

寰枢椎不稳后路固定的围手术期护理

吴兰花

(浙江省宁波市第六医院, 浙江 宁波 315040)

关键词 寰枢关节 关节不稳定性 骨折固定术 围手术期护理

寰枢椎不稳是脊柱外科常见病, 由于寰枢关节周围解剖结构复杂, 邻近延髓生命中枢, 因此常需手术重建其稳定性^[1-3]。2005 年 10 月至 2008 年 12 月, 我院采用后路固定寰椎侧块螺钉联合枢椎椎板螺钉技术, 治疗寰枢椎不稳 23 例, 效果满意, 现将护理体会报告如下。

1 临床资料

本组 23 例, 男 15 例, 女 8 例。年龄 24 ~ 63 岁, 平均 41.5 岁。外伤性齿突骨折 17 例(难复性 Anderson II 型齿突骨折 13 例、III 型齿突骨折 4 例), 寰椎横韧带断裂 3 例, 先天性游离齿突并寰枢椎不稳 3 例。所有患者均有不同程度的颈枕区疼痛, 活动受限或四肢麻木、无力。

2 治疗方法

寰椎固定采用 Tan 等^[4]的技术, 经寰椎后弓侧块螺钉固定, 置入 Vertex 钉棒系统; 枢椎固定采用经椎板螺钉固定技术^[2], 置入多轴螺钉; 螺钉成功植入后, 取自体髂骨在寰枢椎后方植骨融合。

3 护理方法

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理 认真与患者交流, 解答患者内心疑惑, 耐心向患者解释手术的方法、必要性和效果, 介绍成功手术病例, 帮助患者克服心理恐惧, 使其积极配合治疗。

3.1.2 颅骨牵引护理 患者颈后放置条形巾, 保持颈椎正常生理弯曲。用丝袜装 2 个米袋置于颈部两侧, 防止头颈左右晃动。定期检查患者牵引体位变化, 防止牵引弓松动。穿针处用酒精常规滴入, 每日 2 次, 并检查其是否有红肿热痛及渗血等异常反应。

3.1.3 术前准备 术前 3 d 备皮, 备皮范围为头颈部至肋缘两侧过腋中线。术前 1 d 消毒颈后手术区皮肤, 并用无菌巾包扎。手术当天用肥皂水清洗颈部皮肤, 更换手术衣。

3.2 术后护理

3.2.1 基础护理 年老体弱患者术后 ICU 监护治疗 24 ~ 48 h, 普通患者术后心电监护仪监测血压、心率、呼吸和血氧饱和度 24 h, 并据病情决定是否延长监测时间。密切观察患者呼吸功能状况, 保持呼吸通畅, 防止呕吐物、分泌物等阻塞呼吸道, 床旁备用气管切开包、吸引器和人工呼吸囊 36 h。积极给患者叩背、翻身, 指导患者深呼吸和有效咳嗽。重视患者主诉, 加强夜间巡视, 防止睡眠呼吸暂停综合征^[6]。

3.2.2 体位护理 术后颈围外固定 8 ~ 12 周, 卧床休息时颈部两侧放置米袋。翻身或移动位置时, 托起患者的颈部、躯干和下肢, 使患者身体保持头、颈、肩、躯干纵轴一致。指导患者循序渐进活动, 防止过早、过度运动, 使患者及家属掌握防止颈椎侧旋和移位的方法。

3.2.3 神经功能观察 观察患者肢体运动状况, 尤其是足趾感觉, 并与术前做比较。检查患者感觉平面和四肢肌力, 注意脊髓神经功能恢复情况。

3.2.4 切口与引流管护理 术后切口负压引流 24 ~ 48 h, 观察引流液质地和流量, 渗血较多时及时汇报并作出处理。观察引流管有无堵塞、扭曲、漏气现象, 保持引流管通畅。密切观察切口有无渗血、渗液, 渗出较多时及时更换敷料。

