

# 颈椎前路手术治疗颈椎骨折脱位 并发脊髓损伤的围手术期护理

张芳,马戈东,张会凡

(深圳平乐骨伤科医院,广东 深圳 518010)

**摘要** **目的:**探讨颈椎前路手术治疗颈椎骨折脱位并发脊髓损伤的围手术期护理方法。**方法:**2012 年 8 月至 2013 年 8 月,采用术前基础护理、心理护理、颅骨牵引护理,术后一般护理、体位护理、饮食调护等措施,规范护理接受颈椎前路手术的颈椎骨折脱位并发脊髓损伤患者 36 例。男 24 例,女 12 例。年龄 35~77 岁,中位数 47 岁。损伤部位, $C_2 \sim C_3$  2 例、 $C_3 \sim C_4$  7 例、 $C_4 \sim C_5$  8 例、 $C_5 \sim C_6$  9 例、 $C_6 \sim C_7$  10 例。6 例合并颅脑损伤,8 例合并胸腰椎骨折。Frankel 脊髓分级,A 级 14 例、B 级 9 例、C 级 7 例、D 级 6 例。**结果:**所有患者均获随访,随访时间 6~12 个月,中位数 8 个月。术后 1 周切口愈合,均未出现切口感染。1 例患者发生脑脊液漏,3 例患者出现骶尾部压疮。Frankel 脊髓分级,A 级 9 例、B 级 5 例、C 级 6 例、D 级 10 例、E 级 6 例。**结论:**规范的围手术期护理可以减少颈椎前路手术并发症的发生,促进脊髓损伤患者神经功能恢复。

**关键词** 颈椎 脊柱骨折 脊髓损伤 围手术期护理

颈椎骨折脱位临床较为常见,多并发脊髓损伤,治疗不及时或治疗方法不当可导致患者残疾,严重时危及生命<sup>[1]</sup>。颈椎前路手术是治疗颈椎骨折脱位并发脊髓损伤的常用方法,虽然疗效较好,但是手术难度较大,且容易出现脑脊液漏等并发症<sup>[2]</sup>。2012 年 8 月至 2013 年 8 月,我们对接受颈椎前路手术的 36 例颈椎骨折脱位并发脊髓损伤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 36 例,男 24 例,女 12 例;年龄 35~77 岁,中位数 47 岁;均为颈椎骨折脱位并发脊髓损伤的患者。损伤部位: $C_2 \sim C_3$  2 例, $C_3 \sim C_4$  7 例, $C_4 \sim C_5$  8 例, $C_5 \sim C_6$  9 例, $C_6 \sim C_7$  10 例。6 例合并颅脑损伤,8 例合并胸腰椎骨折。致伤原因:高处坠落伤 20 例,交通事故伤 15 例,跌倒伤 1 例。Frankel 脊髓分级<sup>[3]</sup>:A 级 14 例,B 级 9 例,C 级 7 例,D 级 6 例。

## 2 方法

### 2.1 术前护理

**2.1.1 基础护理** 密切观察患者各项生命体征变化,注意其四肢感觉及运动功能情况,发现问题及时报告医生处理。协助患者保持轴线翻身,避免造成不必要的损伤<sup>[4]</sup>。进行气管和食管推移训练,推移过程中避免患者呛咳,注意观察血压和心率变化<sup>[5]</sup>。

**2.1.2 心理护理** 认真与患者交流,缓解其焦虑、恐惧等不良情绪;说明手术目的及注意事项,并介绍成

功病例,帮助其树立战胜疾病的信心,使其积极配合治疗。发现患者有神经精神症状时,遵医嘱及时应用氟哌啶醇及东莨菪碱等药物,并使其保证充足睡眠<sup>[6]</sup>。

**2.1.3 颅骨牵引护理** 密切观察牵引情况,防止牵引物松动。保持牵引孔及其周围皮肤清洁,每日用酒精涂擦或滴注。注意牵引体位,嘱患者家属提高警惕,避免碰撞被牵引的颅骨。

### 2.2 术后护理

**2.2.1 一般护理** 观察患者血压、呼吸及心电图变化情况,心率低于  $50 \text{次} \cdot \text{min}^{-1}$  立即报告医生处理。观察引流液的颜色、质地及流量,保持引流管通畅。注意切口及敷料情况,切口肿胀、渗出物过多、出现呼吸困难等现象时及时报告医生。给患者拍背,协助其排痰,保持呼吸道通畅。术后常规留置导尿管,采用间歇自行导尿法帮助患者排出尿液,防止尿路感染。对于便秘患者,遵医嘱给予缓泻药口服或给予灌肠。对于发热患者,及时采用酒精擦拭进行物理降温,必要时服用解热镇痛类药物。

**2.2.2 体位护理** 术后指导患者去枕平卧,颈部两侧放置沙袋,尽量保持头部平稳。协助患者轴线翻身,避免颈椎剧烈活动,防止内固定物松动。

**2.2.3 饮食调护** 术后 2 d,指导患者流质饮食;术后 4 d,逐渐过渡到普食,以清淡易消化食物为主,避免食用干燥、黏性强食物;术后 7 d,食用富含高蛋白及充足维生素的食物。

### 3 结 果

所有患者均获随访,随访时间 6~12 个月,中位数 8 个月。术后 1 周切口愈合,均未出现切口感染。1 例患者发生脑脊液漏,3 例患者出现骶尾部压疮。Frankel 脊髓分级:A 级 9 例,B 级 5 例,C 级 6 例,D 级 10 例,E 级 6 例。

