



• 临床护理 •

后路伤椎短节段固定治疗严重不稳的胸腰椎爆裂性骨折的围手术期护理

林育红 李春兰 (福建省漳州解放军第一七五医院 骨科医院骨一科 福建漳州 363000)

摘要:目的 探讨后路伤椎短节段固定治疗严重不稳的胸腰椎爆裂性骨折的围手术期护理。方法 后路伤椎短节段固定治疗严重不稳的胸腰椎爆裂性骨折患者的围手术期护理,通过做好心理护理、完善术前准备、术后体位护理、切口及引流管护理、加强病情观察、早期进行功能锻炼及并发症预防等。结果 术后52例患者均顺利出院,无护理并发症发生。结论 经后路伤椎短节段椎弓根内固定治疗严重不稳的胸腰椎爆裂性骨折(LSC $\geq$ 7分),能有效矫正后凸畸形、恢复椎体高度,并可避免前路的重建。做好围手术期护理工作,是提高手术成功率,减少并发症的重要保证,是提高患者的生活质量的关键。

关键词:胸腰椎爆裂性骨折 围手术期 护理

中图分类号:R473.6 **文献标识码:**A **文章编号:**1009-5187(2018)11-250-02

腰椎爆裂骨折是一种严重的脊柱损伤,常伴有不同程度的神经损伤^[1]。尽早手术治疗可解除对脊髓的压迫,恢复椎管内径,重建脊柱的稳定性。经后路多节段固定结合经椎弓根椎间融合治疗^[2-4]。不仅起到了早期支撑固定的作用,同时减少了内固定的应力,防止后期的内固定松动和矫正度丢失,降低了并发症的发生率。2015年6月—2018年2月,我们对52例严重不稳的胸腰椎爆裂性骨折患者行经后路伤椎短节段椎弓根内固定治疗,有效克服了前路手术创伤大、并发症多等缺点,取得了较为满意的疗效。报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男33例,女19例;年龄21~56岁,平均37.9岁。致伤原因:高处坠落伤32例,交通事故伤16例,其他伤4例。均诊断为单节段胸腰椎爆裂性骨折;LSC评分7~9分,平均7.85分。累及节段:T11/12例,T12/13例,L1/2例,L2/3例。Frankel分级:A级2例,B级4例,C级8例,D级11例,E级27例。伤椎椎管占位24.2%~76.7%,平均47.1%。伤后至手术时间3~5d,平均3.6d。

1.2 手术方法

患者于全麻下取俯卧位,体位复位成功后,以伤椎为中心,作一长7~9cm的后正中纵切口,依次切开皮肤及皮下筋膜。钝性分离椎旁肌肉暴露相应关节突关节,胸椎椎弓根钉进针点采用Weinstein法,腰椎椎弓根进针点采用“人”字嵴法定位,依次在伤椎上下节段及伤椎植入椎弓根螺钉。对于术前有神经功能损伤(Frankel A~D级)及伤椎椎管占位超过50%的患者(本组35例)行椎管减压。C臂X线机确认螺钉及钢板固定在位及伤椎复位情况满意后,安装连接杆,然后行后外侧植骨。最后放置引流管,依次缝合各层组织。

2 结果

本组患者手术时间85~127min,平均106.5min;术中出血90~155mL,平均137.6mL。术后手术切口均I期愈合。47例患者获随访,随访时间19~27个月,平均23.2个月。随访期间均未出现切口感染、椎弓根钉松动和内固定物断裂等并发症。

3 讨论

脊柱骨折患者常伴有不同程度的脊髓损伤,使患者丧失了部分生活自理能力,同时还会继发其他系统的并发症,及时的治疗和护理及术后康复是阻止脊髓继发损伤、防止并发症并恢复肢体功能的重要方面^[5]。因此,做好围手术期护理及预防并发症的发生,使患者早日重返工作岗位或自理生活,降低医疗费用,起着极其重要的作用。

3.1 术前护理

(1) 评估:了解患者疼痛部位、截瘫平面和四肢感觉、运动的具体情况,有无尿潴留等,为术后观察病情提供对比依据。

(2) 训练指导:指导练习深呼吸、有效咳嗽、咳痰,训练床上大小便,指导直线翻身方法,练习俯卧位,预防褥疮、便秘、泌尿系感染等。(3) 心理护理:及时全面了解患者病情,加强与患者的沟通,针对性做好心理疏导,向患者及家属进行相关知识宣教,同时向其介绍成功的手术病历,打消其顾虑,使其树立战胜疾病的信心,坦然接受手术,积极配合治疗。

3.2 术后护理

3.2.1 生命体征监测及切口引流的观察:患者术后回病房应去枕平卧位6小时,给予持续心电监护,每15~30分钟观察1次患者的意识、血压、脉搏、呼吸等生命体征变化,观察切口引流液的颜色、性质,观察患者的面色、皮肤粘膜色泽。发现异常时立即报告医生,及时处理。

