



# 1例脊髓空洞症术后呼吸困难患者的护理

蔡正萍 (福建省漳州市正兴医院 福建漳州 363000)

关键词: 脊髓空洞症 呼吸困难 护理

中图分类号: R473.6 文献标识码: A 文章编号: 1009-5187 (2018) 03-267-01

脊髓空洞症最早由 Bastian 命名。脊髓空洞症的主要病理解剖特点是脊髓中央管内积水和胶质组织增生。临床特点为以颈胸段多见,起病缓慢;感觉障碍主要表现为上肢或躯干处的感觉分离征;运动障碍可见因脊髓前角细胞损伤引起节段性肌力减弱,肌萎缩及瘫痪,亦可因锥体束受累出现痉挛性瘫痪;亦可引起颈交感神经症状等。我科收治1例脊柱侧弯术后22年,四肢麻木、无力、行走困难4月余的脊髓空洞症患者,术后突发呼吸困难,现将护理体会报告如下。

## 1 病例简介

患者,女,47岁。于1989年在北京某医院因“脊柱侧弯”行手术治疗,当时具体诊断不详,神经、脊髓情况不明,患者能正常生活;后行手术取出内固定,椎板下钢丝仍未取;出现躯体及四肢麻木、无力(右下肢重)行走困难,右下肢频发抽搐4月余入院。入院后诊断为“脊髓空洞症”。于2014-6-11-12:50-15:00全麻加插管下左侧卧位行颈胸段后路减压植骨分流(至右侧胸腔)术,术前插管及手术顺利,术后发音及咳嗽无力同术前,于6月13日18:55出现吸气性呼吸困难,伴喉鸣音及吸气三凹征,考虑喉痉挛,给予气管插管等处理,持续低流量吸氧下末梢血氧饱和度93%-94%,给予减轻水肿、平喘等处理,于6月15日拔管后再次出现以上症状,全院讨论为上气道梗阻,再次紧急经口气管插管,因呼吸频率快,呼吸机SIMV(PC)+PS模式辅助呼吸;平稳脱机后并给予气管切开;逐渐给予更换金属气管套管,于6月29日复查喉镜,意见为:左侧环杓关节活动可,考虑右侧喉返神经麻痹;给予拔出气管套管,低流量吸氧下末梢血氧饱和度94%-100%,夜间偶有呼吸困难,吸氧、鼓励患者后缓解。出院后3、6、18月电话复查,患者神经症状无加重,未再次出现呼吸困难,发音正常。

## 2 护理

### 2.1 心理护理

患者入院后对治疗及手术充满信心,心理状态好,但术后发生呼吸困难,患者及家属都难以接受,患者出现极度紧张、焦虑情绪,担心会危及生命,医护人员一方面安抚家属,稳定情绪,做好解释工作,嘱其不要紧张,这会加重患者的紧张情绪,应配合医师积极进行治疗;一方面安慰体贴患者,指导患者正确面对病情,保持心态平和,给予鼓励及耐心细致的解释,使其对疾病的康复抱有积极乐观的态度,以最佳心理状态进行治疗和护理。

### 2.2 病情观察

严密监测生命体征,意识、瞳孔、四肢活动及肢体的感觉情况,体温升高患者,可使用物理降温,感觉障碍的患者禁用冰袋以防冻伤,可使用温水或酒精擦浴,高热不退,怀疑是否感染,注意肢体感觉功能恢复情况,出现肌力下降应复查CT如排除血肿形成考虑水肿所致。

### 2.3 保持呼吸道通畅

定时给予翻身、扣背、雾化吸入,防止痰液过度粘稠;正确吸痰,防止感染:首先要掌握好恰当的吸痰时机,一般是在床旁听到患者喉部有痰鸣音、患者出现咳嗽或呼吸机气道压力升高有报警、发现

