

· 骨伤科护理 ·

颈椎前路减压植骨内固定术围手术期护理

林春花, 王雅萍

(浙江省台州市黄岩中医院, 浙江 台州 318020)

摘要 目的:观察对颈椎病颈椎前路减压植骨内固定术患者进行围手术期系统护理的效果。**方法:**对 22 例行颈椎前路减压植骨内固定术的颈椎病患者在围手术期进行系统护理和康复指导, 观察患者手术和术后康复情况。**结果:**22 例患者均手术顺利, 术后切口均 I 期愈合, 植骨块均融合。**结论:**系统、细致的围手术期护理和康复指导是提高颈椎病颈椎前路减压植骨内固定术手术成功率的保障。

关键词 颈椎 前路减压 内固定 围手术期护理

颈椎疾病随着我国工业化社会的迅猛发展, 各种交通意外、工业和建筑事故、运动伤日益增多, 而越来越多。近几年来 CT 及 MRI 的不断更新完善, 为颈椎病的诊断和治疗提供了重要依据, 颈椎病发病率越来越高, 已成为骨科常见病多发病, 严重影响人们生活质量, 且并发症多、致残率高。而颈椎前路减压植骨融合钢板内固定术是目前治疗颈椎病、颈椎骨折、脱位的一种最常用而有效方法。自 2008 年 1 月至 2009 年 5 月, 我院共收治颈椎病病人 22 例, 实施颈前路减压植骨融合内固定术, 并对其进行系统护理, 收到良好效果, 现总结报告如下。

1 临床资料

本组 22 例, 男 17 例, 女 5 例。年龄 32 ~ 68 岁, 中位数 46 岁。脊髓型颈椎病 8 例, 颈椎骨折 10 例, 颈椎滑脱 4 例, 伴不全截瘫 8 例。对 22 例人均行颈前路植骨内固定术; 采用 Vectra 钛板内固定 10 例, CanAcp 锁定钢板 12 例。术中顺利, 术后切口 I 期愈合。康复或好转出院, 术后随访 6 ~ 24 个月, 植骨块融合。

2 术前护理

2.1 心理护理 做好心理护理, 因患者刚入院对周围环境陌生, 加之病变部位在颈椎, 手术难度大、风险高, 害怕手术失败, 并且病人有明显四肢感觉、运动异常, 生活不能自理, 患者心理压力, 出现焦虑、恐惧心理, 甚至悲观、消极情绪。针对这一情况, 医护人员要了解其病情和心理变化, 耐心细致向患者解释手术及麻醉有关知识, 讲明手术必要性及重要性。多与患者及家属沟通, 并介绍同类患者成功治愈的病例, 帮助患者消除顾虑, 使患者在最佳心理状态下接受手术治疗, 配合术前后护理。

2.2 术前准备 配合做好各种辅助检查, 监测生命体征, 了解患者心、肺、肝、肾、血管系统功能状态, 正确估计手术的耐受力, 颈部常规备皮, 男患者需剃胡须, 术中需取自体骨植骨而须备两侧髂部及会阴部皮肤。术晨禁食 12 h、禁水 8 h。

2.3 术前训练

2.3.1 体位训练 颈椎前路手术要求术中充分暴露手术野, 因此术前应指导患者做头颈过伸仰卧位练习。患者仰卧, 将枕头放在肩背部, 头后仰, 颈部呈过伸位, 充分暴露颈部, 每天训练 2 次, 每次 5 min, 逐渐达到每天 2 次, 每次 2 h, 训练后无特殊不适为止。

2.3.2 卧床生活训练 由于此类手术患者术后需要绝对卧床休息, 颈部制动。所以术前 2 d 训练患者仰卧进食、饮水, 避免术后不适应而造成呛咳, 增加病人痛苦。并于术前 2 ~ 3 d 指导病人床上大小便, 避免因术后不适应床上大小便而发生尿潴留而增加泌尿道感染机会以及便秘发生。

