

· 骨伤科护理 ·

AF 钉内固定治疗胸腰椎骨折的护理体会

童玲, 杨巧燕

(浙江省临海市第一人民医院, 浙江 临海 317000)

摘要 目的: 回顾性分析 AF 钉内固定治疗胸腰椎骨折的术前术后护理。方法: 对 39 例胸腰椎骨折患者进行术前心理护理、准备, 术后病情观察、体位护理、切口及引流管护理、预防并发症、功能锻炼、出院指导等护理措施。结果: 患者骨折均骨性愈合出院, 无遗留并发症, 受损运动功能、脊髓神经感觉改善明显, 术后 X 线片示: 钉位良好, 骨折压缩高度恢复。结论: 胸腰椎骨折 AF 内固定配合有效护理, 可预防并发症, 提高手术成功率。

关键词 胸腰椎骨折 AF 钉内固定 术前术后护理

胸腰椎骨折约占创伤性骨折的 3% ~ 5%, 是骨科最常见的严重创伤之一。脊柱损伤改变脊柱稳定性, 引起两便功能障碍甚至瘫痪, 如果失去最佳手术时机, 没有及时解除脊髓压迫, 改善椎体稳定性, 可引起骨折平面以下运动感觉障碍, 甚至瘫痪。椎弓根内固定又称 AF 内固定, 是治疗胸腰椎骨折可靠而有效的方法, 其优点是: 能达到解剖复位的坚强稳固性, 短节段三柱固定及三维空间的可调性。其特点是: 系统结构简单、操作方便、复位效果好, 减少卧床时间, 利于护理, 术后并发症少, 以利早日康复^[1]。2010 年 1 月至 2013 年 5 月, 我院采用 AF 钉内固定治疗胸腰椎骨折 39 例, 通过配合有效的护理措施, 疗效显著, 现将临床护理体会报告如下。

1 临床资料

本组 39 例, 男 28 例, 女 11 例。年龄 18 ~ 64 岁, 中位数 34 岁。受伤至就诊时间 1 h 至 3 d。致伤原因: 坠落伤 17 例, 交通事故伤 16 例, 压砸伤 6 例。骨折类型: 压缩屈曲型 30 例, 爆裂型 8 例, 骨折脱位型 1 例。致伤部位: T₁₀ 2 例, T₁₁ 2 例, T₁₂ 4 例, L₁ 21 例, L₂ 10 例。麻醉采用全身麻醉或硬膜外麻醉。手术方法: ①单纯 AF 内固定术; ②AF 内固定 + 脊神经探查、椎体切除减压术; ③AF 内固定 + 脊神经探查、椎板切除减压术 + 髂骨植骨术。术中使用 C 形臂 X 线机, 均采用后路减压。通过精心细致的相应护理配合, 患者受损运动功能、脊髓神经感觉改善明显, 术后 X 线摄片示钉位良好, 骨折压缩高度恢复, 均骨性愈合出院。术后随访 6 ~ 18 个月, 无遗留并发症。

2 方法

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 胸腰椎骨折均因意外事故, 如坠

落伤、交通事故伤、压砸伤等引起。对于骨折平面以下运动感觉障碍甚至瘫痪, 患者均无思想准备, 是一种急性应激源; 而手术作为强烈的躯体性及心理性应激源, 更会使患者产生恐惧和焦虑等负性情绪, 机体内发生神经内分泌、神经、生化及免疫功能改变, 会严重干扰手术和麻醉的顺利实施, 影响手术效果及疾病预防^[2]。护士要以自己良好的形象、亲切的语言、丰富的专业知识, 建立医患信任感, 对患者进行正确评估, 提出护理问题, 针对不同患者特点, 有的放矢, 用通俗易懂的语言做好术前心理护理, 耐心地向患者介绍手术目的、方法、成功病例、术后注意事项等。加强安全防范措施, 防止患者抑郁、自杀事件发生。增强患者及家属的信心, 取得积极、良好的配合, 以利手术顺利进行。

