

# 下颈椎骨折脱位并发脊髓损伤的围手术期护理

蒋莉丽

(浙江省衢州市中医院, 浙江 衢州 324002)

**摘要 目的:**探讨下颈椎骨折脱位并发脊髓损伤患者的围手术期护理措施。**方法:**2005 年 4 月至 2010 年 4 月,运用术前心理护理、基础护理,术后体位护理、一般护理、呼吸道护理、泌尿系统护理、饮食护理、功能锻炼等措施,结合出院指导,规范护理下颈椎骨折脱位并发脊髓损伤患者 32 例。男 25 例,女 7 例;年龄 18~69 岁,中位数 43 岁。损伤部位: $C_3 \sim C_4$  5 例, $C_4 \sim C_5$  6 例, $C_5 \sim C_6$  12 例, $C_6 \sim C_7$  9 例。Frankel 脊髓评分:A 级 12 例,B 级 8 例,C 级 7 例,D 级 5 例。**结果:**随访时间 6~12 个月, Frankel 脊髓评分 A 级 9 例,B 级 3 例,C 级 6 例,D 级 9 例,E 级 5 例。1 例患者发生脑脊液漏,术后 1 周切口愈合;2 例骶尾部出现褥疮,4 周后治愈。**结论:**科学规范的围手术期护理有助于下颈椎骨折脱位并发脊髓损伤患者的神经功能恢复。

**关键词** 脊柱骨折 脊髓损伤 围手术期护理

$C_3 \sim C_7$  的骨折脱位又称下颈椎骨折脱位,是一种常见的颈椎损伤,多合并脊髓损伤,严重者可致残<sup>[1]</sup>。近年来,交通事故伤中颈椎骨折脱位并发脊髓损伤的患者逐渐增多。2005 年 4 月至 2010 年 4 月,我们对 32 例下颈椎骨折脱位并发脊髓损伤的患者进行了系统护理,效果满意,现报告如下。

## 1 临床资料

本组 32 例,男 25 例,女 7 例。年龄 18~69 岁,中位数 43 岁。均为下颈椎骨折脱位并发脊髓损伤的患者,损伤部位: $C_3 \sim C_4$  5 例, $C_4 \sim C_5$  6 例, $C_5 \sim C_6$  12 例, $C_6 \sim C_7$  9 例。致伤原因:交通事故伤 19 例,高处坠落伤 12 例,跌倒伤 1 例。Frankel 脊髓评分<sup>[2]</sup>:A 级 12 例,B 级 8 例,C 级 7 例,D 级 5 例。

**2 治疗方法** 18 例采用前路减压植骨内固定术,5 例采用后路稳定术,9 例采用前路减压结合后路融合术。

## 3 护理措施

### 3.1 术前护理

**3.1.1 心理护理** 耐心细致地向患者及其家属讲解此类疾病的注意事项,告知患者手术的必要性,消除其紧张、焦虑等负面情绪,使其树立战胜疾病的信心,从而积极配合治疗。

**3.1.2 基础护理** ①颅骨牵引护理:增加巡视病房次数,观察牵引状况,避免碰撞被牵引的颅骨;及时调整螺丝松紧度,防止牵引松动;注意牵引体位,给患者翻身时使其头、颈、躯干保持协调一致;观察牵引孔情况,每日用 75% 酒精滴注 2 次。②气管和食管推移训

练:将患者气管和食管向非手术侧推移,开始用力缓和,后逐渐加强,尽量把气管和食管推过中线,推移过程中避免呛咳,注意血压和心率变化,每次推移 15~25 min,每日 3 次。

### 3.2 术后护理

**3.2.1 体位护理** 术后使患者去枕平卧,颈托外固定,颈部两侧放置沙袋。协助患者翻身,使其保持颈椎中立位,即头、颈、躯干呈一条直线。避免颈椎过伸、过屈活动,防止内固定松动。术后 3~5 d,带颈托坐位或站立床边活动。

**3.2.2 一般护理** ①密切观察患者的各项生命体征,发现异常及时汇报。②切口放置引流管,保持引流管通畅,观察并记录引流液的量、色和质地。③注意切口及敷料情况,切口肿胀明显、敷料渗出物过多,出现呼吸困难、口唇紫绀等现象时,及时报告医生处理,防止颈部血肿等并发症。④认真询问患者肢体感觉,并观察其肌力恢复情况<sup>[3]</sup>。

