

1 例经口咽入路手术治疗寰枢椎脱位围手术期的护理

李 阳

湖北医药学院附属人民医院 湖北十堰 442000

【摘要】目的 探讨经口咽入路治疗陈旧性寰枢椎脱位患者的围手术期护理。**方法** 主要措施包括做好术前及术后心理护理、呼吸功能练习、口腔护理、营养支持、疼痛护理、功能锻炼等。**结果** 术后严密观察生命体征,采取特殊方法进行口腔护理,警惕感染、肺部并发症、脊髓损伤、脑脊液漏等并发症发生,患者住院期间未发生并发症。**结论** 科学的围手术期护理是提高手术成功率,减少并发症的重要保证。

【中图分类号】 R473.6**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1674-9561 (2017) 07-160-02

寰枢椎脱位是一种严重的疾病,是由于寰枢椎向前、向后脱位而引起上部颈髓受压,可使患者出现四肢瘫痪,甚至发生呼吸肌麻痹而死亡。枢椎齿状突或寰枢椎纵韧带带的完整性因先天畸形、炎症或外伤等原因缺失后,寰枢关节出现异常对位经口咽入路行寰枢关节松解复位术,可以使上颈椎脊髓充分减压,通气行后路枕颈固定植骨内固定融合术,可使寰枢椎间稳定。但由于手术野显露困难,手术风险大,术后并发症多等,围手术期的护理是提高手术成功率,减少并发症的重要保证。

2017 年 2 月 17 日我院实施了 1 例经口咽入路寰枢关节松解术+寰椎侧块枢椎钢板螺钉固定、植骨融合术+髂骨取骨术,手术成功,术后效果满意。现将护理体会报道如下:

1 病例资料

患者,女,65 岁,因车祸致头颈部疼痛 1 月余,于 2017 年 2 月 8 日有神经外科转入,由平车送入病房,查体示:神志清楚,表情稍痛苦,查体欠合作。额部有一约 2cm 皮肤疤痕。双侧瞳孔等大等圆 3.0mm,光反射灵敏。左侧肢体肌力 3 级,右侧肢体肌力 4 级;右侧肢体较左侧痛觉减退;右侧巴氏症(+),左侧巴氏症(+/-)。即诊断为寰枢椎陈旧性脱位,并积极进行术前准备。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 一般护理:(1) 注意生命体征的观察,必要时予心电监护及氧饱和度监测;(2) 注意四肢感觉运动的观察,指导患者主动活动或协助被动活动肢体各关节;(3) 指导并协助进行床上排便训练及教会患者正确深呼吸运动及有效咳嗽咳痰技巧,同时进行张口耐受训练;(4) 积极协助完善相关检查。

2.1.2 心理护理:寰枢椎毗邻颅脑、延髓,危险性大,患者均担心疾病预后及手术风险,因此,护理过程中注意向患者及家属讲明病情的严重性和手术治疗的必要性,以及经口咽入路手术操作相对简单和安全,只要充分做好术前准备,术后并发症相对较少,且术后局部症状会得到明显改善,从而消除他们对疾病的恐惧和预后的担忧,积极配合手术准备。

2.1.2 气管食管推移训练:颈椎前路手术患者应进行气管食管耐受性训练。根据患者的肌力情况,双手无力的患者由家属或医务人员进行,一侧四指将气管、食管向非手术切口侧牵拉,使气管、食管过正中中线,牵拉时间每次坚持 10~20min,反复训练,一般 3~5d 即能适应手术^[1]。

2.1.3 口腔护理:由于手术为口咽入路,经口咽入路手术野小而深,且与口咽相通的鼻窦无法彻底消毒,据文献报道术后伤口感染率 50%^[2],所以必需重视术前口腔准备。术前口腔准备十分重要。术前常规请相关科室行鼻腔、鼻窦、牙科检查,诊断有无鼻窦炎、牙龈炎、咽喉炎等口腔鼻腔疾患,如有相关疾病,需术前及时处理。指导患者进食温凉软食,禁食烫食及粗糙食物,避免损伤口腔黏膜。术前 7d 用呋喃西林溶液漱口,每天 4 次,使用有效的抗生素,术前 3d 给予甲硝唑静脉滴注,每天 2 次。术晨留置胃管,指导并鼓励患者

做有效咳嗽和深呼吸运动。

2.2 术后护理

2.2.1 一般护理:(1) 体位护理:病人返回病房后,护理人员应平卧平放患者于床上,保持脊柱在同一水平上,平卧 6h 后可协助轴线翻身,术后第二天即半靠卧位。(2) 生命体征护理:术后需严密观察生命体征变化,给予心电监护进行生命体征和氧饱和度监护,尤其是呼吸及血氧饱和度的观察。(3) 术后沙袋制动,注意四肢感觉运动的变化,并要与术前比较,重点预防脊髓创伤性水肿的发生,发现异常应及时报告并处理。

