

· 骨伤科护理 ·

脊柱矫形术治疗老年退变性脊柱侧弯的围手术期护理

魏岚, 牛培君, 卢锴璇

(河南省郑州市骨科医院, 河南 郑州 450052)

摘要 **目的:**探讨脊柱矫形术治疗老年退变性脊柱侧弯的围手术期护理效果。**方法:**2016 年 3 月至 2017 年 9 月,对采用脊柱矫形术治疗的 162 例老年退变性脊柱侧弯患者进行了系统的围手术期护理。男 63 例,女 99 例。年龄 58~77 岁,中位数 65 岁。脊柱左侧凸 69 例、右侧凸 93 例。所有患者均有腰背部及下肢疼痛症状,127 例伴有神经根受压症状、146 例伴有间歇性跛行。23 例合并腰椎间盘突出症。术前护理包括心理护理、肺功能锻炼、适应性训练、一般护理及术前准备,术后护理包括基础护理、疼痛护理、体位护理、饮食护理、呼吸道护理、功能锻炼及出院指导。术后随访观察腰椎功能恢复及并发症发生情况。**结果:**所有患者均获随访,随访时间 3~6 个月,中位数 3.5 个月。日本骨科协会腰痛疾患评分,术前为 2~23 分,中位数 6.5 分;术后 3 个月为 12~26 分,中位数 20.5 分。9 例出现泌尿系统感染,给予膀胱冲洗及抗感染治疗后治愈;3 例出现支气管感染,给予抗感染治疗后治愈。均未出现切口感染。**结论:**对采用脊柱矫形术治疗的老年退变性脊柱侧弯患者进行系统的围手术期护理,腰椎功能恢复好,切口感染等并发症的发生率低。

关键词 脊柱侧凸;截骨术;脊柱融合术;围手术期护理

退变性脊柱侧弯是继发于椎间盘及椎间关节退变的成人脊柱侧弯,脊柱失稳、关节突关节增生及黄韧带肥厚是其主要病理特点,神经根性疼痛及神经源性间歇性跛行是其常见临床表现^[1-3]。退变性脊柱侧弯多见于老年患者,随着我国人口老龄化的进展,其发病率呈逐渐上升趋势^[4]。非手术方法治疗退变性脊柱侧弯的疗程较长,可导致患者的治疗依从性下降,容易影响疗效,目前临床多采用手术方法治疗。脊柱矫形术是治疗退变性脊柱侧弯的常用术式,手术创伤较大,护理不当容易出现感染等并发症。2016 年 3 月至 2017 年 9 月,我们对采用脊柱矫形术治疗的 162 例老年退变性脊柱侧弯患者进行了系统的围手术期护理,并对其效果进行了观察,现报告如下。

1 临床资料

本组 162 例,男 63 例、女 99 例。年龄 58~77 岁,中位数 65 岁。均为河南省郑州市骨科医院的住院患者。脊柱左侧凸 69 例、右侧凸 93 例。所有患者均有腰背部及下肢疼痛症状,127 例伴有神经根受压症状、146 例伴有间歇性跛行。合并腰椎间盘突出症 23 例、心脑血管疾病 136 例、慢性呼吸系统疾病 23 例、糖尿病 58 例。均采用后路截骨矫形椎间盘摘除椎间植骨融合椎弓根螺钉内固定治疗。

2 方法

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 耐心与患者交流,向其介绍医护

团队,为建立良好的医患关系奠定基础。采用焦虑自评量表和抑郁自评量表评估患者的心理状况,根据其文化程度、接受能力及心理特点制定个体化健康教育方案。鼓励患者积极表达自身感受,强调家庭支持的重要性。向患者及其家属说明手术的目的、方法及注意事项,及时解答其疑惑,使其积极配合治疗。为患者介绍成功病例,帮助其树立战胜疾病的信心。

