

采用。2%戊二醛($C_5H_8O_2$)是一种对肝炎病毒的高效消毒液,而是 pH 值为 7.0 的中性溶液(见表 1),其杀菌机制是直接作用于微生物的蛋白质,使其蛋白质中的游离氢和醛基发生反应从而阻碍其新陈代谢而达到杀菌作用;10%甲醛溶液接近中性(pH 值 6.5~7.0,见表 1),杀菌机理同戊二醛^[4]。两者之缺点是皆有难闻之异味,对人体有一定的刺激性,使用中应予注意。过氧乙酸是一种具有较强氧化作用的清洗消毒剂,主要是通过氧化作用使微生物的酶失去活性,并由于其呈酸性溶液可改变微生物细胞的 pH 值而达到杀菌作用,既往有人推荐其用于导管导丝系列之清洗消毒^[5],但经我们对常用的 0.5%过氧乙酸溶液的 pH 值测试为 3.0~4.0(见表 1),呈明显酸性,对导管导丝系列必然会造成损坏;因此,我们不主张将其应用于导管导丝系列之清洗消毒;如果要用此消毒液时,必须在浸泡后再将导管导丝置入中和剂(0.1~0.5%硫代硫酸钠, pH 值为 7.0)溶液中,以减少过氧乙酸酸性溶液对导管导丝的损伤。次氯酸钠($NaClO$)也是一种对肝炎病毒有高效的消毒剂,主要是通过有效氯的发生期氧化和微生物原形质的结合来达到杀菌作用^[4];但我院透析室使用后的经验表明其不适于导管的浸泡消毒,因为常有一些小微粒沉积残留于导管腔内而致其堵塞,因此我们未予采用。灭菌王原液虽呈中性,但对肝炎病毒之效果较差;CJ 高级消毒净和高级金星消毒液虽然对肝炎病毒有

效,但其溶液不是呈弱酸性则呈碱性(pH 值分别为 6.0 和 8.0 见表 1),经浸泡试验结果对导管导丝系列有损害(见表 2);因此,三者均不适用于导管导丝系列之清洗消毒。

致于本文之六种清洗消毒剂(液)之导管导丝浸泡试验结果中酸性的 0.5%过氧乙酸溶液未发现对导管导丝的损害(见表 2),可能与观察时间较短和方法不够完善有关,并不能否定可能存在的导管导丝的损害。我们在使用上述清洗消毒措施前曾有二例惨痛教训,皆是用于导管导丝清洗消毒不当造成:二例皆为脑动脉造影中突然出现大脑中动脉栓塞症状(偏瘫、失语),事后发现栓子可能是来自所用导丝表面保护膜脱落下的碎屑;在追查原因中发现所用导丝曾浸泡于酸性 0.2% CJ 高级消毒净溶液中达六小时之多,导丝表面保护膜已变脆而极易脱落。

参考文献

- 1、李麟荪主编。临床介入治疗学。南京:江苏科学技术出版社,1994:320。
- 2、汤钊猷主编。现代肿瘤学。上海:上海医科大学出版社,1993:555。
- 3、王应才主编。导管治疗。湖北:科学技术出版社,1985:26。
- 4、王续,邬林祥。常用杀菌消毒药一览表。内蒙古自治区医院药学通讯 1991;12:3。
- 5、叶松柏主编。药理学。北京:人民卫生出版社,1979:395。

经皮穿刺腰椎间盘切除术的护理

罗兴梅

经皮穿刺腰椎间盘切除术(简称 PLD)治疗腰椎间盘突出症是 80 年代发展起来的一项新技术。其机理主要是通过摘除椎间盘组织进行有效的机械性减压,以减轻对脊髓神经根的

压迫、刺激,促使突出的椎间盘回纳,从而减轻或消除神经系统等症状。^[1]。我院从 1993 年起至今应用 PLD 治疗腰椎间盘突出症 75 例,取得满意疗效。现将我们在治疗中的配合及护理