2.3.3 呼吸功能锻炼 术前应指导患者进行有效深呼吸练习及练习有效咳嗽、咳痰。目的是增加肺活量, 促进痰液排出, 减少气管和肺分泌物, 增加肺通气功能, 减少术后并发症, 吸烟患者要求戒烟。

2.3.4 气管食管推移训练 颈椎前路手术由于要求术中充分暴露椎体, 而手术要由内脏鞘和血管神经鞘间隙进入抵达椎体, 必须把内脏鞘推向对侧才能充分暴露椎体, 因此术前必须进行气管食管推移训练, 并告知患者此种训练的必要性以取得其积极配合。训练时, 保持患者体位舒适, 一般患者仰卧, 枕头垫于肩下, 头后仰, 使其颈部肌肉放松。操作者站在患者左侧, 用拇指或 2 ~ 4 指放在颈外皮下插入胸锁乳突肌内侧缘的内脏鞘和血管神经鞘间, 先左右摇摆气管。

然后将气管、食管持续向左侧牵拉推移或用另一手协助牵引,牵拉时用力缓和需超过中线并避免牵拉过程中断^[1]。持续 5~10 min,然后增至 15~20 min,每天 3~4 次。若患者无不适,即达到手术条件。

2.4 配置合适颈托 术前用合适颈围加以固定,防止颈部过仰,限制颈部转动,以免加重脊髓损伤,并可以让患者术前戴颈围适应一段时间,以便患者在术后使用时获得良好的外在稳定,促进植骨融合。

3 术后护理

3.1 体位护理 患者返回病房向床上搬动时,医护人员动作要协调一致,一人固定患者头颈部,保证搬动时保持头、颈与躯干同一轴线,避免颈椎过度伸屈、旋转,协同将患者平移至病床。然后去枕平卧,于颈后放置一软垫,后枕部垫一自制软头圈,头部两侧分别放置沙袋,24 h 内尽可能减少颈部活动。以防止出血及植骨块移动、脱出而导致手术失败。但应加强局部的被动活动,如压疮好发部位,臀、肩、踝等部位的被动按摩防压疮。术后 1 d 开始为患者翻身,一人扶头颈部,一人扶躯干,使头颈、肩、躯干同步轴线翻身,术后 3~5 d 戴颈围半卧位,1 周后可戴颈围离床活动。

3.2 生命体征观察 患者返回病房后给予持续心电图监护,每小时测血压、脉搏、呼吸、血氧饱和度至平稳,并注意观察意识情况。尤其应注意呼吸变化,如呼吸频率、节律及深浅。由于术中牵拉气管、食管,术中刺激脊髓以及术区血肿压迫等原因,可使喉头水肿,痰液堆积,导致呼吸道阻塞,脊髓和脊神经水肿可导致呼吸肌麻痹,呼吸困难,严重可引起窒息而死亡^[2]。另外由于疼痛及颈部制动导致呼吸道分泌物排出困难。因此应严密观察呼吸情况如有异常及时报告医生处理,并且床头备气管切开包、吸痰用物。术后给予氧气吸入,雾化吸入每天 1~2 次可减少渗出,减轻呼吸道炎症水肿,稀释痰液,利于咳出。

3.3 切口引流管观察 严密观察切口情况,如切口敷料渗血情况及颈部有无肿胀增粗,引流管是否通畅,有无扭曲、堵塞。并注意观察引流量及颜色性质并记录,一般引流管可放置 24~48 h,术后 24 h 引流量明显减少可拔除引流管,保持切口敷料干燥以免切口感染。如果切口敷料渗血较多,颈部增粗,切口隆起,张力增大,患者自觉呼吸不畅或紧迫感、胸闷、气短,应考虑手术区渗血形成血肿可能。应立即报告医师,紧急打开切口,清除血肿,并配合其它抢救措施。

本组无 1 例血肿形成。另 24 h 内不宜戴颈围,以便随时观察伤口情况。

3.4 肢体感觉活动观察 麻醉平面消失后,仔细观察肢体感觉及运动功能情况,与术前比较以判断手术疗效及术后恢复情况,也可以判断有无继发性脊髓损伤。一般术后脊髓压迫症状有所缓解,如发现与术前比较肢体感觉有所减退可能与术后脊髓水肿有关,可用 20% 甘露醇 250 mL 快速静脉点滴 3~5 d,以利脊髓水肿消退。若症状继续加重应考虑血肿压迫脊髓可能,应及时报告医生处理。并做好相应记录。

