

表 3 两组患者冲洗液总量及冲洗持续时间($\bar{x} \pm s$)

组别	n	冲洗液总量(mL)	冲洗总时间(h)
试验组	43	40 790 ± 156.5	79 ± 11.3
对照组	43	52 270 ± 198.2	149 ± 12.1
P		<0.001	<0.001

3 讨 论

3.1 膀胱痉挛是前列腺切除术后常见的并发症,是指患者术后出现膀胱区阵发性或持续性胀痛,强烈的尿意,肛门坠胀,下腹部痉挛性疼痛,尿道烧灼感,尿道口有血液或尿液溢出^[1]。膀胱痉挛除了受术后切口、引流管刺激、导尿管气囊压迫及尿液浸泡前列腺窝新鲜创面的影响外,更重要的是受膀胱冲洗液温度的影响^[2]。为减少膀胱内积血、血凝块,防止阻塞导管又必须进行膀胱冲洗,且传统的方法是用室温下的冲洗液作膀胱冲洗,尤其是在冬天温差较大的情况下,给患者带来一定的痛苦。冉红等^[3]认为不加热直接应用的冲洗液对患者 T、P、BP 均有影响。临床观察表明,当冲洗液温度与患者体温差大于 0.3 °C 时可有明显的不适感^[4]。使用低温冲洗液时,体温平均下降 2.1 °C,平均动脉压升高,心排血量下降,系统血管阻力增加,从而增加老年患者心血管并发症的危险^[5]。本对照组中 2 例患者在冬天用不加热冲洗液冲洗膀胱时,出现强烈寒冷感,肌肉颤动,血压升高,持续出现膀胱痉挛,痛苦难受,改用加热冲洗液后,患者感到温热舒适,症状逐渐好转。

3.2 一般认为,加热冲洗液会加快冲洗部位血液循环,使血管扩张,伤口渗血量增多,加重膀胱内出血,促使膀胱痉挛的发生,而温度较低的冲洗液会有止痛、使血管收缩,减少渗血的作用。事实上已经发现,20 °C 左右冲洗液会引起体温下降,人体大多数酶的最适宜温度接近生理体温而凝血酶也不例外;低温还会使膀胱刺激发生频繁挛缩,增加了前列腺窝的渗血,倒流的膀胱血会产生血凝块刺激三角区,加重膀胱挛缩的发生,这样形成恶性循环^[6];并且刘加升等^[7]报道,膀胱冲洗液的冷刺激是激发前列腺术后膀胱无抑制性收缩和延长膀胱冲洗时间的主要原因。邓小英等^[8]报道 30~37 °C 膀胱冲洗液接近人体

· 临床护理 ·

正常温度,对膀胱不刺激,可有效减少膀胱痉挛的次数,使血管保持正常的舒缩功能,从而有效减少出血,促进疾病的愈合。作者认为,28~36 °C 冲洗液既可避免因冲洗液温度过低刺激膀胱平滑肌引起膀胱痉挛导致出血,亦可避免因冲洗液温度过高加快局部血液循环,使伤口渗血量增多,加重膀胱内出血。

3.3 膀胱痉挛的发生不仅给患者带来躯体的疼痛和不适,也使患者产生焦虑、恐惧等心理负担,影响伤口愈合,延长患者术后恢复的时间。采用加热冲洗液冲洗膀胱,使发生膀胱痉挛的频率、冲洗液总量、冲洗持续时间、术后出血等均减少,且可缩短尿液由血性转清的时间,其方法安全简单。

参考文献:

