

Hybrid 手术治疗脊髓型颈椎病的护理

郝庆英, 刘楚吟, 付婵娟, 张晓华, 王文军, 谭明生

(中日友好医院, 北京 100029)

摘要 目的:探讨 Hybrid 手术治疗脊髓型颈椎病的护理方法。**方法:**对接受 Hybrid 手术治疗的 36 例多节段脊髓型颈椎病患者进行了系统、规范的护理。术前进行心理护理, 指导患者进行气管推移、呼吸功能和咳痰能力锻炼; 术后加强体位护理、密切观察患者生命体征、保持呼吸道和引流管通畅、严密观察各种并发症征象、指导患者进行肢体功能锻炼、做好出院康复指导。采用疼痛视觉模拟评分评价疼痛缓解情况, 采用日本矫形外科协会脊髓型颈椎病评分系统评价神经系统功能, 采用 Odom 评分法评价患者术后日常生活能力。**结果:**本组 36 例患者均顺利完成手术, 术后均获随访, 随访时间 6~48 个月, 中位数 16 个月。术后患者疼痛缓解、神经功能改善、日常生活能力恢复。颈椎 Cobb 角术前 $23.0^{\circ} \pm 2.2^{\circ}$, 末次随访时 $19.0^{\circ} \pm 2.7^{\circ}$ 。疼痛视觉模拟评分术前 (7.10 ± 1.02) 分, 末次随访时 (3.30 ± 1.31) 分。神经系统功能评分术前 (10.20 ± 1.27) 分, 末次随访时 (15.10 ± 1.65) 分。术后日常生活能力, 优 30 例、良 6 例。术后并发声音嘶哑 1 例、饮水呛咳 1 例、咽喉疼痛或吞咽有异物感 23 例, 未行特殊处理。无脊髓损伤、椎间隙感染、假体移位、内植物松动、异位骨化等并发症发生。**结论:**对采用 Hybrid 手术治疗的脊髓型颈椎病患者实施系统、规范的护理, 有利于患者的症状缓解和神经功能及日常生活能力的恢复。

关键词 颈椎病; 护理; Hybrid 手术

颈椎前路减压椎间植骨融合术 (anterior cervical decompression and fusion, ACDF) 治疗颈椎病可维持脊柱的稳定、融合率高, 疗效肯定, 但由于 ACDF 改变了颈椎的生物力学结构, 术后可出现颈椎活动度降低、邻近节段退变等并发症^[1-2]。单节段人工颈椎间盘置换术治疗颈椎病具有可维持颈椎活动度及避免术后邻近节段代偿性应力增加的优势, 临床疗效显著^[3]。而对于病变累及 2~3 个节段的脊髓型颈椎病患者, 尤其是出现脊髓压迫的患者, 学者们开始探索采用彻底减压病变节段、融合严重退变的节段、保留退变较轻节段活动度的融合加非融合手术 (Hybrid 手术) 治疗^[4-7]。该术式风险高、护理难度大, 系统、规范的护理对于保障手术的疗效和安全性具有重要意义。笔者对接受 Hybrid 手术治疗的 36 例多节段脊髓型颈椎病患者进行了系统、规范的护理, 现报告如下。

1 临床资料

本组 36 例, 均为 2008 年 8 月至 2011 年 12 月中日友好医院收治的多节段脊髓型颈椎病患者。男 25 例, 女 11 例; 年龄 32~63 岁, 中位数 50 岁。病变累及 2 节段 28 例、3 节段 8 例。X 线检查均示有不同程度颈椎退行性改变; CT、MRI 检查示颈椎间盘退变, 颈脊髓受压。术前均经 6 个月以上系统非手术治疗无效。

2 方法

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 主管护士与患者及家属充分沟通、交流, 了解其想法和顾虑, 耐心向患者解释病情, 介绍手术步骤及优点, 安慰、鼓励患者, 消除患者的思想顾虑, 树立战胜疾病的信心, 争取患者的积极配合。

2.1.2 气管推移锻炼 指导患者进行气管推移锻炼。患者仰卧位, 肩下垫枕, 头向后伸, 护理人员立于患者右侧, 用右手大拇指指腹持续从右向左推甲状软骨至跨过颈部中线约 1 cm, 每日 3 次, 每次 10~15 min, 共进行 3~5 d。

2.1.3 呼吸功能和咳痰能力锻炼 指导患者进行深呼吸、吹气球和有效咳嗽等呼吸功能和咳痰能力锻炼。吸烟患者, 尤其是合并慢性支气管炎的患者, 术前戒烟。

2.2 术后护理

2.2.1 体位护理 术后患者去枕平卧位。术后 24 h 内头颈部制动, 颈托固定, 并在颈部两侧放置沙袋辅助固定头部, 避免颈部扭转或过伸过屈, 以减少出血及避免人工颈椎间盘脱出。枕后气圈保护, 预防压疮。颈托保护下轴向翻身, 即翻身时保持头、颈、躯干在同一平面上。

