

对卧床休息,受累关节可用神灯照射或热敷,每次 15min,每日 2 次,以减轻疼痛,缓解肌肉痉挛。为防止四肢关节屈曲萎缩,肢体应置于伸展位;为防止脊柱关节屈曲挛缩,需睡硬板床;对不合作的幼儿可采用夹板固定四肢关节,但不宜超过 2 周。(2)缓解恢复期:此期疼痛减轻,康复训练的主要内容是按摩和适当的床上被动或主动锻炼。即使关节局部有轻度肿胀、疼痛也可进行早期运动有利于保持关节活动功能,促进血液循环,改善关节组织营养,为增加功能锻炼效果,可进行温水浴、热敷及理疗等,这样能增加血液循环,使肌肉松弛,减轻疼痛,便于伸展,促进病变关节充血和水肿液的吸收。因儿童不同于成人,自制力差,要根据患儿的临床症状和实验室检查指标及年龄,规定每日功能锻炼的时间、次数、数量及关节活动幅度。指导患儿在坐、立、行或卧位时保持正确的体位及姿势,协助患儿做上、下肢吊环、下蹲、折纸、剪纸等活动锻炼应循序渐进,避免过度疲劳而加重关节疼痛。

3 出院指导

除嘱患儿定期随访、按疗程服药、避免各种感染、寒冷、潮湿、疲劳、营养不良、外伤、不良精神刺激等诱因外,功能锻炼是出院指导的主要内容。必须将具体的训练方法传授给家属或患儿,让家属指导、督促、协助患儿完成训练。为保证疗效,关节肿胀消失后,康复训练最好坚持 4 周以上。如果出现病情明显变化应嘱家属立即带患儿回院复诊。

参 考 文 献

- 1 胡亚美,江载芳,诸福棠.实用儿科学[M].第7版.北京:人民卫生出版社,2002:667~672

(收稿日期 2008-05-14)

35 例强直性脊柱炎患者电子针镜术后 康复护理体会

黄 辉

中图分类号:R248.2 文献标识码:B

文章编号:1004-745X(2008)12-1793-02

【关键词】强直性脊柱炎 电子针镜 护理

强直性脊柱炎是一种从骶髂关节开始逐渐向上累及脊柱各节段及外围关节的慢性进行性、炎性风湿病^[1]。首发症状以腰骶部和髋部疼痛为主,严重者可发生脊柱畸形和关节强直。微创电子针镜手术系统是微创针法与现代医疗科技结合的产物,是新一代超微创多功能可视内窥镜手术系统,简称“电子针镜”^[2]。电子针镜手术作为一种微创手术,其最大的优点是创伤小,切口仅有 3~5cm,痛苦小,易被患者所接受,手术时医生可以进行动态观察,清晰了解关节内病变的情况。现将我院 2007 年 1 月开展电子针镜手术以来对术后患者的康复指导情况报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2007 年 1 月~2008 年 3 月在我院行髋、膝关节电子针镜术患者 35 例,其中男性 25 例,女性 10 例;年龄

10~40 岁,平均 25 岁;病程 2~20 年。男性发病症状较女性重。35 例患者诊断均符合 1984 年修订的纽约标准^[2],确诊为强直性脊柱炎。

1.2 治疗方法 微创电子针镜手术是通过电子针镜的检查和清理松解,可对关节腔进行冲洗,冲去一些致炎致痛因子;而对滑膜的修整、局部粘连组织的松解,可改善关节及周围组织病变。具体方法为:500ml 袋装生理盐水与输液导管连接,悬挂高度约 1.5m,出水口连接镜头,采用加压输液方式进行关节腔灌注。

2 护 理

2.1 情志护理 针对患者心理学特点,向患者耐心讲解手术目的、方法、术后注意事项和可能出现的并发症,消除患者的思想顾虑,告知患者术后康复训练的重要性,并教会其锻炼方法。以积极的态度鼓励患者,引导患者解除忧虑,保持乐观情绪。