2.1.2 术前准备 ①密切观察病情: 了解患者术前生命体征、疼痛部位及下肢血液循环、活动、皮肤感觉、有无尿潴留等情况, 为术后病情观察提供比较依据。②翻身方法训练: 护理胸腰椎骨折最重要的措施是翻身方法正确, 可以防止再度损伤脊髓。要求严格平卧硬板床休息, 翻身时注意保持纵轴身体一致性, 使颈、腰椎在一条直线上。在确保脊柱不屈曲、不扭转的前提下, 由护理人员在患者同侧臀部及肩部同时用力将患者翻向对侧。随着病情的稳定, 患者在护理人员的正确指导下, 自己掌握翻身方法, 严禁躯干旋转、扭曲。截瘫患者夹软枕于两膝之间, 使肢体放于功能位^[3]。当患者侧卧位时, 应在后背处垫枕。③术前行为训练, 又称唤醒试验 (Stagnara) 训练: 指患者每日一次, 在医护人员指导下进行肢体活动, 为术后检查评估恢复神经功能做好准备。因术后到患者能戴腰围下地, 一般需卧床休息 1.5 ~ 3 个月, 术前指导患

者练习卧床进食,防咳呛、防窒息;指导卧床大小便,以适应卧床生活。胸腰椎骨折患者突然生活方式强制改变,解大小便加剧患者疼痛,绝大多数不习惯在床上使用便器,因此,术前有必要床上训练大小便,方法:一评、二保护、三教,评估两便次数、性状、排便情况;保护隐私,必要时用屏风遮挡;排便时深呼吸,生命体征等勤观察,用力屈膝排便^[4]。膀胱充盈、尿意强烈时使用便盆,不能性急,如排不出,尽量先用物理方法刺激,诱导排尿,均告失败后,才可使用无菌导尿管,注意第一次放尿液不得超过 1 000 mL。如患者因放置便盆不方便,我们根据多年临床经验,教家属自制简易小便器,方法是采用 1.25 L 容量的可乐瓶或雪碧瓶,根据身体结构,将开口剪成紧贴身体的斜面,为了不划伤皮肤,斜面边缘用布胶布贴上。④预防压疮训练:胸腰椎骨折患者卧床时间较长,入院时立即检查皮肤完整性,有无存在压疮。指导陪护定时给患者进行皮肤按摩,必要时加用气圈、海绵垫保护,注意皮肤清洁、干燥,尤其两便,出汗后,各项生命体征根据护理等级及时观察、记录,定时开窗通风,做好防寒保暖工作。加强肺部锻炼,老年患者更应注意,经常深呼吸、有效咳嗽、咳痰,定时有度地在床上做扩胸运动,防止坠积性肺炎;多饮开水,多进食清淡、粗纤维、富含维生素等食品,忌辛辣、油腻、发物。⑤完善术前各项相关检查,向患者家属介绍手术医师及麻醉、手术相关情况,根据患者情况,必要时使用少量镇静剂,以利休息,术前 1 d 备皮,必要时备血,禁食 12 h,禁水 6 h,术晨给予清洁灌肠,留置导尿,术前 30 min 常规应用止血、抗生素药物,按规定更换清洁衣裤。

2.2 术后护理

2.2.1 病情观察 术后即予心电监护,密切监测患者体温、脉搏、呼吸、血压、血氧饱和度等指标,按医嘱做好记录工作,并注意观察患者面色、意识、尿量等变化;切口疼痛,患者易出现无效咳嗽,呼吸道分泌物黏稠度增加,易出现缺氧,甚至窒息,故术毕回病房即给予低流量吸氧 4~6 h,保持呼吸道通畅,有异物及时清除;全麻患者予超声雾化吸入;胸椎骨折患者更要注意其呼吸,因其脊神经受损,从而影响其胸部活动,可引起呼吸抑制。施行双侧对比及动态观察对比方法,注意观察双下肢血运、活动、皮感、肌力、括约肌等情况,尤其注意感觉平面的紊乱,及时发现术后肢体恢复及术后脊髓损伤加重情况,如出现下肢麻木加

重、疼痛、活动障碍明显感觉丧失平面升高,应及时通知医生,排除内固定松动、植骨块脱落、血肿形成的可能,渗血较多时密切观察,及时更换敷料并加压包扎^[5]。协助医生做好术后影像检查,隐患排除,原因查明,每班做到书面交班询问、检查。

