

· 骨伤科护理 ·

颈椎骨折后截瘫合并高热的护理

刘平¹, 闫慧¹, 易玲², 张洋¹

(1. 河南省洛阳正骨医院, 河南 洛阳 471002; 2. 河南省郑州市第七人民医院, 河南 郑州 450006)

摘要 目的: 探讨颈椎骨折后截瘫合并高热的护理方法。方法: 2009 年 7 月至 2011 年 8 月, 采用基础护理、降温、预防感染和饮食护理等措施, 对 7 例颈椎骨折后截瘫合并高热患者进行精心护理。本组患者男 6 例, 女 1 例; 年龄 18 ~ 60 岁, 中位数 36 岁; 均于截瘫 1 ~ 7 d 后出现高热, 体温 39.2 ~ 39.7 °C 者 3 例, 40 ~ 40.3 °C 者 4 例。护理后观察降温效果及并发症发生情况。结果: 本组患者住院时间 12 ~ 37 d, 中位数 25 d。1 例患者失访, 其余 6 例患者均获随访, 随访时间 6 ~ 24 个月, 中位数 17 个月。护理后患者体温 37.2 ~ 37.4 °C 者 3 例, 37.5 °C 者 3 例, 37.7 °C 者 1 例。1 例患者入院时存在浅 II 度压疮, 经烤灯局部照射后痊愈。所有患者均无泌尿系感染、呼吸道感染、皮肤软组织感染等并发症。结论: 科学规范的护理有助于缓解颈椎骨折后截瘫患者的高热, 预防感染、压疮等并发症。

关键词 颈椎 脊柱骨折 截瘫 发热 护理

严重的颈椎骨折会损伤颈髓, 导致截瘫或高位截瘫。截瘫患者由于植物神经系统功能障碍, 常出现中枢性高热, 如不及时采取有效的降温措施, 可引起全身多器官功能衰竭^[1]。2009 年 7 月至 2011 年 8 月, 我们对 7 例颈椎骨折后截瘫合并高热患者进行精心护理, 效果满意, 现将护理体会报告如下。

1 临床资料

本组 7 例, 男 6 例, 女 1 例; 年龄 18 ~ 60 岁, 中位数 36 岁; 均为颈椎骨折后截瘫合并高热患者。致伤原因: 重物砸伤 1 例, 车祸伤 6 例。5 例双侧上肢肩关节以下 15 cm 处以远感觉消失, 双侧锁骨至第 8 肋间感觉减退, 第 8 肋间以下感觉全部消失; 1 例第 10 肋间以下感觉全部消失; 1 例双侧上肢感觉异常, 第 4 肋间以下感觉全部消失。所有患者均有高热、胸闷、呼吸困难、神志恍惚等临床表现, 均于截瘫 1 ~ 7 d 后出现高热, 其中体温 39.2 ~ 39.7 °C 者 3 例, 40 ~ 40.3 °C 者 4 例。

2 护理方法

2.1 基础护理 密切观察患者的各项生命体征变化, 评估其病情程度, 按照分级护理制度给予不同级别的护理; 定时巡视, 发现异常及时报告医生处理。

2.2 降温

2.2.1 局部冷敷 使患者头戴冰帽或头枕冰枕, 用毛巾包裹化学冰袋或 10% 的盐水冰袋, 分别放置于

其颈部、腋下、腹股沟及腘窝等大血管走行浅表处。每次冷敷 30 min, 需持续降温者, 每次冷敷间隔 1 h。

2.2.2 全身擦浴 采用 34 ~ 35 °C 的温水或 30 °C 的 25% ~ 30% 酒精擦浴, 擦浴顺序及手法按照护理操作常规要求进行。擦浴开始前在患者前额放置冰袋, 足下放置热水袋。重点擦浴患者的前颈部、腋下、肘窝、腹股沟及腘窝等部位^[2], 禁止擦浴后颈部、心前区、腹部及足心。擦浴过程中严密观察患者的身体反应, 防止冻伤, 避免出现反射性心率减慢和腹泻等不良反应^[3]。每次擦浴 20 min, 擦浴结束 30 min 后测量体温。

2.2.3 冰盐水灌肠 视患者情况, 采用 4 °C 的生理盐水 50 ~ 100 mL 保留灌肠, 操作过程中密切观察患者的体温、脉搏、血压及心率变化, 做好降温效果记录。

2.2.4 静脉输液降温^[3] 经冷敷、擦浴降温后体温仍高于 39 °C 的患者, 采用静脉输液降温。将生理盐水或 5% 葡萄糖注射液放入冰箱, 待其温度降至 0 ~ 10 °C 时取出, 用保温套包裹备用。向患者及其家属解释说明静脉输液降温的目的和意义, 经家属签字确认同意后开始进行。50 岁以上的老年患者, 静脉输液速度保持在 40 滴 · min⁻¹, 其余患者保持在 60 滴 · min⁻¹。静脉输液过程中实施床旁心电监护, 注意患者的体温和血压变化, 每 10 min 测量 1 次体温, 收缩压 < 13 kPa 或体温降至 37.5 °C 以下时, 立即停

