



• 临床护理 •

后路椎弓根螺钉内固定融合术治疗强直性脊柱炎并寰枢椎脱位护理干预

李薇娜 李春兰 林育红 (福建省漳州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** 探讨经后路椎弓根螺钉系统内固定融合术治疗强直性脊柱炎(AS)并寰枢椎脱位的临床疗效及护理干预。**方法** 采用后路椎弓根螺钉系统固定融合治疗6例强AS并寰枢椎脱位患者。应用JOA颈椎评分标准和VAS评分标准评价治疗效果,患者进行术后护理效果评价。**结果** 手术时间(98.17±9.85)min,术中出血量(301.67±34.30)ml。患者均获随访,时间3~6年。6例均骨性融合,无内固定松动断裂;2例表现为枕大神经刺激症状者,术后即消失;3例伴有四肢不同程度运动及感觉障碍者,术后6个月~1年完全恢复。VAS从术前(7.0±1.0)分降至末次随访时(2.2±1.2)分,差异有统计学意义($P < 0.01$);JOA从术前(7.17±2.48)分提高至(13.67±2.42)分,差异有统计学意义($P < 0.01$)。**结论** 精心的术后护理可提高后路椎弓根螺钉系统内固定融合术是治疗AS并寰枢椎脱位不稳的有效治疗效果,加快恢复进程,减少术后并发症,增强患者对治疗的信心。

关键词: 强直性脊柱炎 寰枢椎脱位 椎弓根螺钉 内固定 融合 护理

中图分类号: R473.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2017)07-280-01

强直性脊柱炎(ankylosing spondylitis, AS)是一种慢性炎症性风湿性疾病,以中轴骨骼受累、可进展为脊柱僵硬和骨质疏松为特征。寰枢椎脱位是AS神经系统的并发症,通常发生在疾病晚期且症状较轻者。AS患者外伤后导致的颈椎骨折常出现在下颈椎,其次是胸腰段和腰椎,在上颈椎骨折者报道较少,而完全性寰枢椎脱位在AS中报道更少见。严重的寰枢椎脱位不稳使颈管内的脊髓处于危险状态,甚至对伤者的生命造成极大威胁。由于寰枢椎其部位深在、解剖结构及毗邻关系复杂,周围有诸多重要神经和血管组织,致使该部位的手术治疗风险比较大^[1]。对于AS发生寰枢椎脱位的手术治疗,既往文献报道较少,早期阶段发现寰枢椎脱位对于预防严重神经系统并发症、甚至死亡是非常重要的。2011年8月~2016年8月,我院收治6例AS并寰枢椎脱位患者,报道如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料

病例资料本组6例,男5例,女1例,年龄19~58岁。1例有轻微外伤史,其余无外伤史。患者均有枕颈部疼痛、活动受限。其中5例有神经症状:表现为枕大神经刺激症状2例,伴四肢不同程度运动及感觉障碍3例。所有患者入院后行DR颈椎正、侧位,寰枢椎开口位,部分过伸、过屈位)、薄层三维CT扫描和MRI检查;2例伴有脊柱后凸畸形,Cobb角分别为40°、52°,胸腰椎及髋关节活动受限。本组6例中,3例病程为19~31年,患者脱位前已确诊有AS,1例有AS家族史;另3例进一步行HLA-B27、血沉等检查,入院后确诊为AS。

1.2 手术方法

手术方法术前先行颅骨牵引复位或颈托保护、做好头颈胸支具。对于病程较长的AS患者,术前完善心肺功能检查、排除手术禁忌证。在CT片上测量进钉点距中线距离及内倾角。在侧位X线片测量头倾角,以便指导术中操作。由于寰枢椎脱位,全身麻醉下气管插管和摆放体位时应特别小心,麻醉成功后,在支具保护下翻身呈俯卧位,头部置于头环固定架上,调整头部支架符合术前强直位置,去除支具,维持颅骨牵引。取颈后正中切口入路,依次切开皮肤、皮下组织,沿白线将枕下小肌群向两侧剥离分开,显露枕骨隆凸、寰椎后弓、枢椎棘突及椎板。装好一侧钛棒先拧紧枢椎的螺帽将提拉杆固定,然后旋紧寰椎的螺帽提拉寰椎复位固定,将一侧固定后同法固定对侧,组装好连接杆。在寰椎后弓和枢椎板上用磨钻去除部分皮质作为植骨床,同时取同种异体骨制成颗粒状放于植骨床面。切口内置负压引流管1条,逐层关闭切口。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理:患者的心理活动贯穿于整个医疗护理的全过程,热情接待患者,亲切自然地同患者及家属介绍责任医生和护士,介绍病房环境和相关制度,了解患者病情及相关的背景资料。患者及家属对手术了解少,容易产生悲观、焦虑、恐惧等不良情绪,对手术存

在疑虑,缺乏信心。针对此种情况,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例,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。

2.1.2 术前准备:术前1日备皮、备血,常规准备合适的腰围及颈拖、安尔康、抗血栓弹力袜、波浪形水垫。嘱患者术前12小时禁食、6小时禁饮,防止病人在麻醉手术中发生呕吐、误吸,而引发窒息等。术前两小时穿好抗血栓弹力袜,术前30min静脉滴注抗生素及肌注阿托品及苯巴比妥钠注射液,术前留置导尿管。

2.1.3 教会患者正确的翻身方法:护士应教会患者家属在搬运患者或协助患者更换体位时应保持患者的颈、胸、腰椎在同一条直线上,即进行纵轴翻身。协助患者先将双膝屈曲,一人手固定患者的头部,另一人一手置于患者肩背部、另一手置于患者髋部,翻向一侧,操作时动作轻柔勿粗暴。当病情稳定后,指导患者掌握自己翻身的方法。

2.2 术后护理

2.2.1 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,观察切口引流液的量、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。

2.2.3 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。

2.2.4 功能锻炼:术前及术后的呼吸训练和腰背肌锻炼,合并脊髓损伤的患者要首先评估损伤平面,再行肢体关节及肌力锻炼,预防压疮、废用性肌肉萎缩、关节僵硬,提高生活质量。术后72h配戴颈托坐起活动或下床活动;7~9d拆线。3个月后解除颈围,进行颈部功能锻炼。术后常规摄颈椎正、侧位X线片及行CT检查。

3 小结

总之,寰枢椎脱位是AS常见的并发症,建议AS患者定期进行影像学评估,尤其是病程较长,伴有外周关节炎、疾病活动期或对传统NSAIDs产生耐药性的患者。无明显诱因或轻微创伤诱发枕颈部疼痛、活动受限或麻木无力,以及复杂的难以解释的神经学症状,应怀疑有寰枢椎脱位(或不稳)的存在,加强随访观察。后路椎弓根螺钉棒系统内固定融合术是治疗强直性脊柱炎并寰枢椎脱位不稳的有效治疗方法。

参考文献

[1] Albert G W, Menezes A H. Ankylosing spondylitis of the craniovertebral junction: a single surgeon's experience [J]. J Neurosurg Spine, 2011, 14(4):429-36.