2.1.2 肺功能锻炼 向患者说明术前进行肺功能锻炼对防止术后肺部感染的重要性,使其积极配合。根据患者病情指导其练习缩唇呼吸及腹式呼吸,进行吹气球训练及呼吸操训练,必要时采用简易呼吸训练器进行锻炼;每次 5~10 min,每日 3 次,逐渐延长锻炼时间。

2.1.3 适应性训练 教会患者有效咳嗽、咳痰的方法,鼓励其主动进行训练。向患者说明术前练习床上排便的意义,鼓励其主动练习,当其因羞耻感等拒绝练习时,表示理解,并耐心开导。教会患者及其家属轴线翻身方法,为其发放统一制作的翻身垫及腿部夹垫,供其翻身时使用;逐渐增加练习次数,以患者能耐受为度。

2.1.4 一般护理 根据患者术前常规检查结果调控其血压或血糖水平,遵医嘱应用降压药或降糖药,将收缩压控制为 140~150 mmHg,空腹血糖控制在 7.8 mmol·L⁻¹以下、餐后 2 h 血糖控制在 10.0 mmol·L⁻¹以下,用药过程中注意观察及记录血压或血糖变

化^[5]。指导患者食用营养丰富食物,避免出现营养不良,但注意控制糖的摄入量。

2.1.5 术前准备 术前 1 d,常规进行交叉配血试验及术区皮肤准备,并指导患者进行唤醒试验训练。术前 1 d 夜晚 8 时进行清洁灌肠,12 时之后禁食、禁水。指导患者放松心情,避免影响睡眠。

2.2 术后护理

2.2.1 基础护理 术后 24 h 连续监测患者的血压、心率、呼吸频率及血氧饱和度等生命体征变化,前 6 h 每隔 15 ~ 30 min 观察 1 次,之后每隔 30 ~ 60 min 观察 1 次,发现问题及时报告医生处理。保持患者的呼吸道通畅,遵医嘱给予持续低流量吸氧^[6]。术后 3 ~ 5 d 是脊髓水肿的高峰期,在遵医嘱应用脱水剂及激素的基础上,密切观察患者下肢及足趾活动情况,并询问其有无感觉异常或大小便功能障碍^[7]。观察切口敷料渗出情况,及时更换敷料,保持敷料清洁干燥。观察引流液的颜色、质地及流量,保持引流管通畅;24 h 引流量超过 500 mL,及时报告医生处理^[8]。嘱患者及其家属注意保护引流管,防止引流液逆流。保持导尿管通畅,术后 6 h 内正常开放,之后夹闭导尿管,当患者有尿意时再开放,以便拔管后其可以自主排尿。每日用温水清洗外阴 2 次,保持外阴部清洁。患者可以正常进食后,指导其适当增加饮水量,促进排尿。合并糖尿病的患者术后返回病房后常规检测 1 次血糖,根据血糖水平调整检测次数和胰岛素用量,避免出现糖尿病酮症酸中毒。患者出现腹胀、便秘或排尿困难时,遵医嘱进行艾灸或穴位贴敷^[9-10]。

2.2.2 疼痛护理 术后常规应用镇痛泵,并教会患者及其家属镇痛泵的正确使用方法及注意事项。询问患者疼痛的部位、性质、发作时间及持续时间,采用视觉模拟量表等评定疼痛程度。指导患者通过听音乐、看电视等方式转移疼痛注意力,必要时遵医嘱进行耳穴贴压或应用镇痛药物。

2.2.3 体位护理 术后去枕平卧 6 h。嘱患者家属发现其呕吐时将其头部偏向一侧,避免呕吐物误入气管;夹闭镇痛泵,并及时通知医生。术后 7 h 协助患者进行轴线翻身,避免脊柱扭曲引起或加重脊髓损伤。

2.2.4 饮食护理 嘱患者术后 6 h 内禁食、禁水,6 h 后未出现恶心、呕吐症状,适当饮水,食用清淡易消化流质食物。术后未排气、排便之前,避免食用牛奶、豆浆等产气食物,防止腹胀。指导患者适当增加蔬菜等