2.2 术后康复护理 (1)一般护理:术后 6h 需要密切观察生命体征及伤口疼痛、渗血,伤口勿湿水,术后静脉使用抗生素预防感染、止血药物等。观察并评估术后患者的疼痛程度,并适当给予止痛药物。(2)患肢护理:术后抬高患肢,以促进消肿、防止深静脉血栓,术后 72h 严密观察患肢远端血运及感知状况,如肢体颜色温度、足背动脉搏动等。保持切口敷料清洁、无污染,如有渗出及时更换。(3)饮食调护:饮食宜用补气、养血通络为主。注意摄入易消化且富含蛋白质和维生素的饮食,少食动物脂肪;合并骨质疏松者应加服钙剂和鱼肝油。多进食新鲜蔬菜水果,多饮水,防便秘;忌食生、冷、硬和刺激性食物,以免影响消化功能;戒烟,慎饮酒。(4)指导合理用药:向患者交代药物的作用及副作用,让患者配合治疗。如讲明长期使用激素和免疫抑制剂,会出现出血和免疫力下降等副作用。按时定量服药。早期合理、规律地使用非甾体抗炎药可减轻关节、肌肉疼痛,注意饭后立即服药;不能同时服用两种或两种以上同类的药物,以免增加药物的毒副作用,如柳氨磺胺吡啶、甲氨喋呤、硫唑嘌呤等副作用较大,应慎用。中药汤剂以饭后温服为宜,每日 2 次,每次 200ml。(5)休息指导:注意防寒防潮,饮食有常、劳逸有度,加强个体调理。

2.3 术后功能锻炼 术后功能锻炼是手术成功的关键。对关节活动障碍者宜早期进行康复锻炼,以促进气血运行,防止关节僵硬。(1)锻炼的目的:维持胸廓的活动度;保持脊柱的灵活性;维持肢体的运动功能,防止或减轻肢体因废用而致肌肉萎缩;维持骨密度和强度,防止骨质疏松。(2)运动强度控制:从小强度开始,随病情恢复,逐步过度并始终保持中小强度,判断标准以患者主观感知为主,循序渐进。(3)锻炼方法:术后 6h 麻醉消失后,患者可做踝关节背伸跖屈运动,每次 10~20min,每日 3~4 次。术后第 7 日可适当进行髋、膝关节的被动屈伸活动,进行关节活动度的恢复。具体方法:①膝部和髋部屈伸练习:仰卧位,慢慢弯曲患侧膝部,使足跟向臀部滑动,始终保持足跟贴于床面,再慢慢恢复原位为 1 次,连续作 5~10 次为一组,每日两组,以患者无痛范围为主;②坐位练习:患者坐于床上,进行膝部和髋部屈伸练习,要求同上;③直腿抬高练习:患者平卧或坐位,足尖朝上绷紧腿部肌肉,缓慢直腿抬高,高度为足跟距离床面 20cm 为宜,保持 10s 左右,然后放下,每日 3~4 次。恢复期锻炼方法:①平地步行:患者完全弃拐,缓步慢行。一开始走 5~10min 为一组,每日两组,以后每日延长 5min,30min/次开始保持;②斜坡步行:每次步行 30min 无异常时可考虑斜坡步行。斜坡为 5°为宜,作缓慢上下坡练习,一般保持在 10~12 步/min,

要求健腿先上,患腿先下,一次练习 10~15min 为宜,每日 2~3 次;③上下楼锻炼:起初上楼梯级数不宜太多,一般连续上 10~20 级,然后以每日 10 级往上加,至可以上 50~60 级左右,保持每日 2~4 次。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 患者自我评估在治疗后 3d 即明显改善,并至 3 个月仍保持良好的—致性,侧弯活动度、指地距、Schobers 征、血沉、CRP 在治疗后 2 周与治疗前比较差异有显著性。

3.2 治疗结果 本组 35 例,显效 16 例(45.71%),有效 17 例(58.57%),无效 2 例(5.71%),总有效率为 94%。

4 出院指导与随访

术后 1 周拆线,15~20d 出院,出院后继续行关节功能锻炼,如屈伸练习,加强关节活动度,最大限度恢复生活功能。平时保持正确生理姿势,避免长期弯腰活动,尽量减少对脊柱的负重和创伤,不宜长时间行走和剧烈活动,夜间休息以平卧为主,睡硬板床,复查时间一般为术后 3 个月、6 个月、1~2 年。定期随访,以便了解患者是否按练习计划进行功能锻炼及病情进展情况。

5 体会

强直性脊柱炎发病日益增多,大多为 20 岁左右的青年人,术后正确的护理及早期有效的功能锻炼是提高手术疗效的重要措施。早期锻炼能使血脉流通、气机调畅、关节疏利。恢复正常的关节活动是电子内镜术后康复的基本目的之一。在治疗过程中应加强对患者的心理护理、术前护理和术后护理,同时要重视循序渐进地开展功能锻炼,使患肢的功能得到明显改善,缩短康复时间,避免并发症的发生,从而有效地提高患者的生活质量。

参 考 文 献

1 陈佩珠.全膝关节置换术的护理[J].安徽中医临床杂志,2003,8(4):345
2 叶国凤,金爱东.46 例强直性脊柱炎全髋关节置换的康复护理[J].中华护理杂志,2006,31(4):309

(收稿日期 2008-05-14)

