

颈椎骨折脱位合并脊髓损伤截瘫患者的围手术期护理

孙兰芬, 王龙强, 刘润宏, 王欢

(山东省文登整骨医院, 山东 文登 264400)

摘要 **目的:**探讨颈椎骨折脱位合并脊髓损伤截瘫患者的围手术期护理方法。**方法:**2012 年 9 月至 2014 年 9 月,规范护理颈椎骨折脱位合并脊髓损伤截瘫患者 15 例,男 9 例、女 6 例。年龄 25~71 岁,中位数 42 岁。损伤部位位于 C₃~C₄ 2 例、C₄~C₅ 8 例、C₅~C₆ 3 例、C₆~C₇ 2 例。受伤至治疗时间 2~72 h,中位数 21 h。脊髓损伤情况按照 Frankel 分级,A 级 8 例、B 级 5 例、C 级 2 例。护理措施包括术前基础护理、心理护理、颅骨牵引护理及气管推移训练,术后一般护理、高热护理及并发症护理。随访观察并发症发生及脊髓神经功能恢复情况。**结果:**所有患者均获随访,随访时间 6~36 个月,中位数 12 个月。均未出现压疮、切口感染、泌尿道感染、肺部感染、下肢深静脉血栓形成等并发症。1 例出院 6 个月后自杀。脊髓损伤 Frankel 分级,A 级 7 例、B 级 4 例、C 级 2 例、D 级 2 例。**结论:**对颈椎骨折脱位合并脊髓损伤截瘫患者实施规范的围手术期护理,可以减少并发症,促进脊髓神经功能恢复。

关键词 颈椎;脊柱骨折;截瘫;围手术期护理

颈椎骨折脱位临床较为常见,随着交通和建筑业的发展,其发病率呈逐渐增高趋势^[1-2]。颈椎骨折脱位合并脊髓损伤截瘫患者的手术治疗较为困难,术后容易出现压疮、感染、下肢深静脉血栓形成等并发症。2012 年 9 月至 2014 年 9 月,我们对 15 例颈椎骨折脱位合并脊髓损伤截瘫患者进行了规范护理,并对其效果进行了观察,现报告如下。

1 临床资料

本组 15 例,男 9 例、女 6 例。年龄 25~71 岁,中位数 42 岁。均为山东省文登整骨医院的住院患者。损伤部位:C₃~C₄ 2 例,C₄~C₅ 8 例,C₅~C₆ 3 例,C₆~C₇ 2 例。致伤原因:高处坠落伤 6 例,交通事故伤 5 例,其他伤 4 例。受伤至治疗时间 2~72 h,中位数 21 h。脊髓损伤情况按照 Frankel 分级^[3]:A 级 8 例,B 级 5 例,C 级 2 例。所有患者均采用颈椎前路融合手术治疗。

2 方法

2.1 术前护理

2.1.1 基础护理 常规进行各项生命体征监测,密切观察呼吸及血氧饱和度变化情况,发现患者意识状态改变、瞳孔反射异常,及时报告医生处理。

2.1.2 心理护理 给予患者真诚的关怀,抚慰其心灵创伤。耐心与患者沟通,认真解答其内心疑惑,减轻其焦虑、恐惧等不良情绪,向其介绍成功病例,增强其战胜疾病的信心,使其积极配合治疗。必要时应用地西洋、氯硝西洋等药物稳定患者情绪。

