

# 经口咽入路寰椎前路钢板内固定术治疗 寰椎骨折的围手术期护理

江军歌

(浙江省宁波市第六医院, 浙江 宁波 315040)

**摘 要** **目的:**探讨经口咽入路寰椎前路钢板内固定术治疗寰椎骨折的围手术期护理方法。**方法:**2004 年 3 月至 2012 年 3 月,采用心理护理、口咽部护理、下呼吸道护理、高热护理、饮食护理等方法护理寰椎骨折患者 28 例。男 18 例,女 10 例。年龄 20~68 岁,中位数 47 岁。合并头外伤 16 例、面部软组织损伤 14 例、四肢骨折 8 例。均有颈部疼痛、活动受限等临床表现。均无脊髓神经损伤症状。随访观察骨折愈合及并发症发生情况。**结果:**所有患者均获随访,随访时间 12~81 个月,中位数 48 个月。骨折均达到骨性愈合。均无切口感染、呼吸机相关性肺炎、吸入性肺炎等并发症发生。**结论:**科学规范的围手术期护理措施可以缓解寰椎骨折患者高热等症状,能够有效降低切口感染、呼吸机相关性肺炎、吸入性肺炎等并发症的发生率,有助于促进骨折愈合。

**关键词** 寰椎 骨折固定术,内 围手术期护理

经口咽入路寰椎前路钢板内固定术是治疗寰椎骨折的常用方法<sup>[1]</sup>,具有固定强度高、皮肤不留任何瘢痕等优点,但是容易出现切口感染等并发症。2004 年 3 月至 2012 年 3 月,我们对 28 例接受经口咽入路寰椎前路钢板内固定术的患者实施围手术期护理,效果满意,现报告如下。

## 1 临床资料

本组 28 例,男 18 例,女 10 例;年龄 20~68 岁,中位数 47 岁;均为寰椎骨折患者。致伤原因:车祸伤 17 例,高处坠落伤 11 例。合并伤:头外伤 16 例,面部软组织损伤 14 例,四肢骨折 8 例。均有颈部疼痛、活动受限等临床表现。均无脊髓神经损伤症状。

## 2 方 法

**2.1 心理护理** 与患者良好沟通,了解其心理状态,耐心解答其各种疑问,减轻其焦虑、恐惧等不良情绪,充分缓解其心理压力。说明手术的重要性及日常护理注意事项,并介绍成功病例,帮助患者树立战胜疾病的信心,使其积极配合治疗。

### 2.2 口咽部护理

**2.2.1 术前护理** 常规进行口腔、咽喉检查,排除炎症性疾病。注意保暖,防止感冒。餐后用依信漱口液(杭州民生药业有限公司生产)和生理盐水交替漱口,清洁口腔。术前 1 周,指导有吸烟史的患者绝对戒烟,并及时纠正其低蛋白血症,使其血浆白蛋白  $>35\text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$ ;每隔 3 d 进行 1 次口咽部擦拭物细菌培养和药敏试验。术前 3 d,采用浸泡过洗必泰漱口液的湿

纱布擦拭口腔黏膜及牙齿,并超声雾化吸入庆大霉素和糜蛋白酶,每日 3 次<sup>[2]</sup>;氯霉素液滴鼻,每日 2 次。食用温度适宜、软硬适中的食物,避免损伤口腔黏膜。术前 2 d 食用半流质食物,术前 1 d 禁食。术前 1 d、术前 30 min,遵医嘱应用抗生素。

**2.2.2 术后护理** 采用医用强光手电筒照射切口,观察其黏膜颜色、肿胀程度及渗出物等情况,每隔 4 h 观察 1 次<sup>[3]</sup>。采用洗必泰漱口液和生理盐水交替漱口,每日 6 次。采用浸泡过硫酸镁溶液的湿纱布包裹舌体、牙龈及口唇,纱布干燥后及时更换。嘱患者尽量减少吞咽动作,避免用力咳嗽。渗出物较多时进行口腔负压吸引,压力维持在 12.3 kPa 左右。发现引流液颜色鲜红且流量持续增加(提示存在活动性出血),或发现患者咳痰样动作频繁,口腔内流出较多水样液体,且引流液颜色淡红如洗肉水样(提示存在脑脊液漏),及时报告医生处理。术后 1 周,每隔 2 d 进行 1 次口咽部擦拭物细菌培养和药敏试验,遵医嘱应用抗生素。

**2.3 下呼吸道护理** 术后去枕平卧 6 h,颈部保持中立位制动,床头抬高  $10^{\circ} \sim 15^{\circ}$ ,6 h 后床头抬高  $30^{\circ} \sim 45^{\circ}$ 。患者清醒后及时放松气囊,减少气囊对气管黏膜的压迫<sup>[4]</sup>。气管导管保留 2~4 d,根据患者病情需要使用右美托咪定、咪达唑仑或异丙酚等药物,并根据 Ramsay 评分<sup>[5]</sup>及时调整药物剂量,维持镇静深度为 3~4 分。按需吸痰,注意严格无菌操作,气管痉挛患者吸痰前先雾化吸入利多卡因和沙丁胺醇。患者