- [1] 许锦兰. 两种不同温度冲洗液对 TVP 术后膀胱痉挛的影响[J]. 临床护理杂志, 2010, 9(2): 34-35.
- [2] 王芦萍. 膀胱冲洗液温度与膀胱痉挛间关系的临床研究[J]. 实用护理杂志, 2001, 17(5): 19-20.
- [3] 冉红, 陈玉霞, 朱文倩, 等. 膀胱冲洗液温度对中老年患者生命体征的影响[J]. 实用医药杂志, 2007, 12(12): 1477-1478.
- [4] 罗文霏, 李淑兰, 盛海云, 等. 不同温度呋喃西林冲洗液对前列腺术后止血效果的临床观察[J]. 临床和实验医学杂志, 2006, 5(2): 154-155.
- [5] 叶敏, 陈建华, 康健, 等. 经尿道电切术中冲洗液温度对心血管系统的影响[J]. 中华泌尿外科杂志, 2002, 23(7): 417-418.
- [6] 李雪梅, 宋波. 膀胱及前列腺术后膀胱痉挛的治疗与护理[J]. 中华护理杂志, 2001, 36(2): 111-112.
- [7] 刘加升, 陈家清, 孙小清. 冲洗液温度对前列腺切除术后出血的影响[J]. 现代泌尿外科杂志, 2003, 2(2): 79-80.
- [8] 邓小英, 郭娜, 李利香, 等. 不同温度膀胱冲洗液对前列腺电切术后并发症的影响[J]. 湘南学院学报: 医学版, 2007, 9(2): 60-62.

(收稿日期: 2010-11-16 修回日期: 2011-03-17)

经皮椎体后凸成形术治疗老年骨质疏松椎体骨折的护理

刘家文, 邓晓琴

(重庆市璧山县人民医院骨科 402760)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2011.20.048

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2011)20-2076-02

2009 年 3 月至 2010 年 12 月本科收治老年骨质疏松所致胸腰椎压缩性骨折患者 28 例, 采用经皮椎体后凸成形术治疗, 取得了良好治疗效果。现将其治疗、护理情况报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 2009 年 3 月至 2010 年 12 月本科收治老年骨质疏松所致胸腰椎压缩性骨折患者 28 例 35 个椎体, 其中男 12 例 15 个椎体, 女 16 例 20 个椎体, 年龄 60~82 岁。其中胸椎压缩性骨折 8 例, 腰椎压缩性骨折 20 例, 5 例(17.8%) 合并有高血压、心脏病、糖尿病、慢性阻塞性肺病、前列腺良性肥大

等各种全身性疾病者。所有患者术前均有明显的腰背部疼痛, 经骨密度测定均有不同程度的骨质疏松。均经 CT 确认椎体后壁完整, 脊髓无明显的神经压迫症状, 均可接受椎体后凸成形术。

1.2 手术方法 患者取俯卧位, 垫高其胸腹部使胸腹腔避免受压, 在 C 形臂 X 线机透视下确定椎体棘突、横突位置并作好记号, 常规消毒铺无菌巾, 用 2% 利多卡因沿椎体左侧横突逐层浸润麻醉至椎板, 在椎体左侧横突处作长约 0.5 cm 纵行切口, 反复在 C 形臂 X 线机透视下用穿刺针从椎体左侧上关节

突沿椎弓向椎体前 1/3 穿刺,确定在椎体前 1/3,取出穿刺针内芯,再用引导针穿刺至椎体前 1/3,取出引导针,置入球囊,用复方泛影葡胺注射液注入球囊内行椎体扩张,见椎体扩张后,取出球囊,向椎体前 1/3 推入约 3~6 mL 调好的骨水泥,C 形臂 X 线机确认骨水泥无椎体外漏后,拔出穿刺针,切口压迫止血,患者继续俯卧于手术台上 10 min,直至骨水泥完全变硬。术中应协助患者保持体位稳定,监测生命体征,观察患者双下肢感觉、运动有无异常变化,并随时呼唤患者,向医生反馈患者的感受。

1.3 治疗效果 28 例患者均顺利完成手术,术后疼痛均得到不同程度的缓解。28 例患者中 19 例术后第 1 天疼痛消失,5 例术后第 3 天疼痛消失,4 例疼痛减轻。住院时间 6~12 d,平均 7 d。平均手术时间为(50±18)min,平均每个椎体注入骨水泥(3.2±0.9)mL,术中无骨水泥渗漏、脊髓及神经根受压症状和体征、静脉栓塞等并发症。术后 3 d 进行视觉模拟评分法(VAS)疼痛评分,由术前的平均(7.2±1.5)分降至术后的平均(2.11±0.24)分。患者均于术后次日在腰围保护下下地行走,佩戴腰围 1 个月,随访 1~6 个月,治疗效果好,无并发症,患者满意。