**3.2.3 保持呼吸道通畅** 术后 48 h 内密切观察患者呼吸的频率、节律和深度变化,发现口唇紫绀,立即吸氧。定时给患者翻身、拍背,指导患者进行有效咳嗽等肺功能锻炼,并协助其排痰。

**3.2.4 防止泌尿系统感染** 术后当天留置导尿管,1 周后根据恢复情况决定是否拔除导尿管。指导患者进行排尿训练,防止膀胱挛缩。鼓励患者多饮水,增加尿液的排出量,减少尿潴留的发生。

**3.2.5 饮食调护** 指导患者逐渐从流质饮食过渡到半流质、普食,避免食用干燥、粘性强、易产气的食物,

多进食富含高纤维、高蛋白、充足维生素的食物。

**3.2.6 功能锻炼** 向患者及家属解释功能锻炼的重要性和必要性,使其积极配合。①给患者按摩关节和肌肉,每日 4~5 次,每次 15~30 min,动作轻柔,忌手法粗暴,逐渐增加按摩次数、延长按摩时间,防止肌肉萎缩和关节畸形。②术后 3~5 d 指导患者进行坐位训练,教会患者家属动作要领,使其在一旁协助;避免患者坠床,逐步由半坐位向坐位、床上坐位向床边坐位进行锻炼。③根据患者术后恢复情况,鼓励其主动锻炼,增强肌力,以不产生疲劳感为度。

**3.3 出院指导** 嘱患者定期复查,以便了解骨折愈合程度。术后颈托外固定 3 个月,避免重体力劳动,以防止内固定脱位。合理调配饮食,多食促进骨骼生长的食物。加强肢体功能锻炼,从简单到复杂、由短时间练习到长期锻炼,循序渐进地活动。卧床休息时,注意不定时翻身,以防止褥疮等卧床并发症。

## 4 结 果

本组 32 例患者均获随访,随访时间 6~12 个月。Frankel 脊髓评分:A 级 9 例,B 级 3 例,C 级 6 例,D 级 9 例,E 级 5 例。1 例患者发生脑脊液漏,术后 1 周切口愈合;2 例出现骶尾部褥疮,4 周后痊愈。

## 5 体 会

下颈椎骨折脱位常伴有脊髓损伤发生,严重威胁患者生命,严格规范的护理措施有助于患者术后康

复。由于病情复杂,此类患者容易产生心理压力,术前及时和患者及家属沟通,做好心理安抚,消除其恐惧、紧张等不良情绪,取得其积极配合,这在整个治疗过程中起着举足轻重的作用。颈椎前路手术中常需牵拉气管和食管,术前协助患者进行气管和食管推移训练,有利于术中操作、减少组织损伤,且可避免术后呼吸困难、窒息等并发症。术后认真观察、记录患者各项生命指征,密切注意切口和引流物变化,发现异常及时报告医生处理,防止出现切口血肿和脑脊液漏。做好呼吸道护理,保持呼吸通畅,避免引起呼吸肌麻痹和坠积性肺炎。合理的饮食安排、恰当的功能锻炼,都有助于患者整体机能恢复。详尽的出院指导不仅能促进患者康复,还可提高其生活质量。因此在对患者进行定期随访的同时,还应嘱其按时门诊复查,以便发现问题及时处理。

## 6 参考文献

- [1] Canale ST, Besty JH. 坎贝尔骨科手术学[M]. 王岩,唐佩福,裴国献,等译. 11 版. 北京:人民军医出版社,2009:569.
- [2] 刘志雄. 骨科常用诊断分类方法和功能结果评定标准[M]. 北京:北京科学技术出版社,2005:310.
- [3] 牛培君. 颈椎骨折手术治疗的护理配合[J]. 中医正骨,2010,22(5):71-72.

(2011-04-19 收稿 2011-08-04 修回)

(上接第 78 页)取代传统的骨科开放手术,但其对患者的创伤更小,因此更安全可靠,也更便于临床推广应用。护理工作量也因采用微创手术而相应减少,护理过程更省时、省力,患者也更舒服。循证医学认为,任何医学论点都应该有确实可靠的论据予以证明,才是真实可信的<sup>[8]</sup>。笔者尝试性地应用各项指标来量化骨科护理工作,也许并不全面,有待在今后的护理研究工作中进一步完善。

## 5 参考文献

- [1] 徐华梓,池永龙,倪文飞,等. 胸腰椎骨折的微创手术策略[J]. 中华骨科杂志,2009,29(5):424-429.
- [2] 池永龙,徐华梓,林焱,等. 经皮显微脊柱内窥镜下松解复位植骨内固定治疗难复性寰枢关节脱位[J]. 中华外科杂志,2007,45(6):383-386.

- [3] 郭晓山,池永龙. 经皮闭合内固定治疗骨盆环损伤[J]. 中华外科杂志,2006,44(4):260-263.
- [4] 孔建中,池永龙,洪汝康,等. 股骨转子间骨折微创内固定术临床疗效评价[J]. 中华创伤杂志,2002,18(12):732-734.
- [5] 王谊,淦细红,傅声帆. 不稳定性骨盆骨折不同治疗方式的护理[J]. 温州医学院学报,2010,40(2):201-202.
- [6] 王谊,黄孔阳,傅声帆,等. 扩大操作胸腔镜下脊柱前路手术患者的护理[J]. 中华护理杂志,2004,39(11):817-818.
- [7] 李洁. 股骨转子间骨折老年患者微创内固定术后护理[J]. 南方护理学报,2004,11(8):46-47.
- [8] Gertzbein SD. Spine update. Classification of thoracic and lumbar fractures[J]. Spine,1994,19(5):626-628.

(2011-11-07 收稿 2012-02-08 修回)