止输注。

2.2.5 药物降温 物理降温效果不明显时选择药物降温,采用氯丙嗪 50 mg、异丙嗪 50 mg、哌替啶 100 mg,加入 5% 葡萄糖注射液或生理盐水中静脉滴注。滴注过程中严格执行交接班制度,增加巡视次数;严密观察患者的生命体征,重点注意其意识状态及瞳孔变化,发现异常情况及时报告医生。

2.3 预防感染

2.3.1 预防泌尿系统感染 尿潴留患者予以间断放尿,每 2~4 h 开放 1 次导尿管,促进膀胱功能恢复;及时清理尿道外口分泌物,采用 0.2% 碘伏擦拭尿道口^[4];每日清洗会阴部 2 次,保持局部清洁、干燥;定期检查尿常规,发现异常及时报告医生处理。

2.3.2 预防压疮 定时协助患者翻身,翻身后用软枕放置于其两腿间,选取适量红花油涂抹于受压皮肤,并适度按摩,白天每 2 h 进行 1 次,夜间 2~3 h 进行 1 次^[1]。

2.3.3 预防肺部感染 指导患者有效咳嗽、咳痰,痰液较为黏稠无法咳出时采用雾化吸入疗法稀释痰液;呼吸困难时及时吸氧。

2.4 饮食护理 指导患者食用富含维生素和蛋白质的流质或半流质食物,如牛奶、新鲜果汁和米汤、菜汤、排骨汤等;鼓励其少量多餐,每日 5~7 次;适度多饮水,保持水和电解质平衡^[5]。

3 结果

本组患者住院时间 12~37 d,中位数 25 d。1 例患者失访,其余 6 例患者均获随访,随访时间 6~24 个月,中位数 17 个月。护理后患者体温 37.2~37.4℃者 3 例,37.5℃者 3 例,37.7℃者 1 例。1 例患者入院时存在浅Ⅱ度压疮,经烤灯局部照射后痊愈。所有患者均无泌尿系感染、呼吸道感染、皮肤软组织感染等并发症发生。

4 讨论

颈椎骨折后截瘫患者由于颈髓受损,常易引发中

枢性高热^[6]。高热会使大脑皮层处于过度兴奋或高度抑制状态,表现为烦躁不安、惊厥或谵妄、昏睡、昏迷等。持续高热会加速机体代谢,引起体内水和电解质紊乱,加重各脏器的负担,引发一系列疾病。因此及时有效地降温是颈椎骨折后截瘫合并高热患者的护理要点。高热初期宜采用局部冷敷、全身擦浴、冰盐水灌肠等方法,这些方法降温效果明显、操作简便、可反复使用。若上述降温方法无效,体温仍然高于 39℃,采用静脉输液降温法,降温过程中注意观察患者的生命体征变化,发现异常情况及时报告医生。药物降温效果明显,但不良反应较多,因此多在物理降温无效的情况下使用。截瘫患者由于长期卧床,容易引起泌尿系统感染、肺部感染及压疮,应采取相应措施防止泌尿系统感染、肺部感染,避免其诱发或加重高热;定时给患者翻身、拍背,按摩其受压部位,防止压疮。为了提高患者机体抵抗力,促进其康复,还应指导患者食用富含维生素的流质或半流质食物,适度多饮水,禁食辛辣刺激食物,防止饮食不当诱发高热^[7]。

5 参考文献

- [1] 林红,刘影,刘岩. 颈髓损伤患者高热的护理体会[J]. 吉林医学,2007,28(14):1632.
- [2] 杨玉霞,张川,焦瑞娜. 颈髓损伤后高热的原因分析及护理[J]. 中医正骨,2009,21(3):73-74.
- [3] 张先云. 中枢性高热物理降温疗效观察[J]. 实用医技杂志,2007,14(26):3655-3656.
- [4] 常玉霞,李淑彬. 中枢性高热患者的护理体会[J]. 长治医学院学报,2007,21(1):67-68.
- [5] 伍红平,杨晓蓉. 颈椎骨折合并颈髓损伤后高热原因分析及护理对策[J]. 局解手术学杂志,2010,19(5):431.
- [6] 杨海燕. 急性颈髓损伤患者高热的护理体会[J]. 中国中医急症,2005,14(6):597.
- [7] 王桂芝,葛向荣. 颈髓损伤患者围手术期的护理体会[J]. 中医正骨,2010,22(10):78-79.