神经外科患者下肢深静脉血栓形成原因及护理

武利朵

中图分类号:R473.74 文献标识码:B
文章编号:1004-745X(2008)12-1794-02

【关键词】 神经外科 下肢深静脉血栓形成 护理

下肢深静脉血栓形成是指血液在深静脉内不正常地凝结、阻塞管腔,导致静脉回流障碍。是神经外科术后患者可能发生的严重并发症之一,发生下肢深静脉血栓形成后若未得到及时诊治可导致患肢致残,严重者血栓脱落可并发致命的肺栓塞,成为术后危重患者致残和死亡的原因之一。现将其护理体会报告如下。

1 临床资料

解放军第 251 医院(张家口 075000)

本组 8 例,其中男性 5 例,女性 3 例;年龄 48~79 岁,平均 65 岁;高血压脑出血 6 例,脑血管畸形出血、重型颅脑损伤各 1 例;血栓发生于左侧瘫痪肢体 5 例,右侧瘫痪肢体 2 例,左侧健侧肢体 1 例;其中 1 例为术后卧床 2d,1 例心率缓慢 48~60 次/min,偏瘫下肢股静脉穿刺置管 2 例。临床表现为患肢肿胀、疼痛、皮温升高。本组 8 例经及早发现、及时诊治及精心护理后均痊愈出院,无 1 例发生肺栓塞。

2 病因分析

下肢深静脉血栓形成的原因可能与下列因素有关:(1)长期用脱水剂,使血容量减少,血液黏度增高;(2)患侧肌力降低,血管的支撑力减弱,血管受压,血液回流不畅;(3)卧床时间长,肢体不能活动导致血流缓慢;(4)静脉血栓史导致血管内膜损伤,容易造成血栓形成。

3 护 理

3.1 预防 卧床期间应定时更换体位每 1~2 小时翻身 1 次,并定时做下肢的被动运动。长期输液患者应避免在同一部位、同一静脉反复穿刺。神经外科常用药物甘露醇对静脉刺激性大,使用时尤应注意。注意观察患者双下肢有无肿胀、色泽改变、浅静脉曲张等。

3.2 对症护理 (1)因受累静脉内血液瘀滞,回流受阻,组织的肿胀导致动脉血管受压,容易导致肢体缺血坏死。措施:①患者卧床休息,抬高患肢,促进血液回流,减轻静脉内压力;②局部湿热敷;③按医嘱准确执行溶栓、抗凝、祛聚疗法,并观察病情变化;④每 4 小时观察 1 次患肢皮肤温度、色泽、弹性及肢端动脉搏动情况并进行记录;⑤每日测量双下肢同一部位的周径,观察肿胀消退情况,为调整治疗方案提供参考资料。(2)血管内的炎症反应引起的持续性胀痛导致患者烦躁不安。措施:①观察患者烦躁持续时间和程度,提供安静、舒适、无不良刺激的环境;②各项治疗、护理及检查尽量集中进行,减少频繁刺激;③避免膝下垫硬枕、过度屈髋。适当抬高下肢,以利于下肢静脉回流;④按医嘱使用镇静、催眠药,并观察其疗效。(3)因静脉壁损伤、炎症反应、毒素吸收,患者多有发热。措施:①为患者进行口腔护理每日 2~3 次,一般选用生理盐水、2%~3%硼酸水、朵贝液漱口,起到清洁口腔、预防感染的作用;②为患者提供高热量、高蛋白、高纤维素饮食;③口唇干裂者,涂以少许石蜡油保护;④患者体温超过 39℃时,给予物理降温,如温水擦浴、75%酒精擦浴、冰敷等,必要时给予药物降温,降温 30min 后复测体温,观察并记录降温效果;⑤按医嘱使用抗生素。(4)患肢的肿胀以及长期的卧床造成肢体局部皮肤受压过久,血液循环不良,极易造成皮肤的坏死。措施:①由于患肢血液循环差,易导致褥疮,临床应加强基础护理,每 2 小时翻身拍背,保持床单位平整无皱、清洁干燥,减少刺激皮肤的不良因素;②做好晨、晚间护理,保持患者肌肤清爽、舒适;③协助患者轻微活动下肢,经常翻身,减少局部受压时间。

3.3 潜在并发症护理 潜在并发症包括出血和肺动脉栓塞,其中因静脉血栓的脱落肺动脉的栓塞死亡率极高,具体措施:(1)绝对卧床,患肢高于心脏平面 20~30cm。(2)卧床期间,应主动及被动地活动肢体。(3)溶栓治疗期间,避免肢体大幅度活动,严禁挤压、按摩患肢,以防血栓脱落,发生肺动脉栓塞。(4)密切观察病情变化,若出现呼吸困难、血压下降等异常情况,应立即使患者平卧,避免作深呼吸、咳嗽和剧烈翻动,同时给予高浓度