

·康复护理·

微创手术治疗腰椎间盘突出症的康复指导

刘淑莲, 王 青, 韩玉珍

(泰安市中心医院, 山东 泰安 271000)

1996 年至 2001 年我们选择性应用微创小切口手术治疗腰椎间盘突出症 268 例, 配合有效的康复功能训练, 疗效满意, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 268 例中, 男 186 例, 女 82 例, 19~76 岁, 平均 46.5 岁。病程 15d~5 年, 平均 6.5 个月。有明显外伤史 232 例。骤起腰痛继而下肢放射痛 148 例, 慢性腰痛渐伴下肢放射痛 120 例, 其中双侧下肢放射痛, 伴大小便功能障碍 14 例, 一侧股前内侧放射至膝部疼痛 12 例, 下腰部固定压痛点 230 例。直腿抬高试验阳性 156 例, 股神经牵拉试验阳性 10 例, 膝反射减弱或消失 22 例, 踝反射减弱或消失 84 例。

1.2 手术治疗方法 凡适于行传统腰椎间盘突出摘除术者, 均可在显微镜下行此手术。其优点是: 切口小, 创伤小, 视野清楚, 椎管内硬脊膜和神经根与椎间盘的解剖关系分明, 镜下组织被放大, 有利于操作, 不易损伤

椎间盘突出纤维和后纵韧带, 可较彻底地切除。因为手术时肌肉和骨关节损伤较小, 术后可早期进行功能锻炼及下床活动。

2 术后康复指导

椎间盘切除术后的功能锻炼对患者的康复极为重要, 尤其是行全椎板切除术者, 由于脊柱的稳定性受到一定程度的破坏, 恢复时间长, 术后功能锻炼亦有特点。我们对术后 3d, 无明显疼痛的患者即指导他们进行腰背肌锻炼, 具体方法如下。

2.1 四点法 以患者头枕部、双肘及臀部为支点, 护士双手插入患者腰背部, 嘱患者挺胸、挺腹, 协助其腰背部离开床面, 开始每天 2~4 次, 每次抬起持续 1~2min。根据患者体质及耐受程度适当增加次数和时间。本组 268 例, 一般观察 4~6d 后能根据要求自行训练。

2.2 五点法 一般于术后 8d, 在四点法锻炼的基础上, 以患者的头枕部、双肘及双足跟为支点, 屈膝约 45 度,

抬起时胸、腰、背部及臀部均要离开床面。此法使腰背肌的力量较四点法明显。锻炼的次数及时间, 以患者不感到劳累为度。术后 10d 拆线, 下床活动时间根据患者的感觉、症状而定。

本组患者采用五点法锻炼 2 周后开始练习床上起坐活动, 3~4 周后可在他人扶持下或扶双拐练习行走, 未发生不良反应, 均康复痊愈出院, 随访 1~2 年未复发, 效果满意。

参考文献

- [1] Macnab I. Negative disc exploration. An analysis of the causes of nerve root involvement in 68 patients [J]. J Bone Joint Surg, 1971, 53: 891
- [2] 何二兴, 等. 单开窗治疗中央型腰椎间盘突出症一开窗范围及其病理基础的探讨 [J]. 广东医学, 1996, 18 (5): 290
- [3] 朱盛修. 骨科显微手术学 [M]. 北京: 科学出版社, 1985. 219 (收稿日期 2002-01-10)

PTCA 支架患者的出院指导

秦发伟¹, 金 琳¹, 刘丽玉¹, 刘轶平¹, 刘亚来²(¹ 山东省立医院, 山东 济南 250021 ² 山东省胸科医院)

PTCA 支架术是目前治疗冠心病的重要手段之一。我们对近年来在我院行 PTCA 术的 100 例患者进行了出院指导, 结果表明, 经指导的患者并发症减少, 复发率降低, 生活质量提高, 现将我们的体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 157 例中, 前 57 例常规护理后出院, 为对照组, 男 38

例, 女 19 例。近期 100 例患者采用整体护理模式的出院指导方式, 为观察组。观察组中男 64 例, 女 36 例, 平均 67.5 岁, 单支病变 42 例, 双支及三支 68 例。

1.2 方法 对 157 例患者进行 3 个月~2 年的随访, 观察出现心衰、出血倾向和再狭窄的例数。

2 结果

对照组心衰 5 例, 有出血倾向 6

例, 再狭窄 2 例; 观察组心衰 1 例, 有出血倾向 1 例, 未见其他并发症。差异有显著性 ($P < 0.05$)。

3 出院指导

3.1 心理指导 患者出院前迫切要求了解出院后家庭保健知识, 我们针对患者的需求结合本病特点, 编写了《介入治疗病人出院健康指南》发送给患者, 让患者了解介入术后的保健知

识,同时,使用通俗易懂的语言进行讲解,以减轻患者的心理负担。

3.2 保持并调整情绪 保持情绪稳定能减少心绞痛的发作频率。因此指导患者保持良好的心态面对社会、家庭中的问题,避免情绪紧张、恐惧、激动等因素。

3.3 饮食的调节与节制 指导患者出院后坚持进低盐、低脂、多纤维素的清淡饮食,合理搭配,少食多餐,不要暴饮暴食,忌烟酒和浓茶,以免影响睡眠质量,并保持大便通畅^[1]。