作者单位: 312000 浙江省绍兴市第二医院

情况介绍如下。

一般资料

本组 75 例,男 42 例,女 32 例,年龄 22~68 岁,平均 36 岁。75 例患者均有典型腰痛,下肢放射性疼痛。均经 CT 检查确诊为腰椎间盘突出症,影像学诊断与临床症状体征均相符,突出的椎间盘组织无严重钙化,无游离碎片等。75 例均保守治疗一个月以上。经 PLD 治疗后,症状改善 68 例,症状无变化 7 例,有效率达 90%。

护 理

一、术前准备

(一)心理护理 做好患者的思想工作,将新技术和治疗效果及安全性向患者作详细介绍。消除思想顾虑,使患者愿意接受并积极配合治疗。

(二)术前检查及患者准备 协助患者做好各种检查。如血常规,凝血酶谱,心电图等。询问药物过敏史,作普鲁卡因及青霉素皮肤试验,术前一天按穿刺部位进行手术野皮肤准备。术前 4 小时禁食固体食物,但为防止术中出现低血糖,我们嘱患者饮些高糖饮料,术前半小时可给予安定 10mg 或鲁米那钠 0.1 肌注,以利患者镇静,顺利配合手术。

二、术中配合

(一)协助患者取俯卧位于 X 线手术台上,腰部两侧加腰垫,配合医生常规消毒皮肤,并接通手术仪器电源。

(二)注意观察术中穿刺、出血、疼痛情况,同时密切观察患者面色、脉搏、呼吸及血压变化,有异常立即报告医生,及时处理。

(三)患者术毕平卧护送回病房,避免行走,以防脊柱过早负重而不利于突出髓核还纳。

三、术后护理

(一)出血的观察 由于术中穿刺损伤局部小血管和组织可引起皮下及局部组织出血。主

要表现为穿刺部位渗血,皮下瘀斑,腰大肌血肿等。本组对术后患者要求卧床 3~7 天,并适当制动,以防止被损伤的小血管因过量活动而出血,也有利于局部损伤组织得以尽快修复。术后 6 小时内给止血敏 2g、止血芳酸 0.6g 加入 5% 葡萄糖盐水静滴,以预防局部组织出血。同时加强观察穿刺部位敷料有无渗出,局部有无压痛、肿胀,并保持敷料干燥。由于我们观察处理及时有效,本组患者未发生一例严重出血并发症。

(二)感染的观察及预防 感染可因术中反复穿刺,穿刺针进入后结肠造成污染所致。局部血肿也易继发感染。体温变化是反映感染存在的客观指标。因此,我们应特别注意观察患者的体温变化。术后测体温每 4 小时一次,连续三天正常后改为每日二次。定时监测血象,常规给青霉素 480 万单位加 0.9% 盐水 250ml 静滴,每日二次,用 3~5 天。本组无一例发生感染。

(三)术后症状体征观察。1. 疼痛的观察 患者术前均有不同程度的腰痛及下肢放射痛。术后对比观察,本组 75 例患者,55 例术后 5~7 天疼痛完全消失,无运动功能障碍,恢复正常活动,13 例腰痛减轻,下肢放射痛消失,7 例症状无反差。

2. 感觉征观察。本组患者术后 68 例骶髂部、髋部、大腿和小腿后外侧、足背、足底疼痛均有不同程度的减轻;小腿、足部牵拉感或麻木消失;拇趾痛觉减轻,拇长伸肌力增强。

3. 直腿抬高试验的观察,术前 75 例直腿抬高试验均为阳性,抬高角度小于 45°,术后 24 小时后 68 例直腿抬高大于 70°,说明背神经根多压已解除,7 例无明显改善。

(四)术后功能锻炼 术后 24 小时指导患者练习直腿抬高,以减少神经根粘连,72 小时开始指导患者腰背肌锻炼,活动应循序渐进,以不增加疲劳疼痛为宜,术后一周带腰围下地活动一个月,以保持脊柱的稳定性,防止椎间盘再度脱出。