3.2.2 神经系统症状及截瘫平面观察:术后当日密切观察患者双足趾的感觉及活动情况,与术前作比较,以便发现术后有无脊髓神经损伤加重。特别是要注意患者鞍区的感觉、运动情况及膝腱反射、腹壁反射等,注意排尿、主排便情况。留置尿管期间应定时夹闭尿管并每4~6小时开放1次,以预防泌尿系感染和膀胱萎缩,嘱患者排尿时训练自我感觉,促进排尿反射的恢复;每日用新洁尔灭消毒尿道口早晚2次。

3.2.3 切口及引流管的护理:切口及引流管的护理患者切口已行敷料包扎,要密切观察敷料的渗出情况以及渗出液的颜色、气味、渗出量,如在护理中发现伤口敷料有污染或脱落,应及时更换。手术后必须保证引流管通畅,防止引流管受压、扭曲,并妥善固定在床边,定时挤压管壁,维持有效引流,并观察记录引流液的颜色、性状,如发现引流量多而颜色淡红、稀薄,应考虑有脑脊液漏可能,通知医生把伤口负压引流改为平压,去枕平卧;若患者出现头痛、头晕症状,可将床摇成头低足高位。

3.3 并发症的预防及护理

(1) 褥疮:给予患者睡气垫床,以减少剪切力。常规术后6h开始水平位翻身,给予使用侧身垫;保持床单平整;对于瘫痪的肢体尽量保持功能位。(2) 肺部并发症:常规每2h翻身1次,给予排痰机机械辅助排痰每日两次,每次15~20分钟,早晚进行口腔护理,以减少口腔黏膜干燥;指导患者每日进行深呼吸、吹气球训练;对于痰不易咳出者,适当给予应用雾化吸入。(3) 腹胀及便秘:鼓励患者平卧时顺时针按摩腹部;发生便秘时,可口服缓泻剂;嘱患者多饮水;进食蔬菜、水果及粗纤维的食物,以增加肠蠕动,缓解便秘。发生腹胀时,给予使用丁桂儿脐贴贴于肚脐眼,预防腹胀,效果满意。(5) 下肢深静脉血栓:鼓励患者麻醉清醒后尽早进行双下肢的背伸运动;术后6h可给予空气静脉血栓仪的治疗,以促进血液循环。

3.4 功能锻炼

术后当天麻醉清醒后可嘱患者在床上进行四肢伸屈练习

(下转第253页)



表 2: 两组产妇对护理的满意度的比较

组别	十分满意	比较满意	不满意	护理满意度
实验组 (n=49)	20 (40.81)	25 (51.02)	4 (8.16)	45 (91.84)
对照组 (n=49)	19 (38.78)	18 (36.73)	12 (24.49)	37 (75.51)
χ^2	4.78			
P	0.03			

3 讨论

由于剖宫产手术需要对产妇实施麻醉药物,这在一定程度上会对产妇的身体造成一定的化学伤害和抑制作用,并且在产妇生产禁止饮水和吃饭,这造成了产妇肠胃功能的紊乱,而产妇生产后长期的卧床,造成胃肠功能恢复能力下降^[5]。这使得产妇容易出现腹胀、肛门排气延缓等症状,对于这一现象,临床上常通过采取精细化护理干预来帮助产妇尽早排气,恢复基本的饮食,从而促进乳汁的分泌^[6,7]。因此,探究精细护理干预对剖宫产产妇肛门排气及早期泌乳的影响。

通过本次的观察可以发现:实验组产妇肛门的排气时间、第一次泌乳时间明显低于对照组产妇,并且实验组产妇对护理的满意度明显高于对照组产妇, $P < 0.05$ 。主要有以下几个原因:通过对剖宫产产妇实施精细化护理干预,能够有效的提高产妇第一次乳汁分泌的时间,尽快让胎儿吸收到母乳,提高胎儿的免疫能力。精细化护理主要针对产妇进行乳房的按摩和乳房的护理,一方面可以缓解产妇应剖宫产而产生的疼痛感,降低负面情绪对产妇造成的精神压力,使得产妇的乳汁分泌不受影响^[8]。对产妇进行体位护理,可以在最大程度上给予产妇舒适的卧床条件,帮助产妇是引产后的身体变化,得到较好的休息质量,从而恢复自身的体质条件。对产妇进行一定的心理护理,可以避免产妇出现极端的心理,帮助产妇通过渐进式的方式来接受新的变化,并且逐步指导产妇如何来对婴儿进行喂养和照顾,给予产妇坚实的后盾,逐

步培养产妇照顾婴儿的自信心,从而以积极的状态来,提高产妇对于新生儿的关注,加强产妇自身的学习能力,提高产妇对于护理工作的满意度。精细化护理对护理人员提出了更高的要求,在保证产妇的良好心理状态的同时,要给予产妇基本的理论指导,共同协助产妇来完成对于母亲角色的转变。精细化护理相比较常规护理而言,细致化了护理的内容,使得产妇仍然被给予高度的关注,避免因生产过后被照顾的感受缺失,而产生产后抑郁的现象。

综上所述,对实行剖宫产的产妇采取精细护理干预,能够更加高效地帮助产妇转变角色,加快适应母亲的只能。同时,通过精细护理干预帮助产妇减少剖宫产带来的生理痛苦,及时分泌初乳来喂养婴儿,为产妇建立正确的哺乳观念,提高产妇对于护理的满意度。更加值得被推广。