2.2.2 呼吸道护理:术后给予 NS40ml+庆大 40 万 U 混合液用喷雾壶喷至口咽部 1 次/小时,同时呋喃西林含漱 3 次/日,行氧气雾化吸入,每天 4 次,雾化后行轴位翻身、拍背、排痰,保持口咽部清洁。

2.2.3 口腔护理上颈椎经口入路手术最易出现的术后并发症是经口的医源性感染^[3],故需特别加强口腔的护理,每天以生理盐水口腔护理 4 次。

2.2.4 营养支持:(1) 行鼻饲饮食,术后留置胃管 7~10d,维持鼻饲 1 周以上至伤口愈合。胃管内注入流质,如米汤、菜汤,少量多餐。每次进食前均需抽取胃液,确认胃管在胃内,并观察胃液的颜色、性质,了解有无溃疡的发生,进食后注入 20~30ml 温开水,冲洗管道,以免堵塞^[4],安全固定胃管,防止导管移位或脱出,在管道进入鼻腔处做好标记,以识别管道有无移位。鼻饲期间严密观察病情,准确记录 24h 出入量,为保证水电解质平稳及人体的正常新陈代谢提供依据。(2) 术后 7~10d 患者切口愈合,能自行吞咽,拔出胃管,经口进食,从半流食逐渐过渡到普食,注意观察患者进食后反应。

2.2.5 预防术后并发症:(1) 严格执行无菌操作,物品专人专用,护士做每项操作前必须洗手、戴口罩,预防交叉感染;(2) 开窗通风,早晚各 1 次,注意保暖,防止患者受凉。

(3) 预防伤口感染,术后常规应用抗生素 5~7d;(4) 保持颈部切口敷料清洁干燥,若敷料被污染,及时更换;注意鼻腔有无出血,鼻翼粘膜有无压迫性水肿,鼻腔分泌物的颜色、形状及量,警惕并发鼻窦炎、中耳炎;鼻部有无疼痛,肿胀、畸形等骨折表现,必要时拍 X 线片检查。(5) 注意预防压疮、肺部感染及便秘等并发症,定时更换体位,但翻身时应戴好颈托以及采取轴位翻身(保持头颈与躯干呈一条直线),勿使颈部过伸过屈或旋转,枕部和骶尾部受压处皮肤垫软枕,使患者感觉舒适。(6) 术后加强尿管护理,每日行尿管护理 2 次,保持会阴部及尿道口清洁干净,尿管定时开放,每 4h/次,训练膀胱反射,鼓励患者按计划饮水,预防泌尿系感染,尽早拔除尿管。

2.2.6 功能锻炼:骨科患者的康复与功能锻炼关系密切,患者术后第 2 天开始进行床上四肢手部的功能锻炼,以增强肌力,术后 10d 戴颈托床上坐起活,逐渐床边活动,至自己

(下转第 162 页)

口腔护理 2 次/日,留置尿管患者给予尿道口护理 2 次/日,必要时膀胱冲洗。鼓励患者早期功能锻炼,静脉溶栓病例的康复锻炼在溶栓 24h 后即可开始,先进行床上被动锻炼,待病情稳定后尽早开始坐、站、走等活动以促进生活自理能力的恢复,帮助患者早日回归社会。

3 讨论

急性脑梗死临床治疗的关键是尽可能早地使血管再通。应用阿替普酶溶栓治疗可有效改善急性缺血性卒中患者临床预后。溶栓试验荟萃分析呈现,阿替普酶使用效果受其使用时间因素重要影响,由此表明在溶栓治疗期间护理干预特别关键。^[7]同时通过专业有效的护理,能够显著提高急性脑梗死患者的治疗效果,降低残障率,缩短平均住院天数,减轻医疗费用,同时提高患者对护理服务质量的满意度,减少静脉溶栓治疗过程中并发症的发生率。

有文献报道,在脑梗死发生 4.5h 内使用 rt-PA 溶栓治疗后颅内出血发生率显著降低,因此临床上使用 rt-PA 治疗时需严格把握溶栓治疗时间窗。^[8]同时应提倡建立急性脑梗死卒中绿色通道、通过诊治程序的优化及精细护理在各个环节的得力配合,可以有效缩短阿替普酶静脉溶栓最佳时间窗内院内延迟时间,使患者能够尽早、尽快地接受最有效的治疗

和护理干预,这对改善急性脑梗死患者的神经功能缺损及改善预后起到至关重要的作用。

【参考文献】

- [1] 彭春艳,富晓东.12 例注射用阿替普酶溶栓治疗的急性脑梗塞患者的护理体会[J].当代护士(下旬刊),2014(10):112-113.
- [2] 张燕青.阿替普酶溶栓治疗急性脑梗死的临床研究[J].临床医药实践,2015,24(1):32-34.
- [3] 王伟英,许燕飞.阿替普酶治疗缺血性脑 11 例的护理[J].护理与康复,2013,12(4):394-395.
- [4] 张国鲁,张微微,黄勇华,等.重组组织型纤溶酶原激活剂联合尿激酶治疗急性脑梗死的临床观察[J].中华老年心血管病杂志,2012,14(5):507-510.
- [5] 程文芹.注射用阿替普酶溶栓治疗急性脑梗死患者护理体会[J].中国继续医学教育,8(17):263.
- [6] 潘紫妃.静脉溶栓治疗急性脑梗死的疗效观察及护理[J].护士进修杂志,2013,24(3):2292-2293.
- [7] 孙永兴,刘玉祥,张凝远,等.急性缺血性脑卒中阿替普酶静脉溶栓治疗 28 例临床分析[J].重庆医学,2015,44(15):2120-2121.
- [8] 邵永良,周胜华,翁卿吉,等.MSCT 动态扫描在 rt-PA 溶栓急性脑梗死患者中的应用[J].中华全科医学,2016,14(3):459-461.