2 护 理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 本组均为老年骨质疏松症患者,腰背部疼痛症状明显,生活质量差。护理上多用安慰性鼓励性的语言与患者沟通,向患者耐心讲解手术的目的及手术后的注意事项。因经皮椎体后凸成形术是一项新技术,患者及家属的相关知识缺乏,顾虑较大,护士要向患者及家属讲解术中过程、感受及术后效果,使他们全面认识该项技术,从而树立信心,消除顾虑,愉快地接受手术。也可请做过该手术的患者现身说法,往往能起到意想不到的效果。

2.1.2 俯卧位耐受训练 为了使手术能顺利进行,特别是患有全身性疾病者,术前需对患者进行俯卧位耐受时间测定,并指导患者进行俯卧位耐受训练。方法:协助患者俯卧于床,头偏向一侧,头及肩下垫一小枕,不宜过高,避免头部过伸;两臂弯曲,放于头部;腹下垫软枕以维持腰部的正常曲度;分别在双大、小腿及膝关节下垫枕,以抬高双足,使足不触床,以维持膝关节的弯曲和减轻膝关节所承受的压力。时间从 3~5 min/次逐渐增加到 20~30 min/次,每天 2 次,患者卧位时间能达到 30 min/次后可开展手术。本组病例在耐受训练时,采用循序渐进,逐渐延长卧位时间,均顺利开展了手术。

2.1.3 术前检查及准备 常规术前检查,做血常规、心肺肝肾功能和凝血功能检查,进食富含粗纤维食物和新鲜水果,保持大小便通畅。由于肠道内气体可影响椎体显影,因此,术前肠道准备极为重要。指导患者术前 2 d 开始禁食产气的食物如牛奶、豆制品等。必要时术前 1 d 晚用甘油灌肠,术前 12 h 禁食,6~8 h 禁饮。

2.2 术后护理

2.2.1 一般护理 生命体征监测。监测血压、心率、呼吸、血氧饱和度;根据患者身体的一般情况适当给予吸氧。因骨水泥注入椎体凝固后 18 h 才达到最大强度^[1],故术后绝对卧床 24 h,有利于压迫止血及注入椎体内的骨水泥进一步聚合反应以完全硬化达到最大强度,减少并发症的发生。患者术后去枕平卧硬板床 6 h,禁止翻身,6 h 后协助患者作轴性左右翻身,平卧位与侧卧位交替进行,24 h 后可下床活动。12 h 内观察出

血、渗血、肿胀及双下肢活动情况,询问有无疼痛或疼痛加重,如有变化及时报告医生。合理补充营养,多吃富含钙、磷、维生素 A、C、D 的食物如牛奶、紫菜、蟹、虾等,补充与骨代谢有关的其它营养素。

2.2.2 并发症的观察及护理

2.2.2.1 炎症反应 骨水泥聚合产热会引起炎症反应,产生发热与疼痛^[2]。嘱患者多饮水,遵医嘱给予 3~5 d 抗生素抗炎治疗后体温可恢复正常。疼痛为一过性疼痛,一般数小时后消失,持续时间不超过 24 h,如仍然疼痛,可能为临近椎体骨质疏松所引起,给予解热镇痛药后可缓解。

2.2.2.2 骨水泥渗漏 注入的骨水泥若漏入硬膜外、椎间盘、椎间孔等压迫脊髓、神经等,造成腰部的热损伤,出现剧烈疼痛,并有可能出现脊髓神经受压的表现^[3]。术后特别是 6 h 内严密观察患者双下肢感觉、运动、血循环及大小便的情况,重视患者的主诉,发现异常及时报告医生给予处理。

2.2.2.3 肺栓塞 骨水泥通过椎旁静脉渗漏可导致肺栓塞^[4]。在骨水泥注入的过程中,应监测骨水泥的分布情况,术中如发现有渗漏迹象立即停止注射。术中、术后注意观察患者有无胸闷、呼吸困难、紫绀等肺栓塞的症状发生。若出现症状,应嘱患者绝对卧床休息,避免搬动,给予心电监护、吸氧,保持呼吸道通畅。监测血氧饱和度,维持 $SPO_2 \geq 96\%$,必要时上无创呼吸机。床旁备好急救物品、药品等,随时准备抢救。