3.5 饮食护理 术后禁食 6 h,术后 1~2 d 应进流质饮食,以减少咽部充血和水肿。术后 3~4 d 改半流质饮食,逐渐过渡到普食。并注意营养。进食时,先在颈托保护下适当抬高头部 15°~30°。进流质饮食可借助吸管完成,进半流质、普食时应他人喂食,且避免进干燥及粗糙食物,应细嚼慢咽,速度不宜太快,以防呛咳或窒息。本组无 1 例出现呛咳现象。

3.6 加强基础护理 颈椎手术因病情复杂,术后又要求绝对卧床,故应加强基础护理,防止并发症如褥疮、坠积性肺炎、深静脉血栓、泌尿系统感染等的发生。因此,在颈部固定前提下,每日按摩骨突部位,定时翻身,保持床单清洁,做好皮肤护理,加强营养,防止褥疮发生。鼓励患者咳嗽,定时拍背,促进排痰,给予超声雾化吸入,每日 2 次,防坠积性肺炎发生,注意观察患者术后体温、脉搏、小腿周径、腓肠肌触痛等情况。术后尽早进行下肢活动,如直腿抬高等活动,对预防深静脉血栓有重要意义。保持会阴部尿道口清洁,多饮水,防泌尿道感染。

4 并发症预防和处理

4.1 植骨块脱落 植骨块脱出是颈前路手术后并发症之一,除与术中骨块与植骨处理有关外,与搬运不当及活动过度,下床时间过早也是植骨块脱落原因。如植骨块脱出压迫食管或气管,可引起吞咽困难或呼吸困难,严重者可造成气管食管瘘。因此,除术中植骨块妥当固定外,术后搬运病人上床时应三人合力行轴线搬动。术前必须选好与患者颈部合适颈围,术后严格限制颈部屈伸,及旋转活动。翻身时行轴线翻身,侧卧时枕高应为肩的高度,颈部位于中立位,不可过伸,倾斜或过屈,以免植骨块脱落,勿过早进食固体食物,以免吞咽动作过大。勿过早下床活动以 1 周后下床活动为宜。

4.2 神经损伤 是颈椎前路手术的主要 (下转第 74 页)

术后卧床病人进食易消化食物,保持大便通畅,避免用力排便,负压增加,影响下肢静脉血液回流。

3.4 术后功能锻炼 术后患肢要保持外展中立位,抬高患肢 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$,使下肢后侧均匀受力,膝关节功能位。应特别指出的是腘部禁衬垫,保持回流通畅。功能锻炼及早进行,术后第 1 天,指导鼓励患者进行下肢肌肉收缩 主要是进行腓肠肌挤压、患肢股四头肌的等长收缩、踝关节屈伸旋转活动,腓肠肌挤压必须要间歇配以被动挤压,肌四头肌收缩的方法是病人先绷紧股四头肌 12 s,然后放松,踝关节可做跖屈背伸动作,如此循环,每天 2 次,每次 30 ~ 40 个动作。活动范围要由小到大,力度逐渐增加,踝关节锻炼时应注意关节屈伸旋转的范围要尽量大。指导患者行患肢直腿抬高训练,每天 60 ~ 90 次。术后第 2 天,在保持第 1 天锻炼项目的同时,加做柔缓的髋关节屈曲动作,患者取半卧位,屈髋应 $< 45^{\circ}$,目的是增加股四头肌功能,增加腿部力量,为下地练习行走做好准备。术后第 3 天,功能锻炼的项目是下床扶双拐在床边练习站立、行走,练习的重点是步态训练,患肢先以足跟着地,慢慢将重心移至脚掌,双足着地时间应相等。逐渐让患者掌握正确转移重心,调节步态。

