



颈椎前路手术术后护理

陈玉荣

(解放军第一七五医院(厦门大学附属东南医院全军创伤骨科中心) 363000)

【摘要】总结了50例骨折患者进行颈椎前路手术,护理重点是保持颈椎的稳定性,监测患者生命体征和经皮血氧饱和度变化,观察脊髓和神经功能,加强呼吸管理,注重不同部位切口引流的护理。本组3例伴有不同程度颈髓损伤和颈神经症状的患者,术后四肢功能评分都在80分以上。所有患者通过治疗护理均获得康复,步行出院。

【关键词】颈椎骨折 护理

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187(2018)13-189-02

由于现在高能量损伤增多和从事电脑工作的人增加,颈椎骨折和颈椎病已成为骨科常见疾病,手术治疗已被证明是有效的治疗手段。目前的方法主要有颈椎间盘摘除植骨融合术、颈椎前路植骨融合钢板内固定术、颈椎前路椎体次全切植骨融合术、颈椎前路侧前方减压术和人工椎体置换术等。由于颈椎所在部位解剖结构的特殊性,术后严密的观察和切实有效的护理及康复训练具有重要的意义。2009年2月-2011年7月,我院收治50例患者,经精心治疗和护理,取得满意疗效,现将其护理报告如下:

1. 一般资料

本组50例,男30例,女20例,年龄21~65岁。颈椎骨折25例,其中上颈椎20例,下颈椎10例;颈椎病20例,患者通过精心治疗和悉心护理,均恢复较好出院。

2. 护理

2.1 生命体征的监测 持续心电监护48~72h,氧气持续吸入,根据血氧饱和度调节氧流量。每半小时监测血压、心律、呼吸、血氧饱和度1次,每1小时观察呼吸频率、深浅度及呼吸的音调有无异常、有无憋气和呼吸困难症状。术后有喉头水肿和血肿压迫呼吸道的危险,极易引起呼吸困难。术后发生呼吸困难但不伴有颈部肿胀的,多为喉头水肿所引起,与术中牵拉与刺激气管有关,应立即给予吸氧,作好气管切开或气管插管准备。如果患者出现难以纠正的呼吸困难,给予行机械通气。对于已行气管切开的病人,密切观察呼吸的深浅、频率;经口咽部超生雾化3d,至伤口愈合,水肿消失,分泌物明显减少;及时清理口腔分泌物,帮助患者有效排痰,必要时给予吸痰,吸痰时注意动作轻柔,负压调节适当,以防造成呼吸道黏膜受损。

颈椎手术患者因失血量多,可致血容量不足,应注意血压、脉搏的改变,并视情况给予输血。注意观察伤口局部渗血渗液情况:术后24h要特别注意伤口局部出血情况,短时间内出血量大并伴有生命体征改变者,应及时报告医生处理,颈后路手术还应注意伤口渗液情况。

2.2 术后神经功能观察 术后当天应及时检查神经功能,一般术后4小时以后下肢活动即开始恢复,如果此时患者下肢无感觉及运动,应检查患者是否清醒,如果未清醒,可能是麻醉药力仍然存在,否则应高度怀疑术后血肿压迫脊髓,及时通知医生,及时检查,确认病因,对症治疗。在护理过程中,要注意病人的主诉及全身情况,如果患者有想睡觉、肢体沉重或疼痛、麻木、刺痛或肢体不能活动时,应特别注意,要对病人进行仔细的检查,对于病人的任何主诉都不能错过,对于主诉持续的病人,虽然神经功能检查正常,也应及时通知医生。

2.3 术后血肿的观察 术后伤口少量渗血及引流出血性液体属正常反应,一般24小时内超过250毫克,且逐渐减少,3天内自动停止。如果短时间内有大量渗血,或出血量减少后又增加,说明有活跃出血,需及时通知医生处理。若没有及时处理,形成深部血肿,可

压迫气管引起窒息。深部血肿重者可压迫气管引起窒息而死亡,多见于手术当日12h内[1]。

2.4 呼吸道的护理

由于患者长期保持强制静卧体位,排痰不畅、术中麻醉时气管插管损伤黏膜、术后咳嗽无力,极易发生呼吸道感染,因此加强术后呼吸道护理至关重要。本组患者平均年龄37岁,能积极配合医护人员做好各项必要的治疗和护理,且采取了以下护理措施,均未发生呼吸道感染。患者麻醉清醒后,鼓励其深呼吸。病情允许时给患者翻身,轻轻叩击胸背部,促进排痰和肺的膨胀。指导患者进行吹气球和吹风速仪训练,3~5/d 5min/次或吹到患者吹不动为止,以增强呼吸肌收缩和舒张能力,增加肺活量,改善肺功能。遵医嘱予雾化吸入,以稀释分泌物,使之易于排出。对低钠血症需限水,口腔损伤或有异味的患者每日行口腔护理2次,减少口咽部细菌进入呼吸道。病情允许时,尽早给患者佩戴好头颈胸支具,以利于患者呼吸通畅,便于有效咳嗽和排痰。

