·护理研究·

1 例颈椎管狭窄患者行手术治疗后并发呼吸衰竭的护理

叶　菲

浙江大学医学院附属第二医院滨江院区　310052

〔摘　要〕报道一例颈椎管狭窄患者术前完善相关检查，行颈椎管狭窄后路单开门椎管减压术，术后密切观察生命体征变化，脊髓神经功能，伤口引流管，功能锻炼的指导，饮食指导，术后第 5 天出现呼吸衰竭，经多科联合治疗，注重合并呼吸衰竭的护理，后病情好转，予术后 12 天步行出院。

〔关键词〕颈椎管狭窄；手术；呼吸衰竭；护理

〔中图分类号〕R473.6　　〔文献标识码〕A　　〔文章编号〕2095-7165（2019）03-129-02

颈椎后路单开门术是脊柱外科医生治疗多节段颈段脊髓压迫的经典术式，其主要适应症是 3 个节段及以上的连续型后纵韧带骨化症 3 节及以上椎间盘突出导致的脊髓型颈椎病或多节段颈椎管狭窄症[1-2]

1　临床资料

患者，女，43 岁，因“双上肢麻木不适 2 月，加重 1 周”于 2016-07-04，14:00 入院。查体：神清，精神可，生命体征平稳，心肺听诊无特殊，腹平软，全腹无压痛，反跳痛。颈软，无抵抗，颈椎部无压痛，叩击痛可疑阳性，全身皮肤 L4 水平平面以下感觉麻木，双上肢握力 5 级，肌张力可，霍夫曼氏征（-），双下肢肌力 3 级，双下肢生理反射亢进，病理反射未引出。当地医院颈椎 MR 提示：颈椎管狭窄，颈髓受压，术前完善检查后予 2016 年 7 月 6 日在全身麻醉下行颈椎管狭窄颈椎后路单开门椎管减压术。手术后予抗炎，补液，护胃，镇痛治疗。7 月 8 日拔除伤口引流管，导尿管，下床活动。7 月 11 日上午出现呼吸急促，中午加重，氧饱和度下降至 72%，请急诊五官科，心内科，呼吸科，监护室会诊，后转监护室。在监护室予呼吸机支持，抗感染，减轻肺水肿，镇静，镇痛，双侧胸管引流胸腔积液，辅以化痰，护胃治疗。7 月 13 日情况稳定后，拔除气管插管，转入骨科病房继续对症治疗，予 7 月 22 日步行出院。

2　护理

2.1 心理护理

2.1.1 由于颈椎管狭窄手术治疗部位特殊，难度大，所以患者在手术前难免有所顾虑和恐惧心理[3]，心理包袱也大，怕手术不成功而导致瘫痪，此时护理人员应该及时察觉患者的心理变化[4]。首先应该普及外科手术的知识，宣传我科颈椎管狭窄手术的经验和技术，再者应该请经过手术治疗而恢复的患者，让他们讲诉手术过程和恢复过程，这样能提升患者的信心。

2.1.2 焦虑和抑郁是呼吸衰竭常见的心理反应。由于肺功能下降，呼吸困难诱发的窒息和面对死亡的恐惧，患者精神高度紧张有濒死感，语言交流障碍，患者出现情绪低落。所以给予患者心理满足，护士主动与患者及家属交谈，耐心解答患者及家属提出的问题，倾听患者对疾病的感受。解除患者紧张心理，给予患者卧床休息，保持体位舒适，坐位或半坐卧位以利于呼吸。对于呼吸困难的患者，尽量减少病人说话次数，保持病室安静，减少环境中嘈杂声音的干扰。

2.2 生命体征的观察

颈椎管狭窄症后路单开门手术难度大，手术节段多，术中失血量多，手术后回病房，给予患者心电监护，吸氧，监测生命体征的变化。观察患者粘膜，指甲的颜色，患者有无昏昏欲睡的情况。患者在住院期间出现呼吸衰竭，给予持续低流量吸氧，呋塞米利尿，甲强龙减轻肺水肿治疗，后氧饱和度一直在 69-93% 之间，转监护室气管插管治疗。病情稳定后，由监护室转回病房后，生命体征一直在正常范围。

2.3 脊髓神经功能的观察

手术创伤可能出现血肿压迫脊髓导致肢体感觉，运动以及括约肌功能障碍，手术后每小时询问并观察患者四肢感觉及运动情况，患者肢体的温度，颜色，观察排尿、排便情况并及时记录。与术前做对比，警惕迟发性损伤及并发症的发生，如患者主诉双下肢麻木，沉重，不能活动，应及时通知医生。

2.4 引流管的观察

患者手术后带回 2 根伤口负压引流管。妥善固定引流管，保持引流通畅，注意引流管有无扭曲，反折，受压和脱出。注意观察和记录引流液的量，颜色性状。翻身及护理操作时，避免牵拉引流管，定时挤压管壁，防止逆行感染和硬膜外血肿。