### 4 体 会

颈部脊髓损伤是一种严重的损伤,容易导致患者残疾或死亡<sup>[7]</sup>。良好的围手术期护理措施可以减少颈椎前路手术的并发症,有助于提高疗效<sup>[8]</sup>。由于颈椎前路手术常需牵拉气管和食管,因此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,而且可以避免术后呼吸困难、窒息等并发症<sup>[5]</sup>。颅骨牵引护理是术前护理的重点,应通过心理护理消除患者的恐惧情绪,使其积极配合治疗;还应嘱其家属提高警惕,避免碰撞牵引物;协助其翻身时应动作轻柔,避免颈部剧烈活动。术后应密切观察患者的生命体征变化,发现问题及时报告医生处理,防止出现脑脊液漏等并发症。还应定时协助患者翻身,给其拍背,保持呼吸道通畅,防止坠积性肺炎。

### 5 参考文献

- [1] 张倩,王小丽,赵柳絮,等. 颈椎前路带锁钛板系统治疗颈椎骨折脱位的围术期护理[J]. 护士进修杂志,2012,27(11):1015-1017.
- [2] 周广福,张松,赵筑川. 颈椎前路手术并发症及对策[J]. 当代医学,2012,18(16):87-88.
- [3] 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.
- [4] 李媛春,王晓辉,于显丽,等. 颈椎损伤病人院前急救及搬运的护理[J]. 中医正骨,2007,19(6):73.
- [5] 蒋莉丽. 下颈椎骨折脱位并发脊髓损伤的围手术期护理[J]. 中医正骨,2012,24(3):79-80.
- [6] 江军歌,卓亚娟,朱一飞. 颈椎颈髓损伤高位截瘫患者肺部感染的预防及护理[J]. 中医正骨,2013,25(4):79-80.
- [7] 戴艺双. 颈椎骨折经颈前路手术 25 例围手术期护理体会[J]. 中国校医,2010,24(8):606-607.
- [8] 闫加鹏,陈建梅,徐皓. 颈前路手术治疗颈髓过伸性损伤的疗效分析[J]. 中国骨与关节损伤杂志,2012,27(9):816-817.

(2014-02-16 收稿 2014-03-15 修回)

(上接第 78 页)骨折的要点告知患者及家属,协同做好肢体的护理。

### 3 结 果

本组患者均获得随访,随访时间 4~6 周,中位数 5 周。4 例治疗区皮肤出现轻度红肿疼痛,给予冰袋冷敷后缓解。均无血管神经损伤、病理性骨折、关节僵硬、深静脉血栓形成等并发症发生。瘤体均有不同程度的缩小,内部回声增强,周围血流信号减弱或消失。肿瘤引起的疼痛均有不同程度减轻,其中 3 例疼痛消失;肿胀、畸形及压迫症状均有好转。

### 4 讨 论

疼痛是恶性骨肿瘤最突出和难以忍受的症状,采用 HIFU 治疗恶性骨肿瘤是一种全新的、安全有效的治疗方法<sup>[4]</sup>。由于肿瘤引起的疼痛,多数患者存在焦虑、恐惧、抑郁等不良情绪,不利于治疗,因此护理人员术前应耐心细致地做好心理护理,这样可以消除患者的不良情绪,使其积极主动配合治疗,树立战胜疾病的信心。超声波在不同物质中传导性不同,表皮、皮脂可以形成一道屏障,影响超声波的穿透,而且毛孔中的气体也会使超声波发生折射而影响疗效,因此

应做好皮肤备皮及脱脂、脱气的准备。由于超声波在空气中会发生折射,因此治疗时需以水为媒介介导超声波进入体内,以减少超声波的折射,保证超声聚焦准确。病理性骨折是骨肿瘤的严重并发症,也是保肢治疗中的护理重点。一旦发生病理性骨折,不仅影响保肢治疗,而且会增加肿瘤转移的机会,反而促进疾病发展。因此,治疗后应做好肢体护理工作,防止病理性骨折的发生。总之,科学有效的护理措施有助于改善接受 HIFU 治疗的恶性骨肿瘤患者的临床症状,缩小肿瘤体积,减少并发症的发生,减轻患者的痛苦,提高其生活质量。

### 5 参考文献

- [1] 中华医学会. 高强度聚焦超声肿瘤治疗系统临床应用指南(试行)[J]. 中华医学杂志,2005,85(12):796-797.
- [2] 邓健,徐廷惠,李成琳,等. 高强度聚焦超声在骨肿瘤保留肢体治疗中的应用及护理[J]. 中华护理杂志,2001,36(4):282.
- [3] 王平,卢启贵,黄东红,等. 桃红四妙汤结合低分子肝素钙防治全膝关节置换术后深静脉血栓形成的临床观察[J]. 中医正骨,2012,24(1):27-31.
- [4] 牛晓辉. 骨肿瘤[M]. 北京:人民卫生出版社,2010:78.

(2013-12-12 收稿 2014-01-06 修回)