



• 临床护理 •

脊柱后路内固定术后深部感染的护理体会

杨丽媚 谢雅娜 陈丹 陈宝玉 (福建省漳州市解放军第一七五医院 厦门大学附属东南医院骨科 363000)

摘要:目的 探讨脊柱后路内固定术后深部感染的护理。方法 选择2016年1月~2017年9月我科收治的脊柱后路内固定术后深部感染患者10例,根据患者的实际情况分别进行精心的治疗与护理,注意监测病人体温及肌张力,重视病人伤口疼痛的主诉及心理支持,清创术后正确实施伤口灌注引流术护理,保证引流通畅。结果 10例脊柱后路内固定术后深部感染患者感染情况均得到有效控制,治疗总有效率为100%。结论 加强脊柱后路内固定术后深部感染的护理,从而控制及消除感染,使患者获得满意的疗效。

关键词: 脊柱后路内固定术 深部感染 引流 护理

中图分类号: R473.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2018) 09-220-01

随着脊柱手术的数量逐年增加,术后感染的问题逐渐受到关注,其发病率有文献报道为1.16%~8.5%^[1]。由于脊柱后路内固定术后感染特别是低毒感染,早期诊断较困难,因此对于感染的治疗也相对棘手,尤其是深部感染。恰当的处理脊柱后路内固定融合术后深部感染,对于减少临床并发症、促进患者早日康复是十分必要的。2016年1月~2017年9月我科共收治了胸腰椎后路术后深部感染10例病人,最后感染完全控制。现将护理汇报如下。

1 临床资料

1.1 病例资料

选择2016年1月~2017年9月期间我科收治的脊柱后路内固定术后出现深部感染的病例10例,男6例,女4例;年龄26~68岁。其中急性感染者7例,临床表现为术后15d内明显的腰背疼痛,切口肿胀或伴有脓性分泌物,体温升高,白细胞计数增加;迟发性感染3例,术后4个月呈现感染症状。术式类型:腰椎骨折术者6例,胸椎骨折术者2例,腰椎滑脱术2例,病人均行细菌培养,所有细菌培养都呈阳性,其中耐甲氧西林金黄色葡萄球菌7例,表面葡萄球菌2例,肠杆菌属1例。

1.2 诊断标准

术后3个月内发生感染者归为早期感染,3个月后发生者归为迟发感染。临床症状有发热、疼痛、局部红肿、切口皮温增高、压痛或叩击痛、脓性渗出等。在脊柱术后感染的患者中,大部分的患者C反应蛋白是升高的,三者中C反应蛋白特异性最好,红细胞沉降率及白细胞也是常用的判断指标,三者结合对于确诊脊柱感染及治疗效果能提供更为准确的评估及监测指标。

1.3 治疗方法

1.3.1 内固定物正常者给予灌注引流,拆开切口缝线,将创口内脓性分泌物清除,并以双氧水及生理盐水进行彻底冲洗。避免继发感染的出现。

1.3.2 椎管旁软组织肿块者采取病灶清除术,清理瘢痕组织、积血、炎性肉芽、分泌物等,再以双氧水及生理盐水进行彻底冲洗,将引流设备连接好,选择抗生素溶液再次冲洗,直至引流液清亮。

1.3.3 使用抗生素:根据药敏试验结果使用抗生素,药敏结果出来前选择第三代头孢菌素类药物及万古霉素注射剂等。静脉输注8h或12h进行1次,当病人全身症状改善至逐渐消失,体温恢复正常,伤口局部无红肿、压痛,连续3次复查血常规、ESR及CRP均为正常^[2-4]为停用抗生素指征。

2 护理

2.1 心理护理

根据不同的病史进行个体化护理,通过讲解二次清创的方式、术后的置管及冲洗时间,以消除病人对手术知识缺乏造成的紧张,达到与医护人员间的密切合作,确保治疗的成功。

2.2 疼痛的护理

脊柱术后感染的病人,疼痛程度严重。应了解病人的自我感受,观察其表情、睡眠、活动等情况。给予心理上的安慰,经常与之交流。护理人员应及时评估病人的疼痛值,采用VAS疼痛评分,评分方法为:

评分在4分以上应报告医生,遵医嘱酌情使用止痛药,以解除病人的思想顾虑。

2.3 术后护理

2.3.1 体位及皮肤护理:保持正确平卧位,轴线翻身,于病人腰背臀部下面先垫一中单,然后再垫一消毒浴巾,既增加了病人的舒适度,又具有透气性好,有利于伤口愈合。脊柱术后感染的病人,要预防皮肤的压疮。每次翻身时,注意管道的位置,以免压伤皮肤。

2.3.2 密切监测病人体温:每日监测体温,术后1~3d每天测体温4次。若体温超过38.5℃,且切口有红肿、疼痛,提示有感染的可能。可先予物理降温,中低热病人予冰枕、温水擦浴,高热病人予冰枕、冰敷大血管处,乙醇擦浴等,同时嘱病人多饮水,物理降温后半小时需复测体温,降温效果不理想者遵医嘱给予退热药。

2.3.3 饮食指导:指导病人进食高蛋白、高热量、高维生素、易消化食物,指导其少量多餐。对于低蛋白血症或伤口愈合慢的病人可酌情输注人血白蛋白注射液或血浆等,同时注意保持水电解质平衡。

2.3.4 功能锻炼:术后根据病人情况开始指导病人主动活动双下肢,在床上作踝关节的足跖屈、背屈运动,在病人耐受范围内,每天3次,每次15min,预防下肢血栓的形成。

2.4 冲洗液管道的护理

2.4.1 术后前6d灌注冲洗液的量和速度要大些,一般每天生理盐水3000ml持续冲洗。以后随着切口的缩小灌注量减少为生理盐水1500ml持续冲洗。本组病例用生理盐水持续灌注,平均2周。

2.4.2 保证冲洗引流通畅,密切观察引流液的颜色、性质和量及伤口敷料有无渗湿。

3 小结

脊柱后路内固定术后深部感染是脊柱术后较常见的并发症。因此正确的护理是提高手术成功率的关键。术前安慰疏导解除患者对二次或多次手术的焦虑,配合手术和护理,术后疼痛管理可提高患者战胜疾病的信心。术后维持有效灌注冲洗保证各种管道的通畅、病人体温及肌力的监测、饮食指导及病人功能锻炼的指导是术后康复的重要保证。本组10例病人均获得随访,时间6~12个月。感染情况均得到有效控制,治疗总有效率为100%。

参考文献

- [1]Veeravagu A,Patil CG,Lad SP,et al. Risk factors for postoperativespinal wound infections after spinal decompression and fusion sur-geries[J]. Spine (Phila Pa 1976),2009,34(17): 1869-1872.
- [2]Gemmel F, Rijk PC,Collins J M,et al. Expanding role of 18F-fluo-ro-D-deoxyglucose PET and PET / CT in spinal infections[J]. EurSpineJ,2010,19(4): 540-551.
- [3]王岩,张雪松,肖嵩华,等. 脊柱内固定术后深部感染[J]. 中华医学杂志,2006,86(25): 1737-1739.
- [4]严峻,郑勇,谢耀杰,等. 胸腰椎后路术后切口感染的治疗策略[J]. 颈腰痛杂志,2016,37(2): 115-118.