
3. 期刊论文 王巧芳, 陈霞, 叶森, 鄂有国 经皮髓核切吸术结合胶原酶注射治疗腰椎间盘突出症的护理配合 - 实用临床医药杂志 2006, 10(12)
经皮椎间盘髓核切吸术是近年来新开展的治疗腰椎间盘突出症的微创手术方法[1-2]. 江苏省扬中市人民医院将符合治疗适应症的98例腰椎间盘突出症患者, 采取经皮椎间盘切吸术结合胶原酶注射的方法, 更快速有效的降低了椎间盘的压力, 取得满意效果, 现将护理配合方法介绍如下.

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200910018.aspx

授权使用: qknfy(qknfy), 授权号: 2fc2730d-2de7-41b0-97dd-9df701730da9

下载时间: 2010年9月20日