2.5 切口引流的护理

观察前路手术本组所有手术切口均放置1根负压引流管,1名护士用双手稍微托起患者头颈部,另外1名护士将镜子稳妥地放在切口下方,用手电筒照射切口,通过镜面查看切口情况,发现有渗血时详细记录,观察切口动态变化。密切观察患者颈部是否肿胀,切口有无渗液或渗血,引流管是否通畅,引流的颜色和量,引流速度,特别是颈椎前路和前后联合入路手术患者。前后联合入路手术患者分别标注前路和后路引流管,分别记录引流情况。如每小时引流量大于100ml 3h洗肉水样,且连续引流量超过24h 500ml,提示有出血的可能;如引流颜色为淡红色或洗肉水样,应考虑有脑脊液漏,报告医生处理。本组切口引流的颜色和量都在正常范围,无出血和脑脊液漏并发症发生。用血管钳套入负压引流瓶外圈妥善固定在床单上,以防负压瓶移动将引流管带出。用沙袋固定颈部两侧时,将引流管顺着气垫床凹槽放置,以防被沙袋压扁,影响引流。用毛巾垫在患者口角,以防患者呕吐污染切口和引流管。

2.6 皮肤护理 术后长期卧床,使局部组织受压,血液循环障碍,大小便失禁污染皮肤,易发生褥疮。注意用海绵垫及气圈保护骶尾部、肩背部和足跟等骨突出部位并定期进行按摩;定时翻身,日间2小时1次,夜间每3小时1次,翻身时注意保持颈部位置平直,禁止扭转拖拉;保持床铺的清洁、平整、干燥。一旦发生褥疮要勤换药,加强营养支持,补充热量及蛋白质,颈椎骨折导致截瘫的患者,对周围环境温度的变化丧失了调节和适应的能力,常出现高热或低温,高热时一般采用物理降温,如用空调调节室温、冰敷、温水擦浴等,如低温时应做好保暖工作,但避免用热水袋,以防烫伤皮肤[3]。

术后康复训练



• 护理研究 •

本组采用引导式教育(Conductive Education, CE)方法指导患者进行康复训练,强调以患者的需要为中心,发挥患者的主动积极参与和全面康复的“节律性意向”。“节律”是指每个功能活动被分解成具体步骤,编排和教给患者有节奏感及重复的口令,一边说一边做,如护士指令:“踝关节活动”,患者和护士共同重复,并口述节律“1、2、3……”,数到10动作完成,同时护士帮助有困难的患者,使其能有效完成动作。评估患者的具体情况,制订相应的引导式教育计划,并进行指导,再作评价。手术当天鼓励和协助患者进行踝关节伸屈、旋转活动、膝关节伸屈和握拳等简单的活动。术后第1天增加呼吸功能训练,如深呼吸、有效咳嗽、吹气球或风速仪、扩胸、翻身叩背。术后第2天增加双手握皮球、直腿抬高和抬臀练习。术后第3天增加髋关节旋转活动,体力能耐受力者进行全面引导教育。所有训练都按“节律性意向”方法进行,以达到恢复肺活量,防止肌萎缩、关节僵硬、失用性骨质疏松、压疮、深静脉血栓形成等并发症发生为目标。关节活动范围由小到大、活动幅度和力量逐渐加大。评价方法包括:①应用Fugl-Meyer运动功能评分(FMA)对脊髓有损伤的患者四肢功能进行评定。②应用Barthel指数(BI)对患者日常生活能力进行评价。每天各评价1次,并同术前进行比较。术后3d若FMA评分达到80分以上,即可佩戴头颈胸支具由医护人员扶持下床活动。例3伴有不同程度颈髓损伤和颈神经压迫症状的患者,根据术后神经功能恢复的程度,主动和被动运动相结合,在头颈胸支具保护下先进行端坐训练。下床时患者不要空腹,佩戴好头颈胸支具将床头抬高30°,让患者休息5min,患者无头昏、恶心、呕吐、心悸等症状,再逐渐按床头抬高60°→90°→床边坐→床旁

(上接第188页)