2.2.2.4 穿刺部位护理 按要求术前 30 min 给予抗生素预防感染,术后继续应用 3~5 d。术后观察伤口有无红肿、疼痛、渗血、渗液等,及时更换敷料,保持伤口皮肤清洁干燥。无 1 例发生穿刺部位感染。

2.2.3 康复锻炼 术后 6 h 开始在床上练习深呼吸、自主翻身、直腿抬高及抗阻力伸膝运动,以增强脊柱活动适应能力及锻炼股四头肌力量,逐渐恢复正常生活。同时进行关节活动,如握拳伸指、屈伸肘、膝关节、踝关节、足趾、双足背曲等,活动量应循序渐进、由小到大,以患者能忍受为宜。术后第 2 天在腰围护腰下可坐起、床边站立,逐渐下床,注意严防跌倒。但术前卧床时间超过 1 个月或全身情况较差的患者应适当延长下地时间。不能下床的患者可指导其在床上继续进行“3 点式”或“5 点式”腰背肌的功能锻炼,本组患者均在术后次日下地行走。

2.2.4 出院指导 指导患者术后 3 个月内仍需佩戴腰带,适当家务劳动,户外活动,多晒太阳,促进体内活化维生素 D₃ 的生成,促进骨的钙化^[5]。多食用钙、磷高的食品,如鱼虾、虾皮、海带、牛奶、乳制品、骨头汤、鸡蛋、豆类、芝麻、瓜子、绿叶蔬菜等;注意积极治疗与骨质疏松有关的疾病,如糖尿病、类风湿性关节炎、慢性肾炎、慢性肝炎、肝硬化、脂肪肝等。对退行性骨质疏松患者应给予抑制骨吸收,促进骨形成、调节骨代谢等药物治疗,还应加强防摔、防碰、防绊、防颠等措施。

3 讨 论

球囊扩张椎体成形术,具有创伤小、疗效持久,安全性高,短期内能有效恢复骨折椎体的高度、缓解疼痛、可缩短卧床时间等优点,同时还可以防止骨水泥的渗漏和静脉栓塞的发生,是治疗老年性骨质疏松症压缩性骨折的有效措施。本组骨质疏松性脊柱骨折的老年患者,经过积极采取手术前后护理、指导患者功能锻炼、严密监测生命体征和密切观察病情变化,预防并发症的发生。28 例患者均顺利完成手术,术后疼痛均得到不同程度的缓解,患者平均住院日 7 d,术(下转第 2080 页)

· 短篇及病例报道 ·

引产清宫致子宫穿孔并发输卵管坏死 1 例报道

李雪莲

(重庆市合川区人民医院妇产科 401520)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.20.051

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)20-2080-01

1 病例资料

患者,女,38岁,因“妊娠4⁺月引产清宫术后56d,再次清宫术后12d,下腹痛2d”入院。于当地镇中心卫生院行引产术,术后胎盘未娩出,行清宫术,术后阴道流血持续约40⁺d不净。患者即到区妇幼保健院就诊,B超示:宫腔占位。即行负压吸引清宫术,术后感右下腹轻微胀痛,伴阴道流血,量少,患者阴道流血持续约10⁺d不净伴右下腹胀痛加重即到本院就诊。查体:生命体征平稳,皮肤稍苍白,心肺未查及异常,右下腹压痛,无反跳痛、腹肌紧张,移动性浊音阴性。妇科检查:宫颈口有一组织物由宫腔脱出,约3.0cm×2.0cm×1.0cm大小,软,紫黑色,表面无脓性分泌物,牵拉脱出物患者腹痛加剧,宫颈举痛、摇摆痛;子宫前位,稍饱满,质中,压痛,双附件区压痛,未扪及明显包块。辅助彩超检查:子宫穿孔可能性大。入院后急诊行剖腹探查术。术中见子宫底部靠右角部有一长约2.0cm破口,右侧附件嵌顿于破口处,右输卵管断裂于峡部,输卵管系膜扭转72°,壶腹部及伞断呈紫黑色,坏死,右侧卵巢水肿,较正常小,表面见创面,无活动性出血,似部分缺失。术中行右侧输卵管切除加清宫术加子宫修补术。手术顺利,术后7d出院。

