

# 椎管扩大椎板成形微型钛板固定并植骨术治疗颈椎病的护理

周凤珍

(浙江省杭州市萧山区中医院, 浙江 杭州 311201)

**摘 要** **目的:**总结椎管扩大椎板成形微型钛板固定并植骨术治疗颈椎病的围手术期护理经验。**方法:**对应用椎管扩大椎板成形微型钛板固定并植骨术治疗的 41 例颈椎病患者,进行围手术期系统重点护理,并进行随访和疗效评价。**结果:**随访时间 6~24 个月,中位数 10.6 个月,术后 X 线片示椎管直径扩大 2.5~8.0 mm,中位数 6.2 mm,椎管扩大率为 25%~100%,中位数 72%。术后 MRI 示脊髓受压解除、颈脊髓向后侧漂移满意。CT 示椎管扩大明显,开门后椎管的前后径扩大 4~5 mm,植骨愈合良好,愈合时间 2~3.2 个月,中位数 2.8 个月,无再关门现象,无“鹅颈畸形”发生,无植骨块压迫脊髓。术后 3 个月脊髓神经功能恢复情况根据日本矫形外科学会 JOA 评分标准评定,优 30 例(73.3%),良 8 例(19.5%),可 2 例(4.8%),差 1 例(2.4%)。**结论:**椎管扩大椎板成形微型钛板固定并植骨术治疗颈椎病围术期中,系统重点的护理对于颈椎病患者术后并发症的有效预防及康复起着重要作用。

**关键词** 颈椎病 椎板成形术 内固定术 护理

颈椎病是中老年人常见病、多发病之一,发病率随年龄增加而升高。临床症状轻者多采用药物、理疗、牵引等非手术治疗;而对于症状严重,非手术治疗失败者临床多主张手术治疗<sup>[1-2]</sup>。2009 年 5 月至 2012 年 12 月,我院采用椎管扩大椎板成形微型钛板固定并植骨术治疗颈椎病 41 例,取得了良好的近、远期临床效果。现将其围手术期护理体会总结报告如下。

## 1 临床资料

本组 41 例,男 21 例,女 20 例。年龄 43~62 岁,中位数 51.6 岁。所有患者均表现为不等程度颈肩部疼痛不适,手指发麻,肌力减退,以及肢体功能障碍,其中 5 例伴有大小便失禁。其中多节段脊髓型颈椎病 16 例,颈椎后纵韧带骨化 11 例,无骨折脱位型脊髓损伤伴颈椎管狭窄 14 例。均行椎管扩大椎板成形微型钛板固定并植骨术。开门节段为 C<sub>3-7</sub> 节段 18 例, C<sub>4-7</sub> 节段 12 例, C<sub>3-6</sub> 节段 9 例, C<sub>2-7</sub> 节段 2 例,其中 1 例因为术前发现 C<sub>2-3</sub> 失稳,除了椎管扩大椎板成形微型钛板固定植骨术以外,同时行 C<sub>2-3</sub> Vertor 固定。住院天数 8~26 d,中位数 12.6 d。术后随访 6~24 个月,中位数 10.6 个月,术后 X 线片示椎管直径扩大 2.5~8.0 mm,中位数 6.2 mm,椎管扩大率为 25%~100%,中位数 72%。术后 MRI 示脊髓受压解除、颈脊髓向后侧漂移满意。CT 示椎管扩大明显,开门后椎管的前后径扩大 4~5 mm,植骨愈合良好,愈合时间 2~3.2 个月,中位数 2.8 个月,无再关门现象,无“鹅颈畸形”发生,无

植骨块压迫脊髓。术后 3 个月脊髓神经功能恢复情况根据日本矫形外科学会 JOA 评分标准<sup>[3]</sup>评定,优(术后改善率大于 75%)30 例,占 73.3%;良(术后改善率 50%~74%)8 例,占 19.5%;好转(术后改善率 25%~49%)2 例,占 4.8%;差(术后改善率低于 25%)1 例,占 2.4%。

## 2 方 法

**2.1 心理指导** 因手术部位特殊,危险性大,手术风险较高,患者都多认为容易发生高位截瘫或死亡,存在紧张、恐惧、焦虑等不良情绪。因此,护士应多关心患者,多与患者及其家属沟通,将疾病的发生与发展及可能出现的预后充分告知患者及家属,详细介绍此类手术的成功率,说明手术过程、麻醉方法及配合的注意事项,耐心解答患者提出的各种问题,并向患者介绍成功病例或请术后患者现身说法,以增强其战胜疾病的信心。让家属协同患者克服术前心理障碍。使患者保持情绪稳定,积极配合手术与护理。

**2.2 适应性康复训练** ①卧床生活指导:仰卧位时枕不可过高,也不能悬空颈部,沙袋固定颈部两侧;侧卧位枕与肩宽同高,使颈部与躯干保持一直线,指导患者练习轴向翻身法。②床上肢体功能锻炼:上下肢的屈伸,持重上举的等长等张训练,有利于提高手术的耐受能力和适应术后功能训练。③饮食及呼吸功能训练:术前 3 d 训练仰卧位饮食饮水,预防术后呛咳。术前禁止吸烟,指导患者进行正确深呼吸和有效