2.1.3 颅骨牵引护理 根据患者身体情况灵活调整牵引体位及重量。在患者头部两侧放置沙袋,保持头颈部处于正立位。牵引过程中注意始终保持牵引绳、

头、颈和躯干成一直线。观察颅骨牵引针孔处渗血、分泌物及其周围皮肤情况,保持头部皮肤清洁。

2.1.4 气管推移训练 在心电监护状态下进行气管推移训练,避免加重脊髓损伤。训练时由手术侧向非手术侧推移气管,逐渐增加训练时间。

2.2 术后护理

2.2.1 一般护理 密切观察患者各项生命体征变化,注意切口敷料及引流情况,发现异常及时报告医生处理。

2.2.2 高热护理 密切观察患者体温变化,采用冰袋冷敷、冰水灌肠、酒精擦浴等物理降温方法。持续高热时,配合中流量吸氧,提高脊髓的耐受性。

2.2.3 并发症护理 ①压疮:在患者骨突出部位放置气圈,每 2 h 协助其翻身 1 次。②泌尿道感染:术后 2 周开始进行膀胱功能训练,留置导尿管每 4 h 开放 1 次,开放前适度用力叩击膀胱区;定期进行膀胱冲洗,清除膀胱内沉渣;鼓励患者适当增加饮水量。③肺部感染:协助患者更换体位,指导其深呼吸、用力咳嗽,给其拍背,促进痰液排出,必要时采用雾化吸入疗法稀释痰液。④下肢深静脉血栓形成:采用中药足浴,艾叶 15 g、桂枝 15 g、川芎 20 g、当归 20 g、红花 20 g、伸筋草 12 g,药液温度以双手置入足浴液中能耐受为度,足浴过程中按摩、搓揉足底及小腿肌肉,并被动活动踝关节,每次 20 min,足浴结束后擦干皮肤进行足部按摩。

3 结果

所有患者均获随访,随访时间 6~36 个月,中位数 12 个月。均未出现压疮、切口感染、泌尿道感染、肺部感染、下肢深静脉血栓形成等并发症。1 例出院 6 个月后自杀。脊髓损伤 Frankel 分级:A 级 7 例,B 级 4 例,C 级 2 例,D 级 2 例。

4 讨 论

颈椎骨折脱位合并脊髓损伤截瘫患者的病情较为严重,致残率和病死率均较高^[4-7]。科学、规范的围手术期护理措施可以减少并发症,促进脊髓神经功能恢复,改善生活质量。

心理护理是术前护理的重点,颈椎骨折脱位合并脊髓损伤截瘫多由意外事故造成,受伤后损伤平面以下运动及感觉功能部分或全部丧失,因此受伤前后反差强烈,容易导致患者出现极度恐惧或悲观等情绪,不能配合治疗^[8]。对自身病情和手术方法不了解不仅会加重患者的恐惧感,而且可能导致其对治疗效果的期待值过高,因此不能接受截瘫症状无明显改善这一现实,从而出现自杀倾向。本组 1 例女性患者入院时即有自杀倾向,医护人员及时给予心理疏导后,其重新树立起对生活的信心,但是出院后在家自杀。因此临床应重视此类患者的心理护理,在其出院后也应对其进行心理指导,避免类似悲剧发生。颅骨牵引可以促进脊髓神经功能恢复,降低手术风险,因此术前应做好颅骨牵引护理^[9]。术前应进行气管推移训练,防止患者因不耐受气管、食管牵拉而出现呛咳、喷嚏、误吸、误咽甚至窒息。

颈髓损伤后交感神经麻痹,汗液分泌功能下降,皮肤血管麻痹,大量体热不能及时发散,反而促进细胞的新陈代谢,从而产生更多热量,最终导致持续性高热,而对于中枢性高热,应以物理降温为主^[10]。截瘫患者由于长期卧床治疗,容易出现压疮、尿道或呼吸道感染及下肢深静脉血栓形成等并发症^[11-16]。为了提高手术效果,促进患者恢复,术后应加强并发症护理。术后采用具有温经散寒、活血通脉功效的药物足浴,同时配合足部按摩,不仅可以防止下肢深静脉血栓形成,而且有助于促进疾病恢复,但是由于患者温度觉丧失,因此应注意药液温度,避免烫伤患者。

5 参考文献

- [1] 王锋,龙耀武,赵晓东,等. 下颈椎骨折脱位并小关节绞锁的外科治疗方法探讨[J]. 颈腰痛杂志,2013,34(3):

185-188.