2 讨论

子宫穿孔是宫腔操作的严重并发症,术时器械进入宫腔深度与子宫妊娠月份不符或有突破感、无底感或吸刮出脂肪及其他异常组织,即可诊断子宫穿孔^[1]。其发生率国内为0.041%~0.88%,国外为0.09%~0.6%^[2]。多发生于计划生育手术中。现由于宫腔镜的广泛运用,宫腔镜检查及镜下手术导致穿孔报道逐渐增加^[3]。子宫穿孔的处理依据病情而定。对穿孔小、症状轻、无内出血、无肠损伤者可行保守治疗,对穿孔较大,疑有内出血或脏器损伤者,立即剖腹探查。张淳等^[4-5]报道子宫穿孔并发的脏器损伤常为肠管、大网膜。子宫穿孔导致输卵

管及卵巢损伤则少有报道,可能与穿孔部位,损伤程度有关,一般轻微输卵管表面损伤经保守治疗后症状即可消失。本例患者入院完善检查后也考虑为大网膜嵌顿,但术中探查发现右侧附件完全嵌顿于穿孔部位,输卵管于吸刮术时断裂扭转,卵巢部分缺失,清宫时操作者未发现,输卵管未得到及时修复,导致坏死而被切除,患者身心受到严重伤害。

子宫穿孔一旦发生,即可能导致严重后果,若发现不及时甚至可导致患者死亡,故临床医师应避免其发生,在操作中重视术前内诊检查;术中纠正子宫位置;对于子宫畸形、瘢痕子宫、哺乳期等高危因素者终止妊娠应提高警惕,并尽量采用米非司酮配伍米索前列醇行药物流产。纳洪侠和毛惠举^[6]报道药物流产可减少子宫穿孔的发生。

参考文献:

- [1] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社, 2005:2840-2841.
- [2] 袁岚岚,郭凯. 宫腔镜确诊陈旧性子宫穿孔1例[J]. 中国计划生育学杂志,2005,13(2):98-99.
- [3] 段华,夏恩兰. 宫腔镜手术并发症36例临床分析[J]. 中华妇产科杂志,2005,40(7):435-437.
- [4] 张淳. 腹腔镜诊治子宫穿孔并大网膜嵌顿11例分析[J]. 中国计划生育杂志,2010,18(1):51-52.
- [5] 王玉贤,杨海澜,李翘竹. 负压吸引术致子宫穿孔并肠损伤6例诊治体会[J]. 中国计划生育杂志,2006,14(10):628-629.
- [6] 纳洪侠,毛惠举. 清宫术在药物流产不全中的应用[J]. 重庆医学,2007,36(20):2123-2124.

(收稿日期:2010-11-20 修回日期:2011-02-15)

(上接第2077页)

后随访,治疗效果好,无并发症,患者满意。由此可见,合理有效的护理措施是保证手术顺利进行不可缺少的重要环节,是取得理想疗效的基本保证。

参考文献:

- [1] 王旭,邓月兴,魏明霞,等. 经皮椎体成形术的围手术期护理14例[J]. 实用护理杂志,2003,19(10):20-21.
- [2] 王小琴,蔡岚. 经皮椎体成形术治疗骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折的护理实践与研究[J]. 护理实践与研究,2007,

27(4):25-26.

- [3] 施巧宜. 经皮椎体成形术治疗骨质疏松性压缩性骨折患者的护理[J]. 护理学报,2006,13(2):37-38.
- [4] 赵坚,吴宝玲,刘慧莲. 经皮椎体强化术的配合及护理[J]. 护士进修杂志,2002,17(9):690-691.
- [5] 罗先正. 骨质疏松性脊柱骨折[J]. 颈腰痛杂志,2004,25(1):5-6.

(收稿日期:2010-11-15 修回日期:2011-03-09)