3.2.5 术后锻炼 术后 2 d, 视病情指导患者进行四肢伸展运动; 术后 3 d, 患者带分体式颈托, 在医护人员协助下逐步进行坐、起和下床活动。

3.2.6 出院指导 根据患者具体情况指导患者进行康复锻炼。嘱患者术后 3 个月内佩戴分体式颈托日常活动, 定期复查, 有异常情况及时就诊。

4 结 果

本组患者术中螺钉均成功置入, 无脊髓和椎动脉损伤。术后 CT 显示螺钉位置良好, 未侵犯脊髓、神经和血管。术后 X 线片示植骨融合, 无颈椎不稳和螺钉松动退出。

5 体会

寰枢椎后路螺钉内固定植骨融合术是近几年的新技术、新方法^[1-3]。寰枢关节不稳病情严重、手术风险大、并发症多,所以围手术期护理是关键。为了改善患者焦虑、恐惧、悲观等不良情绪,应认真与患者沟通,进行有效的心理干预,使患者建立信心,积极配合治疗。术前对患者进行颅骨牵引可以增强其上颈椎的稳定性,有助于骨折脱位的术中良好复位。由于手术切口靠近头发,又有内固定物植入,而骨组织抗感染能力较差,易引起切口感染,所以术前应做好备皮工作。上颈椎部的手术会引发神经压迫、脊髓水肿、心跳和呼吸中枢功能障碍,而术中气管插管可能会引起喉头水肿、痉挛和痰液阻塞,这些都会导致患者呼吸困难,甚至窒息,因此做好术后基础护理至关重要。因手术创伤大、术中出血多、手术时间长,故术后易出现血容量不足等危象,所以术后监测生命体征是重点^[5]。大小便情况也需要密切观察^[6]。另外,患者的体位护理也很重要,因为不当的体位变动会加重上颈椎的不稳定,引起内固定松动、移位,甚至植骨块脱出,所以术后患者不宜过早进行颈部活动。认真做好切口和引流管的护理,发现渗血较多或引流管扭转、引流不畅时,及时通知医生并做出处理。术后 4~5 d,仍有较多渗血或渗液,应警惕切口感染或脑脊液漏的可能。术后适当的活动有助于机体康复,对伴有神经损伤的患者应尽早对其进行四肢被动活动锻炼

和肌肉按摩^[7]。虽然寰椎和枢椎螺钉固定相对可靠,但患者术后 3 个月内坐起或行走,均应严格佩戴分体式颈托,提高植骨融合率的同时,防止内固定松动^[7]。

6 参考文献

- [1] Resnick DK, Benzel EC. C1 - C2 pedicle screw fixation with rigid cantilever beam construct: case report and technical note[J]. Neurosurgery, 2002, 50(2): 426 - 428.
- [2] Wright NM. Posterior C2 fixation using bilateral, crossing C2 laminar screws: case series and technical note[J]. J Spinal Disord Tech, 2004, 17(2): 158 - 162.
- [3] Jeanneret B, Magerl F. Primary posterior fusion C1/2 in odontoid fractures: indications, technique, and results of transarticular screw fixation[J]. J Spinal Disord, 1992, 5(4): 464 - 475.
- [4] Tan M, Wang H, Wang Y, et al. Morphometric evaluation of screw fixation in atlas via posterior arch and lateral mass[J]. Spine(Phila Pa 1976), 2003, 28(9): 888 - 895.
- [5] 竺亚, 刘观燚, 马维虎. 后路寰枢椎椎弓根螺钉固定手术治疗上颈椎不稳的护理[J]. 浙江实用医学, 2009, 14(6): 514 - 516.
- [6] 徐欢红. 后路手术治疗齿状突骨折术后并发症的护理干预[J]. 中国骨伤, 2005, 18(11): 701.
- [7] 冯乐玲, 刘观燚, 马维虎. 后路经关节螺钉固定治疗下颈椎不稳的围术期护理[J]. 解放军护理杂志, 2009, 26(23): 53 - 54.

(2010-06-09 收稿 2010-08-30 修回)

(上接第 79 页)表现为腰背痛、翻身转侧困难等。单纯采用垫枕自身复位可以恢复椎体高度,但需卧床 2~3 个月,给患者带来了痛苦,也增加了褥疮、坠积性肺炎及尿路感染等并发症的发生率。单纯采用 PVP 治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折,其恢复椎体高度有限,且术中易发生骨水泥渗漏。而采用自身垫枕复位法配合 PVP 治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折,既可恢复椎体的高度,又能在较短时间内固化压缩的椎体,消除患者的病痛。但是,要想取得良好的治疗效果,还需要系统的围手术期护理。术前要做好垫枕自身复位护理及肠道通畅护理。垫枕自身复位要循序渐进进行,不能操之过急,否则复位过程中的损伤既可增加患者的痛苦,又可能会增加骨水泥的渗漏率。术前肠道通畅护理极为重要,因为行 PVP 术时要在 X 线引导下操作完成,肠道内气体及积粪对椎体显影有明显干扰,特别是腰椎手术时^[5]。术中应加强并发症

的观察与护理,防止骨水泥渗漏及肺栓塞的发生。术后指导患者进行康复锻炼,并注意应用抗骨质疏松药物。

5 参考文献

- [1] 刘汝银, 孙永强, 彭晓艳. 经皮椎体成形术治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折疗效观察[J]. 中医正骨, 2006, 18(8): 65.
- [2] 程少丹, 莫文, 施杞, 等. PVP 治疗椎体压缩性骨折[J]. 中国骨质疏松杂志 2007, 13(12): 879 - 883.
- [3] 孟丽凤, 钱秋华. 腹部按摩配合针灸治疗胸腰椎骨折后腹胀[J]. 中医正骨 2009, 21(3): 56 - 57.
- [4] 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[J]. 护理实践与研究, 2007, 4(5): 25 - 26.
- [5] 何桂娟, 虞伟力. 胸腰椎骨折病人腹胀便秘的全程中医护理干预[J]. 中医正骨 2010, 22(5): 65 - 66.

(2010-07-14 收稿 2010-10-19 修回)