2.2.2 体位护理 术后的体位护理相当重要,搬动患者时要保证手术部位处于直线状态,搬动方法分为:滚板法、平抬法。禁止随意活动身体,防止由于变换体位引起的神经、脊髓不良影响,需保持脊柱的稳定性、连续性。移动前后检查肌力有无变化,双下肢感觉有无区别。术后平卧 4~6 h,以压迫切口减少出血,待生命体征平稳后即可翻身。翻身操作时切忌自己滚动,避免脊柱用力不当引起内固定松动、断裂、弯曲,需 2~3 人协调,同时将患者移至硬板床上平卧,薄枕垫于腰下,使脊柱背伸,使患者舒适度增加,便盆使用时疼痛减轻,又可达到治疗目的。从仰卧变为侧卧时,制动部位在胸腰背部,护理人员左、右手置患者同侧肩胛、臀部,采用轴线翻身法滚动翻身,截瘫患者置关节功能位,翻身时防止引流管脱出。

2.2.3 切口及引流管护理 术后 24 h 切口引流管不畅导致血肿是引起切口愈合困难的主要原因,故应密切观察切口肿胀,渗出及引流液的性质及量,定时挤压引流管,保持引流管通畅,妥善固定引流管,做好标识,防止管道折叠、滑脱、受压、扭曲;每天更换引流袋,保持连接处紧密。术后第 1 天 24 h 引流量超过 300 mL,说明有活动性出血,立即报告医生对症处理,及时更换敷料,保持切口敷料干燥、清洁。若术后 2~3 d 引流液色淡、量多,说明有脑脊液漏,无需冲洗,定时自上而下挤压引流管,促进引流,及时取头低足高位,促进脑脊膜愈合,防止感染。术后 24~48 h,血性引流液少于每天 30~50 mL,可将引流管拔除。术后 11~14 d 切口愈合良好拆线。

2.2.4 预防并发症 ①椎间隙感染:术后 3~5 d,患者腰部切口突感剧烈疼痛,伴白细胞计数上升,血沉增快及低热等病情变化,翻身失利,应考虑发生椎间隙感染之可能,这是并发症里最严重的一种,应及时向主管医生汇报,局部制动,根据血象变化及药敏试验,选择敏感抗生素全身静滴应用,如有必要,早期切开引流。②压疮及下肢深静脉血栓:术后易发生压疮及血栓的原因是由于截瘫平面以下感觉功能下降或丧失,术后卧床时间长,骨突处受压长久,活动度极度

下降,静脉内血流减慢,血凝增高引起。医护人员应教会患者及家属掌握翻身技巧,定时主动翻身活动肢体,促进血液循环。预防压疮的关键是间歇性解除压迫,床单位保持清洁、平整、干燥,加强皮肤护理,定时直线翻身、叩背,坚持 2 h 翻身一次,床头设翻身卡,定时记录,做到班班交接,避免拉、拖、推等粗暴动作,不可硬塞便盆,以免磨损皮肤,骨突处轻柔按摩,以促进局部血液循环,必要时使用气垫床,可防压伤,并且可减轻护士的体力劳动,骨突处必要时用棉垫、气圈、棉圈等。注意全身营养,使机体抵抗力增高。对压疮发生者,局部可涂抹京万红、3%~5% 乙醇、外敷热毛巾,按摩时以环状动作用拇指指腹从近向外按摩^[6]。