$P<0.05$ 。如表1:

表1 两组病区护理管理发生情况对比

组别	仪器设备 事故发生 次数	无菌物品 过期次数	护理缺陷 发生次数	药品相关 事件
实验组	1*	2*	1*	0
对照组	4	6	5	3

注:与对照组相比,* $P<0.05$ 。

2.2 两组管理方案实施期间,患者对护理工作的满意度对比

实验组的患者对护理工作的满意度为97.78%(925/946),高于对照组的患者对护理工作的满意度(75.79%), $P<0.05$ 。如表2:

表2 两组患者对护理工作满意度对比[n(%)]

组别	例数 (n)	非常满意	满意	不满意	满意度(%)
实验组	946	614 (64.90)	311 (32.88)	21 (2.22)	925 (97.78)
对照组	946	457 (48.31)	260 (27.48)	229 (24.21)	717 (75.79)

3 讨论

护理工作在医院重要组成部分,有效的护理工作,对患者病情的治疗和康复具有重要意义,同时有效的护理,可以改善护患关系,并减少医患纠纷的产生,这对提升医院的形象具有重要意义[4]。随着人们思想的不断提升,其需要医院内提供更为先进的护理模式,但是医院内的护理人员学历、工作经验等存在差异,这导致在实际的护理工作中,不能很好的满足患者的需求,并容易导致不良事件的发生,因此提高护理人员的专业素质水平,具有重要意义[5]。

站→病房内走的顺序进行调整,每次调整前需适应,第1次下地行走5~10min即可,并详细记录在护理单上,循序渐进地进行。BI评分达到80分以上即可让患者用助行器在病房行走,以不疲劳为宜。本组患者术后FMA评分均在80分以上,所有患者通过治疗护理均获得康复,在头颈胸支具保护下步行出院。保守治疗患者头颈胸支具固定12~14周手术患者头颈胸支具保护8~12周。

3. 结论

颈椎骨折和严重的脊髓型颈椎病是一种严重的致残性疾病,目前手术治疗已经取得了满意疗效。但颈椎手术是一种搞危险性手术,手术并发症多,病死率高。对这种病人的术后护理极为重要,护理人员在围手术期给予患者正确、周到护理,能有效减少并发症的发生,提高手术成功率。

参考文献

- [1]金芳.骨科临床实用护理.北京:科学技术文献出版社,2005,330-339.
- [2]王谊,黄孔阳,傅声帆,等.扩大操作胸腔镜下脊柱前路手术患者的护理[J].中华护理杂志,2004,39(11):817-818.
- [3]曹丽敏.香港引导式教育实践的启示[J].中国康复理论与实践,2009,15(3),289-290.
- [4]张子凤;殷国勇;余利鹏.20例Hangman骨折的护理.中华护理杂志,2011年01期

五常管理是一种较为先进的管理模式,可适用于各行各业,在医院的应用之中,具有显著的效果。通过对护理人员实施五常管理,可以使护理人员对五常管理的模式和意义具有全面认知,从而使其对五常管理的开展具有较高的积极性;通过五常管理的实施,可以使每位护理人员对日常工作的安排具有条理性,并严格按照管理的要求进行工作,有效提高工作效率。

经过本文研究得出,实验组的药品、仪器设备事故发生次数、无菌物品过期次数和护理缺陷发生次数等不良事件的发生率,明显低于对照组, $P<0.05$;实验组的患者对护理工作的满意度为97.78%(925/946),高于对照组的患者对护理工作的满意度(75.79%), $P<0.05$ 。

综上所述,对所有护理人员实施五常管理,能够使护理人员详细掌握管理要求,提高工作效率,减少不良事件的发生,提高医务人员和患者的满意度,值得推广应用。

参考文献

- [1]徐贞珍,姚爱英,潘红等.五常法在手术室护理管理中的应用效果[J].中华现代护理杂志,2015,21(10):1180-1182.
- [2]李丽娥,王冬霞,朱丹丹等.精细化流程管理对手术室护理管理工作效率及患者满意度的影响[J].海南医学,2016,27(21):3597-3598,3599.
- [3]陆影,须玉红,高新等.护理管理干预对减少COPD患者住院费用的效果及影响因素[J].新疆医科大学学报,2017,40(4):548-551.
- [4]林莉,朱林萍.五常法在手术室护理管理中的应用[J].临床合理用药杂志,2016,9(32):126-127.
- [5]吕欣,李惠梓,高晓明等.将“5S活动”引入病房护理管理的应用与思考[J].辽宁医学杂志,2015,29(6):348-350.