粗纤维食物的摄入量,并注意放缓进食速度。糖尿病患者由营养师根据其血糖水平制定食谱。

2.2.5 呼吸道护理 给患者叩背,促进痰液排出,保持呼吸道通畅,防止坠积性肺炎。教会患者家属正确叩背方法,使患者取侧卧位,家属手指并拢使掌侧呈杯状,用手腕的力量自下而上、由外而内有节律地叩击胸背部,每分钟叩击约 120 次,每侧肺部叩击约 3 min^[11];叩击时注意使患者的头、颈、躯干保持在一条直线上,叩击力度以其能耐受为度^[12]。痰液黏稠不易排出者遵医嘱进行雾化吸入,吸入前向患者说明雾化吸入的目的及注意事项,使其积极配合;雾化吸入过程中及时清除痰液,防止窒息,并观察患者是否出现不良反应^[13]。注意糖尿病患者呼气时是否有烂苹果气味,早期识别糖尿病酮症酸中毒。

2.2.6 功能锻炼 术后麻醉清醒后,指导患者适度进行肺功能锻炼。术后 1 d,指导患者进行股四头肌等长收缩及直腿抬高训练,防止神经根黏连。术后 2 d,指导患者进行握拳运动、扩胸运动及耸肩运动,并适度进行肩关节旋转训练,防止肩关节僵硬及肌肉黏连。术后 7 d,指导患者进行腰背肌功能锻炼,循序渐进增加锻炼强度。

2.2.7 出院指导 指导患者出院后卧硬板床,坚持佩戴胸腰支具 3 ~ 6 个月;术后 6 个月内禁止负重,保持正确的走路姿势,捡拾物品时保持腰部挺直,用下蹲屈膝代替弯腰动作;注意加强营养,并坚持进行腰背肌功能锻炼;分别于术后 1 个月、3 个月、6 个月、12 个月及 24 个月来院复查。

3 结果

所有患者均获随访,随访时间 3 ~ 6 个月,中位数 3.5 个月。日本骨科协会腰痛疾患评分^[14],术前为 2 ~ 23 分,中位数 6.5 分;术后 3 个月为 12 ~ 26 分,中位数 20.5 分。9 例出现泌尿系统感染,给予膀胱冲洗及抗感染治疗后治愈;3 例出现支气管感染,给予抗感染治疗后治愈。均未出现切口感染。

4 讨论

退变性脊柱侧弯多见于 60 岁以上女性,可引起腰部及腿部疼痛等症状,严重影响患者的生活质量。非手术治疗无效及出现神经压迫症状的退变性脊柱侧弯患者,可采用脊柱矫形术等手术方法治疗,能够矫正脊柱畸形、解除神经压迫、恢复脊柱的稳定性。脊柱矫形术虽然效果良好,但手术创伤较大,术后容

易出现肺部感染等并发症,不利于患者早期康复,因此应做好围手术期护理工作。心理护理是术前护理的重点,应了解患者的心理情况,减轻其心理压力,帮助其树立信心,使其积极配合治疗^[15]。呼吸道感染是脊柱外科手术常见并发症,老年患者由于肺功能减退,术后更容易出现呼吸道感染^[16-19]。应向患者说明术前进行肺功能锻炼的意义,指导其坚持锻炼,预防术后肺部感染^[20]。多数老年患者合并高血压病和糖尿病等内科疾病,术前应遵医嘱积极进行治疗,将其身体调整至适合手术状态。术后应做好基础护理工作,便于发现问题及时报告医生处理。呼吸道护理是术后护理的重点,应定时给患者拍背排痰,必要时遵医嘱进行雾化吸入,防止呼吸道感染。