- [2] 张芳,马戈东,张会凡. 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[J]. 中医正骨,2014,26(6):79-80.
- [3] Frankel HL, Hancock DO, Hyslop G, et al. The value of postural reduction in the initial management of closed injuries of the spine with paraplegia and tetraplegia. I. [J]. Paraplegia, 1969, 7(3):179-192.
- [4] 卫秀洋,陈勇忠,王金星,等. 3 种颈椎后路单开门椎管扩大成形术的临床效果评价[J]. 中医正骨,2014,26(12):19-24.
- [5] 蓝旭,许建中,罗飞,等. 不同入路手术治疗下颈椎骨折脱位[J]. 中华创伤杂志,2013,29(4):302-306.
- [6] 曲延镇,王玉龙,郭晓东,等. 单纯后路椎弓根钉内固定治疗下颈椎骨折脱位[J]. 中华骨科杂志,2013,33(10):990-996.
- [7] 李云峰,王晖,刘延辉,等. 颈椎前路手术在下颈椎骨折脱位治疗中的应用[J]. 颈腰痛杂志,2005,26(6):439-440.
- [8] 马艳,王韦江,赵顺清,等. 脊髓损伤患者术前与术后的心理护理[J]. 河北医药,2013,35(24):3807.
- [9] 张春光,吴志锋,张震宇,等. 大计量颅骨牵引治疗颈椎绞锁脱位[J]. 武警医学院学报,2011,20(4):291-293.
- [10] 丁云云. 8 例颈椎骨折合并颈髓损伤病人的术后护理[J]. 护理研究,2012,26(9):828-829.
- [11] 吴兰花. 颈椎骨折合并脊髓损伤患者肺不张的预防[J]. 中医正骨,2011,23(4):79-80.
- [12] 杨立君,焦守凤. 急性颈脊髓损伤患者的护理[J]. 实用医药杂志,2012,29(12):1108-1109.
- [13] 邹再莉,王居笃,廖玉梅,等. 脊髓损伤患者的康复护理[J]. 吉林医学,2012,33(28):6194-6195.
- [14] 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.
- [15] 魏俊青,任树芬. 中药足浴加穴位按摩预防脊髓损伤下肢深静脉血栓形成及护理体会[J]. 河北中医,2013,35(12):1895-1986.
- [16] 江蕙君. 脊髓损伤并发下肢深静脉血栓的观察和护理[J]. 中国现代医药杂志,2013,15(11):84-85.

(2016-01-03 收稿 2016-02-25 修回)

(上接第 78 页)

- [11] 盛天云,朱彩香. 护理干预对老年患者全髋关节置换术后功能康复的影响[J]. 中医正骨,2012,24(5):67-69.
- [12] 许文,邢林波,彭献梅. 阶段式护理干预模式在骨科康复病区的应用[J]. 中医正骨,2015,27(6):77-78.
- [13] 桑伟林,朱力波,陆海明,等. 直接前入路与后外侧入路全髋关节置换术的对比研究[J]. 中华关节外科杂志(电子版),2015,9(5):584-588.
- [14] 顾剑华,张先龙. 微创人工全髋关节置换术临床疗效的 Meta 分析[J]. 中华关节外科杂志(电子版),2007,

1(3):132-136.

- [15] 马江涛,俞敏,俞高峰,等. 快速康复外科理论在老年股骨转子间骨折治疗中的应用[J]. 中医正骨,2015,27(1):39-40.
- [16] 娄强翠,陈前波,肖桃丽,等. 术前疼痛认知教育对病人疼痛认知度及术后镇痛效果影响的 Meta 分析[J]. 护理研究,2010,24(6):1496-1499.
- [17] 齐艳秋,魏秀萍. 微创全髋关节置换术后的康复指导[J]. 中国中医骨伤科杂志,2010,18(6):61.

(2016-01-14 收稿 2016-03-15 修回)