各项生命体征平稳后,协助其进行轴位翻身,每隔 2 h 进行 1 次。常规雾化吸入灭菌注射用水、沐舒坦、普米克和沙丁胺醇,每日 3 次。拔除气管导管前进行气管堵塞试验,并根据血气分析结果调整拔管时间。停用呼吸机后采用人工鼻吸氧,预防呼吸机相关性肺炎。

**2.4 高热护理** 术后 7 d 每隔 4 h 测量 1 次体温。维持室内温度为 20 ~ 22 ℃。患者出现高热时采集血培养标本送检。采用温水擦浴等方法降温,或将冰袋置于患者前额、颈部、腋窝及腹股沟等大血管走行部位,或应用控温毯降温。降温过程中每隔 1 h 测量 1 次体温,注意观察患者的面色、脉搏、呼吸及血压等情况,发现问题及时报告医生处理。及时为患者擦干汗液,协助其更换干净衣物和被褥。

**2.5 饮食护理** 术后 2 d 鼻饲肠内营养液,输注时严格无菌操作,并保持恒温、匀速输注。定时检查胃内容物残留量,肠内营养开始及达到全量前,每隔 4 h 测定 1 次;达到目标喂养量后,每 6 ~ 8 h 测定 1 次。胃内容物残留量 > 150 mL 时,延迟或停止输注。鼻饲过程中注意观察患者腹部情况,每隔 4 h 进行 1 次腹部听诊。常规进行末梢血糖监测,并将其控制为 6.1 ~ 10 mmol · L<sup>-1</sup>。术后 1 周,视口腔黏膜愈合情况拔除鼻饲管<sup>[6]</sup>。饮食逐渐由流质过渡到半流质,最后改为正常固体饮食。指导患者戒除烟、酒等不良嗜好,避免进食辛辣刺激食物。

### 3 结果

所有患者均获随访,随访时间 12 ~ 81 个月,中位数 48 个月。骨折均达到骨性愈合。均无切口感染、呼吸机相关性肺炎、吸入性肺炎等并发症发生。

### 4 讨论

寰椎骨折患者由于骤然遭受创伤,心理压力较大,容易出现焦虑、抑郁等不良情绪,不利于疾病恢

复,应认真做好患者的心理疏导工作,使其正确认识疾病,从而能够积极配合治疗。正常情况下,口咽部隐藏有大量条件致病菌,当机体抵抗力下降或局部受到损伤后容易发生感染<sup>[7]</sup>。由于经口咽入路寰椎前路钢板内固定术的切口位于口咽部,因此术前应指导患者戒除烟、酒嗜好,并给予常规口腔护理,为手术做好准备。术后患者的口咽部软组织出现充血、水肿,上呼吸道变得狭窄,常需采用经鼻气管插管呼吸机辅助通气,应注意加强口腔护理,并做好下呼吸道护理,防止出现切口感染和呼吸机相关性肺炎。还应重视饮食护理,鼻饲过程中注意观察患者的耐受情况,避免胃内容物误吸引起吸入性肺炎。

### 5 参考文献

- [1] Ai F, Yin Q, Wang Z, et al. Applied anatomy of transoral atlantoaxial reduction plate internal fixation[J]. Spine (Phila Pa 1976), 2006, 31(2): 128 - 132.
- [2] 张灿芬, 陆雪梅. 经口咽入路治疗上颈椎损伤的手术前后护理[J]. 中医正骨, 2010, 22(11): 77 - 78.
- [3] 冯乐玲, 朱彦召, 马维虎. 经口咽入路手术治疗上颈椎疾病的术后护理[J]. 解放军护理杂志, 2010, 27(14): 1092 - 1093.
- [4] 张耕, 贺端端, 王军, 等. 经口咽入路寰枢关节复位固定术患者的围手术期气道管理[J]. 中华医学杂志, 2012, 92(35): 2485 - 2487.
- [5] 中华医学会重症医学分会. 中国重症加强治疗病房患者镇痛和镇静治疗指导意见(2006)[J]. 中华外科杂志, 2006, 44(17): 1158 - 1166.
- [6] 马维虎, 许楠健, 徐荣明, 等. 经口咽入路寰椎前路钢板固定治疗不稳定性寰椎骨折[J]. 中华骨科杂志, 2012, 32(4): 293 - 298.
- [7] 赵华. 经口咽入路行上位颈椎手术患者的围手术期护理[J]. 中国实用护理杂志, 2008, 24(11): 38.

(2013-03-27 收稿 2013-04-07 修回)

(上接第 76 页)总之,科学规范的急救护理措施,可以确保骨科多发伤患者的抢救工作忙而有序,为抢救患者生命赢得宝贵时间。

### 5 参考文献

- [1] 黄海燕, 何宁宁, 杨雪贞. 严重多发伤患者的急救护理措施[J]. 现代预防医学, 2009, 36(13): 2595.

- [2] 陈淑芳, 魏娜. 严重多发伤患者的急救护理体会[J]. 解放军护理杂志, 2000, 17(5): 51.
- [3] 孙激, 屈纪富, 文亮, 等. 一体化创伤急救护理模式的探索[J]. 中华现代护理杂志, 2010, 16(4): 444 - 445.
- [4] 孙立华. 严重多发伤 46 例急救与护理体会[J]. 齐鲁护理杂志, 2007, 13(23): 19 - 20.

(2013-03-12 收稿 2013-03-20 修回)