3.4 加强体育锻炼,增强体质 指导患者出院后适当活动,提高机体免疫

力,预防感冒,以免加重心脏负担。我们根据患者的康复情况协助制定了活动计划,见表 1。

表 1 出院后的活动计划

时间	自理能力 (d)	自理能力 (t/min)	时间 (次)	活动范围	活动项目
1~3	自理	20	2	室内	散步
4~6	自理	30	2	室内	散步
7~10	自理	30	2	户外	散步
10~15	自理	>30	>2	户外	散步、太极拳等

3.5 服抗凝药物的指导 PTCA 支架术后,应予以抗凝剂以预防血栓形成,预防再梗死的发生^[2]。出院前应测定出凝血时间,再根据出院医嘱调整药

物剂量,嘱患者不可自行停药或加减药量。把每种药物的使用时间及用法、剂量写在药瓶或药盒上,以便患者及家属使用。如抵克力德 0.25g/片,每日 2 次,早、晚各 1 次,巴米尔 0.1g/片,每次 3 片,每日 1 次早上服。

参考文献

[1] 丁敏芬,谢浩芬. 心内科患者的出院指导 [J]. 齐鲁护理杂志, 2001, 7 (3): 233
 [2] 何伋,孙晓斐,陆英智. 临床心脑血管病学 [M]. 济南: 山东科学技术出版社, 1998.589
 (收稿日期 2002-03-25)

脑中风患者的康复护理

于秀菊

(泰安市肿瘤医院, 山东 泰安 271000)

脑中风包括脑梗死(脑血栓、脑栓塞)、脑出血等,致残率高,康复时间长,目前,随着治疗水平的不断提高,死亡率有所下降,但致残患者有所增加,因此,中风后的早期康复受到了重视。现将我们对中风患者的康复护理体会报道如下。

1 临床资料

138 例均经脑 CT 检查确诊,其中脑梗死 99 例,脑出血 39 例,男 79 例,女 59 例,平均住院 40d。

2 护理

2.1 早期康复护理 早期康复是指患者中风后,生命体征稳定,神志清楚,神经系统症状未再恶化,48h 后开始的康复护理。

2.1.1 心理护理 中风患者病变过程中心理状态有双向效应,即心理因素具有致病性和防治性作用,不良情绪与病程和预后密切相关。因此,心理护理自始至终处于重要地位。如患者焦虑不安,易激惹,希望药到病除等。此时护理重点是调整患者的心理状态,消除其悲观情绪,树立信心。治疗上应采取积极有效的措施,从解决患者

日常生活困难着手,解决患者的身体痛苦,不能强行制止患者情感上的自然发展,要允许发泄与表现,然后予以适度劝说和安慰,使患者保持心理平衡,平安渡过早期康复阶段。

2.1.2 吞咽障碍的康复 吞咽障碍是中风的早期并发症,由于吞咽障碍,进食困难,可出现误吸,发生吸入性肺炎,严重者可因窒息而危及生命。因此,我们一般自患者发病 48h 后就开始训练发“a”音,并向两侧运动发“yi”音,然后发“wu”音,也可嘱患者缩唇,发“f”音,像吹蜡烛,吹哨动作,每次发音 3 次,连续 5~10 次;舌部运动每日 3 次,脸、下颌及喉部运动每日 3 次进行进食训练,患者进食时应处于最佳体位,食物有良好的形态,有丰富的营养,以使患者摄取足够的营养,具备足够的体力,逐步恢复自动进食的能力。

2.1.3 瘫痪的康复 早期康复疗法在促进患肢运动功能恢复上优于单纯用药及恢复期的康复治疗,为恢复期康复创造良好的条件。康复护理每日 2~4 次,每次 20~30min,以患肢肌肉

有酸、胀感或不适为度,治疗 4 周。方法是活动手的各关节,借助滑轮进行平卧、坐卧等活动。深感觉输入法:鼓励患者尽可能想象肢体运动,同时适当抓握瘫痪的皮肤、肌肉、肌腱等,进行被动运动,抚摸瘫痪肢,做清扫刷擦等动作,用冷热毛巾擦拭,0~1 级肌力者用适当力度手抬、大头针刺(以不造成损伤及能耐受为度),以引起患者防御性肢体运动,造成精神及视力鼓励,来进行抗阻练习,并配合口令使患者活动瘫痪肢至能达到最大范围。牵引:适当分开两关节面,徒手对关节面加压,以增加关节的稳定,将以上方法同时教会患者家属配合护理。

2.2 中期康复护理 根据病情程度和肢体障碍情况,分别制定康复护理计划和程序。具体护理措施:(1)保持肢体处于正确的、良好的姿势和体位,防止肢体挛缩和关节脱位变形。仰卧时,用软垫和棉垫支持患侧的头、肩、臀、髋部,使患者处于外旋、外展位,患髋处于略内收、内旋位;侧卧时,患肩、髋不能压在身体下面,患侧上