③肺部感染:术中麻醉插管、卧床时间长,切口疼痛,可致咳嗽动作减弱甚至消失,呼吸道不畅而引起肺部感染。经常左右变换体位,术前练习咳嗽、咳痰及深呼吸,定时叩背,鼓励患者主动咳嗽,尽可能排痰,每天深呼吸 80~100 次,每日 3~4 次进行肺功能训练,痰液粘稠者利用雾化吸入稀释痰液,以利排痰,也可以指导患者作吹气训练。④泌尿系感染、结石及膀胱挛缩:留量导尿时,饮水量保证每天超过 2000 mL,以增加尿量,预防泌尿系结石;合理应用抗生素,定时检查尿培养,尿常规,每天 2 次消毒尿道口,每日 1 次冲洗膀胱,每日 1 次更换尿袋,更换时杜绝逆行感染的发生,每周 1 次更换导尿管。训练膀胱功能从 2~3 周后开始,尿管定时开放,每 4 h 放尿一次,输液患者每 2~3 h 放尿 1 次,使膀胱收缩及充盈交替,防止挛缩;如反射性排尿,残余尿量小于 100 mL,可拔除导尿管;截瘫尿失禁者可假性导尿;截瘫 6 周后,为了建立膀胱反射,可拔除尿管训练排尿功能;需要长期导尿者,可施行膀胱造瘘术。⑤腹胀、便秘:患者因心理、骨折、手术原因及水分摄入不足、饮食不合理、排便姿势和习惯改变等,可引起腹胀、便秘。术后 6 h 后给予少量流质,饮食宜少量多餐,避免易引起腹胀食物,给予易消化含粗纤维食物,以刺激肠蠕动,养成定时排便的好习惯,平时多饮开水,必要时应用缓泻剂,腹胀者减少进食,配合局部热敷、按摩腹部、中药调理等,也可给予足三里封闭或针灸,口服大承气汤。

2.2.5 功能锻炼 护士或家属在患者锻炼时要在旁协助,以免发生意外。术后 6~8 h 酌情指导患者进行双下肢抬高运动或股四头肌自主收缩;术后第 2 天每天 3 次练习腹肌收缩,每次 5~10 min,术后 3 d 每

天 2~3 次,每次 10~50 次指导患者行 5 点支撑法锻炼腰背肌,以不疲劳为度^[7]。AF+椎体切除减压术者卧床休息 3 个月后才可下床活动,单纯 AF 内固定术后 6 周就可下床活动,不全瘫痪者术后 4~6 周,围腰围可下床活动,6 个月内不能弯腰过度及腰部负重,锻炼应遵循持之以恒、早期、循序渐进之原则进行。

2.2.6 出院指导 临出院前对患者家属进行相关健康教育,嘱其出院后继续卧硬板床,翻身时仍要保持脊柱一致性,保持愉快心情,继续合理、坚持功能锻炼 0.5~1 年,加强营养调理;戴腰围 6 周,室外活动循序渐进,量力而行,活动时家属在旁防意外。每月 1 次复查,感腰部不适时及时检查,1 年后达到骨性融合,脊柱稳定后可取出 AF 钉。

3 讨论

胸腰椎骨折多见于中青年,是临床骨伤科中的多发病、常见病,属于严重致残性损伤,严重影响当事人的生活质量,可引起骨折平面以下运动感觉障碍,甚至瘫痪。AF 钉内固定操作方便,手术时间短,节段性强,且固定牢靠,患椎复位理想,对机体损伤小,为恢复脊髓损伤创造良好的内环境。积极、主动、高质量的护理工作对患者接受手术,平安度过围手术期及促进疾病康复具有至关重要的作用。在进行及时正确的治疗的基础上,再做好患者术前术后全方位的护理工作,才能使患者早日康复。

4 参考文献

- [1] 王跃辉. AF 钉内固定治疗胸腰椎骨折的临床护理体会[J]. 医学信息, 2010, 23(8): 175-176.
- [2] 余凌. 系统内固定治疗胸腰椎骨折患者的术后观察及护理[J]. 中国实用护理杂志, 2011, 27(34): 29-30.
- [3] 高玉珍. 胸腰椎骨折围手术期护理[J]. 临床合理用药杂志, 2012, 5(11): 153-154.
- [4] 陈茂艳, 唐硕, 张莉萍. 胸腰椎骨折 AF 钉系统内固定围手术期护理[J]. 西南军医, 2011, 13(2): 347-348.
- [5] 朱丽芹. 胸腰椎骨折 AF 内固定治疗的围手术期护理[J]. 护理实践与研究, 2009, 6(3): 42-43.
- [6] 宋利芳, 王树根, 高荣香. 脊柱骨折患者的护理及并发症的预防[J]. 现代中西医结合杂志, 2010, 19(19): 2448-2449.
- [7] 贺燕尔. 腰椎骨折 AF 钉内固定术后的护理[J]. 护理与康复, 2009, 8(3): 206.