(上接第 158 页)

使其更好地配合医护人员的工作,从而降低其分娩后的并发症发生率^[5]。本研究对试验组产妇实施优质舒适护理,通过对产妇不良情绪的干预,结合对产妇分娩过程中的环境护理和手术配合,让产妇的分娩顺利完成,手术后根据实际情况对产妇进行全面的舒适护理,让其能顺利恢复。结果显示试验组产妇的不良情绪评分、疼痛评分和满意度评分均优于对照组,数据对比 $P < 0.05$ 。

综上所述,优质舒适护理用于剖宫产的效果较好,能明显改善产妇的不良情绪,并减轻其疼痛感,值得在临床上推广应用。

【参考文献】

- [1] 张华.舒适护理应用于剖宫产护理中的效果分析[J/OL].中国妇幼健康研究,2017,(S2):607-608.
- [2] 张海燕.舒适护理在剖宫产护理中的应用[J].中国医药指南,2017,15(09):265-266.
- [3] 蓝燕.舒适护理应用于剖宫产术后术期的效果分析[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(13):2499-2500.
- [4] 张晓丽.舒适护理在剖宫产护理中的应用效果观察[J].中国现代药物应用,2016,10(05):224-225.
- [5] 伍飘云.舒适护理应用于剖宫产护理中的效果研究[J].中外医学研究,2016,14(05):80-81.

(上接第 159 页)

^[3],病情严重者常常卧床不起,并且生活能力完全丧失。对脑卒中偏瘫患者来说,实施康复治疗的意义不仅在于恢复其机体的稳定,还在于通过提高其日常生活能力进而改善其生活质量。

在本次研究中,先对患者采取常规护理,其后再实施针对性的康复护理,研究得出此种护理方式具有确切的效果,可提高患者日常生活的能力。康复护理依照患者的病情阶段采取了针对性与个体化的护理措施,对建立自主侧循环与恢复患者的肢体功能有积极意义,功能训练有利于患者尽快康复,训练强度可依照患者的耐受程度决定,动作幅度由轻至重,由小至大,每日坚持锻炼,待患者部分功能训练后,可使其训练的强度与模式增加,在其基本功能恢复时便指导患者开展行走训练,有利于尽快恢复患者的肢体功能,改善生活质量。

本研究发现患者护理后 barther 指数提高明显,优于护

理前,生活质量各个指标的评分均高于护理前, $P < 0.05$,提示在脑卒中偏瘫患者临床护理中采取康复护理具有显著的效果,不仅能提高患者日常生活的能力,消除其临床症状,还可改善其生活质量,提高其舒适度,建议在临床中进一步推广以及运用。

【参考文献】

- [1] 郭瑞,刘悦.强化肩胛带训练对经四子散热敷治疗的脑卒中后偏瘫肩痛的临床疗效及其早期康复护理效果[J].贵州医药,2016,40(3):329-331.
- [2] 杨彬彬,乔菲,张博等.关于早期康复护理对经强化肩胛带训练的脑卒中后偏瘫肩痛患者不良情绪的影响研究[J].贵州医药,2016,40(12):1327-1329.
- [3] 刘宣,王美玲.综合康复治疗缺血性脑卒中偏瘫患者的康复效果观察[J].中国实用神经疾病杂志,2016,19(8):79-81.

(上接第 160 页)

行走,指导患者活动量由小到大,循序渐进。

此例患者术后寰枢椎复位满意,痊愈出院。术前做好口腔及心理护理等及术后严密观察病情,加强呼吸道及口腔管理,预防术后感染等并发症,为手术的成功及提高手术疗效提供了保证。患者住院期间未发生护理并发症,表明规范的围手术期护理是提高手术成功率,减少并发症的重要保证。

【参考文献】

- [1] 殷婷,陈水敏.颈椎前路手术的围手术期护理 26 例[J].中国实用护理杂志,2004,20(7):22-23.
- [2] Keith H, Bridell L, 胡有谷,等.脊柱外科学[M].北京:人民卫生出版社,2000:203-211.
- [3] 尹庆水,刘景发,夏虹,等.寰枢椎经口咽前路手术预防感染之经验[J].中华医院感染学杂志,2002,12(11):829-830.
- [4] 席淑华,祝筠.中华外科护理“三基”训练手册[M].济南:山东科学技术出版社,2006:103.