咳嗽、咳痰方法。④肺部功能锻炼:进行上肢扩胸运动,缩唇呼吸,增加肺活量,减少分泌物,增强肺通气功能。⑤练习卧床大小便,以适应术后绝对卧床。⑥适应性佩戴颈托,因术后需常规佩戴颈托 4 周,术前的适应性训练有利于减少术后不适增加依从性。

## 2.3 术后护理

**2.3.1 保持颈部有效制动** 术后搬运时,颈托固定颈部,由专人护送。回病房后,应去枕平卧,颈部保持稍前屈位,两侧颈肩部置沙袋固定头颈部,严格限制患者早期颈部活动。

**2.3.2 病情观察及切口护理** 常规心电监护 24 ~ 48 h,监测血氧饱和度,持续低流量吸氧,密切观察生命体征,尤其是呼吸变化,一般术后床边常规放置气管切开包及吸引器,以备急救使用。观察切口敷料渗血及负压引流管情况。尤应注意切口部位的皮肤,保持局部清洁干燥,可定时将颈部轻轻托起按摩。术后保持引流通畅,避免引流管扭曲受压,引流管的通畅及有效吸引能预防局部血肿形成,有利于避免脊髓、神经压迫。观察引流液颜色,性质及量,并做好记录。拔除引流管的时间不应超过术后 72 h。本组 8 例患者伤口敷料渗血较多,血压偏低,给输血后,血压逐渐回升后生命体征恢复平稳。

**2.3.3 神经功能的观察** 主要观察四肢肢感觉、运动功能及括约肌功能。注意患者主诉及四肢有无感觉运动的变化,让患者自主握拳,抬手臂,抬腿,动脚趾,如发现肢体麻木,运动障碍或感觉障碍,提示有脊髓水肿或血肿形成<sup>[4]</sup>,应立即报告医生及时处理。

**2.4 并发症预防** 全麻术后,病人呼吸道分泌物增加,应加强翻身,叩背,以利于痰液咳出,保持呼吸道通畅,必要时吸痰;咳嗽时轻压伤口,减轻疼痛。患者术后卧床时间长,应鼓励患者多饮水,能有效预防尿路感染。保持床单的干洁平整,避免肢体骨突部位及尾骶部硬性压迫,协助患者定期翻身和按摩压迫部位,预防褥疮发生。本组所有病例均无并发肺部、尿路感染及褥疮。

**2.5 饮食护理** 术后 24 ~ 48 h 内宜流质饮食,也可进食一些冷饮,以减少咽喉部水肿与渗血。饮食从流质 - 半流质 - 普食逐步过渡。尽量食用富含蛋白质及维生素的食物,注意维持水电解质平衡,增强机体抵抗力,促进创口的愈合。术后由于绝对卧床,肠道蠕动功能减弱,易发生便秘、腹胀的不适,嘱患者多喝

水并进食水果和粗纤维食物,定期进行腹部按摩。

**2.6 功能锻炼** 术后无并发症者根据医嘱及病情 48 h 后可开始行四肢收缩功能锻炼,上肢以手拿、抓为主,下肢做直腿抬高、伸屈活动。锻炼过程中做好安全护理,避免颈部震动或扭曲,以免发生意外。术后 1 周佩戴颈托下床活动。

**2.7 出院指导** 告知患者继续佩戴颈托,颈托配戴松紧度以颈部能小范围活动,不妨碍吞咽、呼吸,并避免猛烈抖动为宜;忌颈部旋转,加强四肢关节、肌肉功能锻炼。术后 3 个月解除颈围后指导患者做靠墙后枕部用力顶的动作,持续 3 ~ 5 s 后放松,重复循环 15 ~ 20 次,每天进行 3 ~ 4 次,锻炼遵循循序渐进原则,待颈部活动改善后逐渐增加次数。嘱患者注意保持正确姿势,避免长时间伏案工作和头颈部剧烈运动。睡眠时枕头高低适宜,并防止颈肩部受凉。

## 3 小结

尽管椎管扩大椎板成形微型钛板固定并植骨术治疗颈椎病,临床效果肯定。但由于手术部位特殊,危险性较高,术后易发生并发症,处理不当将严重影响手术效果甚至危及患者生命。因此,围术期重点系统的护理对于颈椎病患者术后有效预防并发症及康复起着重要作用。术前除一般护理外,心理护理和系统的术前适应性训练,有利于增强患者治疗信心和围手术期依从性;术后加强病情、神经功能观察及切口护理,能及时预防和发现并发症,大大降低围手术期风险。合理的饮食及功能锻炼指导同时为患者术后功能康复提供安全保障。

## 4 参考文献

- [1] 刘海鹰,许晓诺,王波,等.双节段 Hybrid 手术治疗颈椎病的临床疗效观察[J].中华外科杂志,2012,50(03): 238 - 242.
- [2] 梁磊,王新伟,袁文,等.前路经椎间隙减压固定融合术治疗伴交感神经症状颈椎病的疗效分析[J].中国脊柱脊髓杂志,2012,22(1):14 - 19.
- [3] Ren X, Wang W, Chu T, et al. The intermediate clinical outcome and its limitations of bryan cervical arthroplasty for treatment of cervical disc herniation[J]. J Spinal Disord Tech. 2011,24(4):221 - 222.
- [4] 黄世敏,林明侠.钛网植骨联合颈前路钢板内固定术治疗颈椎病的临床护理[J].护士进修杂志,2012,27(1): 53 - 54.