参考文献

- [1] 张雪,武明辉,丁辉.综合干预措施降低剖宫产率的试点研究[J].中华围产医学杂志,2012,15(7):440-442.
- [2] 张云江,李桂琴,杨海云.禄劝县剖宫产现状分析[J].云南医药,2012(2):201-203.
- [3] 李桂琴.护理干预对降低剖宫产率的影响[J].云南医药,2013(1):87-89.
- [4] 朱瑞容.护理干预对剖宫产产妇胃肠功能恢复及早期泌乳的作用[J].国际护理学杂志,2013,32(8):1760-1762.
- [5] 卢莉红.护理干预促进剖宫产产妇快速胃肠功能恢复增进泌乳的研究进展[J].护理实践与研究,2010,07(20):126-127.
- [6] 薛明.剖宫产后腹部按摩对促进胃肠功能恢复的效果观察[J].护理实践与研究,2012,09(6):39-40.
- [7] 蒙丽.剖宫产后胃肠功能早期恢复的中医研究进展[J].全科护理,2015(18):1709-1710.
- [8] 刘辉.精细护理干预对剖宫产产妇肛门排气与早期泌乳的影响[J].护理实践与研究,2017,14(8):71-72.

(上接第250页)

以及股四头肌收缩锻炼,足背伸屈屈锻炼,促进肢体血液循环;术后3~5d疼痛减轻后可进行腰背肌功能锻炼,以提高腰背肌肌力,增强脊柱的稳定性。

3.5 出院指导

(1)嘱患者出院后卧硬板床休息,加强营养增强体质。(2)继续腰背肌功能锻炼,指导患者根据自己体力,在原来锻炼的基础上增加锻炼的强度,坚持锻炼>6个月。避免腰部负重和过度弯腰,防止再损伤。(3)如出现持续性腰痛、下肢疼痛、麻木等异常情况应及时来医院复诊。(4)建立医患联系卡,医护人员每1~2个月随访1次,及时了解患者康复锻炼过程,并给予指导及调整训练计划。

参考文献

(上接第251页)

fractures[J].Spine (Phila Pa 1976),2012,37:1747-1755.

[2] 陆玉和,王凯,王自立,等.经皮椎体成形术治疗椎体压缩性骨折128例[J].蚌埠医学院学报,2013,38:285-287.

[3] 黄昊,何仕诚,方文,等.经皮椎体成形术治疗骨质疏松疼痛性椎体压缩骨折的临床疗效分析[J].中华医学杂志,2014,94:2119-2122.

[4] 肖全平,吴春根,王涛,等.经皮椎体成形术治疗严重椎体压缩性骨折的临床价值[J].介入放射学杂志,2014,23:698-701.

[5] 王大寿,陈黔,罗春山,等.高黏骨水泥在骨质疏松性严重椎体压缩骨折中的应用[J].介入放射学杂志,2015,24:815-818.

[6] Wang CH, Ma JZ, Zhang CC, et al. Comparison of high-viscosity cement vertebroplasty and balloon kyphoplasty for the

[1] 李毅,贺浚洮,梅中军,等.胸腰椎爆裂性骨折[J].中国中医药咨询,2010,(8):179-180.

[2] 元虎,郑光彬,陈继良,等.前路减压融合结合前路或后路固定治疗严重的胸腰椎爆裂性骨折[J].中国矫形外科杂志,2007,15(14):1041-1044.

[3] 张宏其,罗继,朱嵘嵘,等.颈后路减压钉棒内固定治疗伴后凸畸形的多节段脊髓型颈椎病[J].中国脊柱脊髓杂志,2007,17(1):28-31.

[4] 郭佩锁,刘艺,陈鸣,等.三种后路手术治疗多节段脊髓型颈椎病的临床研究[J].牡丹江医学院学报,2009,30(5):51-54.

[5] 王沐学,葛建杰,王金娜,等.多节段脊髓型颈椎病的前路或后路与后前路联合手术的临床疗效及并发症分析[J].中国医师进修杂志,2009,32(35):15-19.

treatment of osteoporotic vertebral compression fractures[J].Pain Physician,2015,18:E187-E194.

[7] 赵学辉,舒勇,张伟,等.高粘度骨水泥椎体成形术治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折30例[J].江西中医药大学学报,2015,27:25-27.

[8] 熊文华,杨云海,林卓峰.高粘度骨水泥在治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折中的临床应用[J].河北医学,2015,21:774-777.

[9] 胡婷业,陆玉和,吕维富.高粘度骨水泥治疗骨质疏松性椎体压缩骨折患者围手术期护理[J].介入放射学杂志,2017,3:274-275.

[10] 赵艳丽,张丹妹,钱宇航.经皮骨水泥球珠堆积椎体成形术治疗椎体骨折的围手术期护理[J].现代中西医结合杂志,2012,21:3065-3066.

[11] 陈月云.老年胸腰椎压缩性骨折围术期护理以快速康复外科理念为指导的临床效果[J].现代中西医结合杂志,2012,21:3065-3066.