(上接第 72 页)并发症,喉返神经损伤表现声音嘶哑,憋气和伤侧声带运动麻痹。喉上神经损伤则表现为呛咳,大多是由于术中神经暴露引起误伤及过度牵拉所致,以及由于术中对喉部机械刺激和术后仰卧进食不适应也可引起轻度声音嘶哑、呛咳。因此术者在术中动作应轻柔,避免粗暴动作,进食应细嚼慢咽,速度不宜太快。

5 功能锻炼和康复指导

5.1 功能锻炼 为防止肌肉挛缩和关节僵硬及下肢深静脉血栓形成,术后早期在生命体征稳定后立即给予上、下肢肌肉按摩和关节被动活动,每天行肌肉按摩 5 ~ 6 次,每次 20 ~ 30 min。术后 1 ~ 2 d 指导患者自主活动四肢。1 周后在颈围固定下可下床活动。上肢主要功能锻炼手的握与捏、伸与屈功能,并可借助握力器或拉力器进行训练,恢复肌肉力量,下肢主要加强屈髋、屈膝及踝关节的肌肉锻炼,以及直腿抬高及伸屈锻炼。锻炼以主动活动为主,被动活动为辅。对于肢体瘫痪者,指导教会家属做好肌肉按摩及各关节被动活动,可以防止关节僵硬和肌肉萎缩。

5.2 康复指导 出院 3 个月内继续颈托固定,避免颈部屈伸和旋转等剧烈活动,禁止负重、抬重物。3 个月后经摄 X 线片示植椎间隙已完全融合后,可进

3.5 抗血栓药物的预防应用 药物预防是目前使用最广泛的方法,术后 12 h 患者均采用低分子肝素钙 5000 U 皮下注射,每天 1 次,或给利伐沙班 10 mg 口服,每天 1 次(术后 6 ~ 8 h),连用 7 d。另外,口服阿司匹林,静脉注射复方丹参注射液,都能起到很好的预防效果。

4 小 结

髋关节置换术患者在围手术期内积极的进行 DVT 预防性护理干预,可以大大地降低 DVT 的发生率。在围手术期内采用综合有效的护理措施,避免三大病因是预防 DVT 形成的关键,要科学合理的采取相应的护理措施进行护理干预,及早发现,及时治疗,避免或减少并发症的发生,安全度过手术难关,促进患者尽快康复。

5 参考文献

- [1] 吕厚山,徐斌.人工关节置换术后下肢深静脉血栓形成[J].中华骨科杂志,1999,19(3):155.
- [2] 罗慰慈.肺栓塞的诊治进展[J].中华老年医学杂志,2001,20(3):165.
- [3] 刘云凤.人工关节置换术后下肢深静脉血栓形成的护理干预[J].临床误诊误治,2009,22(7):51-52.

(2011-09-27 收稿 2011-12-15 修回)

行颈部功能锻炼,屈伸、旋左、旋右活动。然后再做颈部旋转活动,注意颈部勿做剧烈活动,防止再损伤。锻炼要循序渐进,若出现颈部不适,应暂时停止。继续加强下肢功能锻炼。定期复查。

6 小 结

颈椎前路植骨内固定术是治疗颈椎病的有效方法之一,其手术风险大,并发症多且重。因此,科学合理做好围手术期护理是保证患者康复的关键,故术前做好心理护理,术前训练,消除患者紧张情绪,做好术前准备,保证手术顺利进行,术后严格体位搬动及严密病情观察,并发症预防和护理,发现问题及时处理,正确指导与协助患者功能锻炼。通过对此类病人的护理,体会到护理人员不仅要掌握手术常规护理,更要掌握手术的特殊护理,精湛术前后护理和康复指导是提高手术成功率和降低残疾的有效保证。

7 参考文献

- [1] 宁宁.骨科康复护理[M].北京:人民军医出版社,2005:162-163.
- [2] 谢连顺,刘艾红,王利亭.颈椎前路手术后病人的护理体会[J].实用护理杂志,2000,12(5):11-12.

(2011-10-24 收稿 2012-01-18 修回)