5 参考文献

- [1] 夏良政,徐宏光. 退变性脊柱侧弯自然史与治疗[J]. 国际骨科学杂志,2006,27(3):159-161.
- [2] 吴叶,卜国云,商卫林,等. 退变性腰椎侧弯发病机制及临床相关分析[J]. 国际骨科学杂志,2010,31(6):360-363.
- [3] 刘海鹰,周殿阁,王会民,等. 退变性脊柱侧弯的外科治疗探讨[J]. 中华医学杂志,2003,83(12):1066-1069.
- [4] 滕冲,陈维善,李浩. 退变性脊柱侧凸弯曲度增加因素研究进展[J]. 国际骨科学杂志,2011,32(6):367-368.
- [5] 中华医学会麻醉学分会. 围术期血糖管理专家共识(快捷版)[J]. 临床麻醉学杂志,2016,32(1):93-95.
- [6] CHOI SM, LEE J, PARK YS, et al. Postoperative pulmonary complications after surgery in patients with interstitial lung disease[J]. Respiration, 2014, 87(4):287-293.
- [7] 王文慧. 退变性腰椎侧凸后路减压融合固定术 24 例围术期护理[J]. 齐鲁护理杂志,2011,17(20):45-46.
- [8] 党爱林. 脊柱侧弯矫形术围手术期护理的研究进展[J]. 中华现代护理杂志,2011,17(8):984-988.
- [9] 何芬琴,倪晓红,马利敏. 中药穴位贴敷结合耳穴压豆治疗老年骨折后便秘的疗效观察[J]. 中医正骨,2010,22(4):60.
- [10] 何桂娟,虞伟力. 胸腰椎骨折病人腹胀便秘的全程中医护理干预[J]. 中医正骨,2010,22(5):65-66.
- [11] 孙兰芬,王龙强,刘润宏,等. 颈椎骨折脱位合并脊髓损伤截瘫患者的围手术期护理[J]. 中医正骨,2016,28(3):79-80.
- [12] 赵淑玲,赵淑芳,赵巧玲. 全麻术后肺部感染病人的排痰护理[J]. 长治医学院学报,2005,19(4):304-305.
- [13] YANG CK, TENG A, LEE DY, et al. Pulmonary complications after major abdominal surgery: National Surgical Quality Improvement Program analysis[J]. J Surg Res, 2015, 198(2):441-449.
- [14] 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,2005:118-119.
- [15] 管淑华. 老年住院手术患者心理护理的研究[J]. 中国医学创新,2010,7(3):119-120.
- [16] 蔡小晖. 气管插管全麻术后医院内肺部感染的危险因素分析[J]. 中华医院感染学杂志,2011,21(9):1780-1782.
- [17] SUN LY, GERSHON AS, KO DT, et al. Trends in pulmonary function testing before noncardiothoracic surgery[J]. JAMA Intern Med, 2015, 175(8):1410-1412.
- [18] 钱桂生. 老年人呼吸系统疾病的临床特点[J]. 中华保健医学杂志,2011,13(3):177-179.
- [19] 吴雪云,张少芳,周玲珍. 老年人围手术期的护理[J]. 中国实用医药,2011,6(22):185-186.
- [20] 李重茂,程继伟,胡伯文. 老年脊柱手术围手术期的评估与处理[J]. 颈腰痛杂志,2010,31(3):211-213.

(收稿日期:2017-12-16 本文编辑:郭毅曼)

(上接第 61 页)

- [13] 刘显东,王小兵,巫宗德,等. 闭合复位经皮小切口交锁髓内钉内固定治疗股骨干骨折[J]. 中国骨伤,2014,27(1):67-69.
- [14] 张洪军. 骨科微创技术[J]. 中国社区医师(医学专业),2012,14(29):8.
- [15] 王智勇,陈柯,叶晔,等. 微创小切口器械辅助复位治疗

股骨干骨折合并同侧转子间骨折[J]. 中国中医骨伤科杂志,2015,23(8):62-64.

- [16] 王瑞雄,陈夏平,吴天然,等. 非骨科牵引床上手法闭合复位小切口钳夹固定在股骨转子下骨折股骨近端防旋髓内钉内固定术中的应用[J]. 中医正骨,2017,29(3):45-48.

(收稿日期:2018-01-28 本文编辑:时红磊)