2.2.2 一般护理 病室温度保持在 22~24℃, 湿度保持在 70% 以上。术后密切观察患者生命体征, 发

现血压升高、呼吸减慢等异常现象,立即报告医生。保持呼吸道通畅,术后第 1 天即鼓励患者开始行深呼吸及咳痰锻炼。观察引流液的量、色、质,保证引流通畅,避免引流管受压折曲^[8];引流量 $\leq 30 \text{ mL} \cdot \text{d}^{-1}$ 时拔除引流管。

2.2.3 并发症的观察及预防 ①脊髓损伤。术后严密观察患者双下肢感觉和运动功能,如发现肢体麻木、运动障碍或感觉障碍等表现,立即报告医生。②人工颈椎间盘滑脱。术后 2~3 d 病情稳定时拍摄 X 线片,了解人工颈椎间盘的位置,坐起和下地活动时严格佩戴颈托。③椎间隙感染。严格无菌操作,严密观察切口状况,保持敷料清洁干燥。④喉上和喉返神经损伤。术后观察患者发声及饮水情况,若声音低钝、嘶哑或出现饮水呛咳,考虑喉上和喉返神经损伤^[9],及时报告医生处理。

2.2.4 肢体功能锻炼 术后麻醉清醒后即指导患者进行四肢关节主动功能锻炼。术后第 2 天,佩戴颈托下床活动,动作缓慢轻柔、幅度不宜过大;并进行手指和握拳功能锻炼。术后第 3 天,指导患者行颈部肌肉等长收缩锻炼,幅度以患者耐受为宜;并鼓励患者进行直腿抬高、膝关节屈伸及踝关节背伸等功能锻炼。

2.2.5 出院康复指导 严格佩戴颈托 3 个月,除平卧休息时,坐起和站立活动必须佩戴颈托。逐渐加强上肢肌力锻炼和手的精细活动锻炼,如穿针、系衣扣、拿筷子等。在日常生活和工作中避免久坐引起颈肩部肌肉疲劳,每伏案工作 40 min,起身进行 1 次颈肩部活动。注意乘车安全,避免急刹车造成颈椎突然过伸过屈。

2.3 疗效评价 采用疼痛视觉模拟评分(visual analogue scale, VAS)评价疼痛缓解情况。采用日本矫形外科协会(Japanese orthopaedic association, JOA)脊髓型颈椎病评分系统^[10]评价神经系统功能。采用 Odom 评分法^[11]评价患者术后日常生活能力:优,症状消失;良,症状明显缓解;可,部分症状明显缓解;差,症状无明显改善或加重。

3 结果

本组 36 例患者均顺利完成手术,术后均获随访,随访时间 6~48 个月,中位数 16 个月。术后患者疼痛缓解、神经功能改善、日常生活能力恢复。颈椎 Cobb 角术前 $23.0^\circ \pm 2.2^\circ$,末次随访时 $19.0^\circ \pm 2.7^\circ$ 。VAS 评分,术前 (7.10 ± 1.02) 分,末次随访时

(3.30 ± 1.31) 分。JOA 评分,术前 (10.20 ± 1.27) 分,末次随访时 (15.10 ± 1.65) 分。日常生活能力,优 30 例、良 6 例。术后并发声音嘶哑 1 例、饮水呛咳 1 例、咽喉疼痛或吞咽有异物感 23 例,未行特殊处理。无脊髓损伤、椎间隙感染、假体移位、内植物松动、异位骨化等并发症发生。

4 讨论

脊髓型颈椎病往往有不同程度的脊髓压迫和脊髓功能损害症状,Hybrid 手术治疗脊髓型颈椎病同时实施减压、内固定、植骨融合和人工颈椎间盘置换手术,该术式难度大、风险高,患者多存在紧张、恐惧、焦虑等不良情绪。护理人员与患者及其家属多沟通,耐心解答患者提出的各种问题,帮助患者克服术前心理障碍,使患者保持情绪稳定,有利于手术与护理措施的顺利进行^[12]。

本组患者采用前路颈椎手术,术中患者取颈部轻度过伸仰卧位,且为了显露椎体,术中须将气管牵向左侧。因此,术前气管推移锻炼非常必要,即可以为手术显露创造条件,有利于术中维持心率和呼吸的稳定,还能减少术后吞咽困难的发生。牵拉气管会造成对气管的刺激,术后维持呼吸通畅、改善通气功能非常重要。

前路颈椎减压和人工颈椎间盘置换术中可能损伤脊髓,术后也可能因水肿、血肿压迫脊髓而影响神经功能^[13]。患者术后出现肢体麻木,运动障碍或感觉障碍,多提示有脊髓水肿或血肿形成^[14]。因此,术后必须严密观察患者双下肢感觉和运动功能。人工颈椎间盘滑脱是 Hybrid 手术失败的主要原因之一^[15]。佩戴颈托,头颈部制动,可维持颈椎的稳定性,避免人工颈椎间盘滑脱。术后功能锻炼有利于调整全身机能,恢复肌肉力量,防止肌肉萎缩,以利于患者日常生活能力的恢复。