氧饱和度突然下降等情况时给予吸痰;先将吸痰管插入气道超过内套管1-2cm,再开启吸痰负压,左右旋转边退边吸,切忌在同一部位长时间反复提插式吸痰,吸痰负压不能过大,以防损伤患者气道粘膜,吸引时间一次不超过15s,吸痰前后应充分给氧,吸痰管吸一次换一根,顺序为气道、口腔、鼻腔;遵医嘱配置气道湿化液,更换1次/24h,气管内滴入水份约300ml/d左右,平均约10ml/h,在每次吸痰前后给予。

### 2.4 手术创面的护理

在贴皮肤面以油纱布覆盖,常规在严格无菌操作下更换辅料2次/d,并注意观察切口愈合情况,有无感染等征象及分泌物颜色,切口感染后分泌物多呈草绿色或铜绿色,一旦出现应及时进行分泌物培养,以便指导临床用药。

### 2.5 气管套管的护理

使用带气囊的气管导管时,要随时注意气囊压力,防止漏气;每日检查套管固定是否牢靠,套管采用双带打手术结法固定,松紧以能容一指为度。随时调节呼吸机支架,妥善固定呼吸机管道,使气管套管承受最小牵拉,防止牵拉过度致导管脱出;保持内套管通畅,金属套管是护理的关键。取出内套管的方法是,左手按住外套管,右手转开管上开关后取出,以防将气管套管全部拔出。

### 2.6 加强基础护理及安全管理

及时有效评估,预防口腔、皮肤、肺部、泌尿系统并发症。

## 3 讨论

脊髓空洞症是一种脊髓病变引起的疾病,其病变特点是脊髓内有管状空腔的形成及空腔周围胶质增生,常发生于患者的颈部骨髓中。患者术后出现呼吸困难的原因,该患者手术麻醉方式为全麻加插管,患者因颈椎侧弯畸形,可能气道偏移,在全麻插管过程中可能损伤声门;但患者术前插管顺利,一次成功;且术后拔管后发音正常;插管中直接损伤可能性小,术后喉镜检查亦未见声门损伤或愈合疤痕等;考虑可能麻醉插管刺激术后喉头水肿致喉返神经不全麻痹可能。术中副损伤;喉返神经损伤多见于前路手术,该患者未行前路手术,不可能手术损伤。中枢性喉返神经麻痹可见于延髓空洞症,该患者脊髓空洞如颈椎MRI检查所示位置高且范围广,可能因手术等应急致喉返神经不全麻痹。在以后手术过程中,应高度注意该类患者,预防该并发症的发生。一旦发生呼吸困难,应积极进行抢救,做好患者及家属的心理护理,提高患者的生存率。

## 参考文献

- [1] 赵定麟.现代脊柱外科学[M].上海世界图书出版公司,2006,09:1094-1095.
- [2] 李作凌.改良后颅凹重建术治疗Arnold-Chiari畸形并脊髓空洞症的护理[J].护士进修杂志,2011,7(13):1214-1215.
- [3] 韩波,袁葛,王贵怀.脊髓空洞腹腔分流术治疗外伤后脊髓空洞症(附8例报告)[J].临床神经外科杂志,2013,10(5):266-268

(上接第266页)

综上所述,在ICU护理过程中,危急报告值能够有效提高护理过程的安全度、以及患者的满意度,值得在临床学上大范围推广。

## 参考文献

- [1] 汪馨.危急值报告制度在ICU护理安全管理中的实施[J].母婴世界,2017(12).

- [2] 张蓉.危急值报告制度在ICU护理安全管理中的应用[J].解放军医院管理杂志,2014(2):137-139.

- [3] 张凤兰.危急值报告制度执行过程中护理人员认知调查与分析[J].齐鲁护理杂志,2011,17(33):43-45.

- [4] 张娟,胡俊灵,龚云,等.在护理安全管理中推行检验危急值报告制度存在的问题与对策[J].护理研究,2010,24(28):2612-2613.