综上所述,对采用 Hybrid 手术治疗的脊髓型颈椎病患者实施系统、规范的护理,有利于患者的症状缓解和神经功能及日常生活能力的恢复,是手术疗效和安全性的保障。

5 参考文献

- [1] 翟明玉. 颈椎病治疗方式的合理选择[J]. 中医正骨, 2014, 26(6): 6-9.
- [2] 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(3):

- 238-242.
- [3] Zhang XE, Zhang XE, Chen C, et al. Randomized, controlled, multicenter, clinical trial comparing BRYAN cervical disc arthroplasty with anterior cervical decompression and fusion in China[J]. Spine(Phila Pa 1976), 2012, 37(6): 433-438.
- [4] Healy AT, Sundar SJ, Cardenas RJ, et al. Zero-profile hybrid fusion construct versus 2-level plate fixation to treat adjacent-level disease in the cervical spine[J]. J Neurosurg Spine, 2014, 21(5): 753-760.
- [5] 李杰, 权正学. Hybrid 手术在治疗多节段颈椎病中的临床运用[J]. 重庆医科大学学报, 2014, 39(8): 1136-1138.
- [6] 邹飞, 王洪立, 姜建元. Hybrid 手术治疗颈椎退变性疾病生物力学与临床研究进展[J]. 中华骨科杂志, 2012, 32(9): 891-894.
- [7] 袁文. 颈前路 Hybrid 术式是融合与非融合手术的完美平衡吗? [J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2014, 24(1): 5-6.
- [8] 周凤珍. 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[J]. 中医正骨, 2013, 25(11): 72-73.
- [9] 李红亚, 徐珍瑾. Discover 人工颈椎间盘置换病人的围术期护理[J]. 护理研究, 2014, 28(22): 2767-2769.
- [10] 蒋协远, 王大伟. 骨科临床疗效评价标准[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 104.
- [11] Yagi M, Ninomiya K, Kihara M, et al. Long-term surgical outcome and risk factors in patients with cervical myelopathy and a change in signal intensity of intramedullary spinal cord on Magnetic Resonance imaging[J]. J Neurosurg Spine, 2010, 12(1): 59-65.
- [12] 胡淑云, 冯雪艳. 18 例经口咽及后路治疗寰枢椎脱位的围手术期护理[J]. 中华护理杂志, 2011, 46(1): 33-34.
- [13] 莫琴月, 房静, 盛敏. 人工颈椎间盘置换术后并发症的观察及护理[J]. 护理与康复, 2011, 10(10): 870-871.
- [14] 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.
- [15] 刘兆力, 夏建龙, 杨挺, 等. Bryan 人工椎间盘置换术治疗颈椎病的研究进展[J]. 现代生物医学进展, 2013, 13(13): 2584-2585.

(2014-10-08 收稿 2014-11-22 修回)

· 通 知 ·

中国骨科医师分会外固定与肢体重建工作委员会 2015 年首期骨干医师培训班通知

由中国骨科医师分会外固定与肢体重建工作委员会(CEFS)与国家康复辅具研究中心附属康复医院(以下简称“国家康复医院”)联合主办的 2015 年首期外固定与肢体重建骨干医师培训班——上肢重建专题,定于 2015 年 3 月 12 日开班。该培训班主题:现代外固定与肢体重建概念、理论基础、国内外进展,外固定在上肢(包括手)形态与功能重建的基本知识、器械构型、手术适应证、治疗原则、术前决策,上肢安全穿针外固定方法、技术要点、手术风险规避,上肢重建术后管理、并发症的规避等。培训班形式:理论授课、Workshop 操作、手术操作过程观摩、带领学员查房、典型病例讨论。

中国骨科医师分会外固定与肢体重建工作委员会秦泗河主任委员在临床、学术上将支持经过系统培训的医师,鼓励学员培训后回本单位开展外固定——四肢创伤修复、畸形矫正与功能重建的医疗、科研、技术推广工作,并提供与国内外的沟通与合作信息,共同推动我国矫形外科事业的发展。

该培训班结束秦泗河教授主持对学员进行测评,合格后颁发由中国骨科医师分会(CAOS)会长王岩教授和秦泗河主任委员共同签名的外固定与肢体重建培训证书。培训班协助安排食宿,费用自理。为保证培训效果,限招学员 20 名,额满为止,谢绝旁听。

报到时间:3 月 12 日下午

报到地点:国家康复医院门诊楼 1 层矫形外科门诊 1313 室

地 址:北京市经济技术开发区(北京亦庄)荣华中路 1 号

培训时间:3 月 13 日-15 日,15 日下午结业

授课地点:国家康复医院门诊楼 4 层矫形外科示教室

培训费用:3 000.00 元(含学术专著等资料)

联系人及电话:刘玉芳:15011506194 王一岚:15910660622

办公室电话:010-58122956

E-mail:wgd20131220@163.com(有意参加请发邮件索要报名表)

中国骨科医师分会外固定与肢体重建工作委员会(CEFS)

国家康复辅具研究中心附属康复医院