2.5 伤口的观察

本手术方式因切口大，术中出血量多，术后需及时观察敷料情况，如有渗出，及时通知医生，并做好渗出量的记录。因该患者 BMI 指数为 30，为肥胖，顾伤口的渗出应做好脂肪液化和伤口感染的区分，做到跟医查房。

2.6 功能锻炼的指导

有研究者建议进行术前的床上肢体功能锻炼，术后指导患者主动或被动地伸屈肢体，进行持重上举与手足活动，注意动作轻缓，循序渐进，切忌急于求成，或半途而废。有利于术后功能恢复，防止肌肉萎缩、关节僵硬，又有利于增加心排出量，提高机体抵抗能力，为术后康复建立良好的动力基础[5-6]。

2.7 饮食指导

科室正开展快速康复，故颈椎管狭窄患者行后路单开门手术，患者是清醒的状态，没有恶心呕吐，胃部不适，即可进食。适当摇高床头 15-30 度[7]。患者进清淡、易消化、高热量、高蛋白、高维生素 饮食，多饮水，少食多餐，保持大便通畅。

2.8 呼吸衰竭的护理

2.8.1 观察病人的神志，意识，精神状态；

2.8.2 观察呼吸的频率，幅度，胸廓的活动度；区分呼吸困难属于吸气性还是呼气性呼吸困难。仔细听诊胸部的情况，是否有呼吸音的改变，痰鸣音，啰音或哮鸣音。

2.8.3 观察皮肤、粘膜及循环功能的变化。①皮肤：面部皮肤潮红，多提示 CO2 潴留；发绀提示缺 O2，应注意口唇、舌色和甲床色泽和温度。②脉搏、心率和血压：脉搏洪大、心率失常，血压异常。③球结膜：充血、水肿提示 CO2 潴留。观察出入量，是否有蛋白尿。

（下转第 131 页）

www.qianjianshu.com 潜水电子书

组总体上的满意率更高，对照组的满意度也较高，但稍逊于观察组。

3 讨论

小儿厌食症最直接的表现就是患儿出行厌食与拒食行为，此症状通常较为多发于 1 到 6 岁之间的儿童，患儿此时正是成长的关键时期，不能按时吃饭吸收营养，会导致他们一系列的身体不适整产生，影响患儿的健康成长和发育。针对该病的治疗，一则可采取按摩的方式，让患儿的脾胃得到呵护，同时拉近医患关系，让患儿在心理上得到安慰，再则可以采取中医敷脐的形式，让药物快速的作用于患儿的身体，直达病灶加快治疗的速度，这两种形式的护理结合，能够消除患儿的心理与身体不良反应，尽快帮助患儿恢复正常饮食习惯，获得良好的护理结果。

[参考文献]

[1] 刘丹 . 中医按摩法联合中医敷脐治疗小儿厌食症的护理干预观察 [J]. 中医临床研究，2016(31).

[2] 芦莹莹 . 中医按摩法与中医敷脐治疗小儿厌食症的护理干预效果研究 [J]. 世界最新医学信息文摘，2017(74):44.

[3] 李秋红，罗汀，韩艺瑜 . 中医外治法结合按摩法联合中医敷脐护理干预脾失健运型小儿厌食症临床观察 [J]. 新中医，2015(7):287-289.

表 1：两组患儿在护理期间分别产生的中医辨证数据结果对比

（分，$\bar{\chi}\pm s$）

组别	n	时间	血虚	气虚	肝旺
对照组	40	治疗前	2.14±0.05	2.47±0.53	2.14±0.16
		治疗后	1.42±0.26	1.12±0.48	1.57±0.42
观察组	40	治疗前	2.59±0.47	2.49±0.15	2.16±0.47
		治疗后	0.04±0.14	0.57±0.36	0.59±0.41
t			11.245		
P			<0.05		

表 2：两组患儿治疗期间的总体效果对比 [n(%)]

组别	n	治愈	显效	无效	总有效率
观察组	40	35	5	0	40（100%）
对照组	40	33	3	4	36（90%）
χ^2	-		12.568		
P	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表 3：两组患者治疗期间的满意度对比 [n(%)]

组别	n	满意	一般满意	不满意	总满意率
观察组	40	27	11	2	38（95%）
对照组	40	24	10	6	34（85%）
χ^2	-		12.568		
P	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

（上接第 127 页）

两者联合在慢性肾小球肾炎中的应用价值意义重大。

本研究中，护理后观察组 SDSS、HAMA、HAMD 评分显著低于传统组，表明细节护理联合优质护理可促进患者社会功能与情绪状态的改善。强化情绪疏导与健康教育可纠正患者对疾病的错误认知，并了解负性情绪对疾病恢复的负面作用，以更为积极的心态面对治疗，从而缓解负性情绪，增强社会功能[4]。另外，本研究还显示，观察组护理满意度显著高于传统组，提示该护理可改善患者护理满意度。细节护理联合优质护理可发挥现代护理以人为本、加强人文关怀的理念，将患者需要作为护理开展的依据，促进护理质量与患者体验的改善。

综上，慢性肾小球肾炎中细节护理联合优质护理可改善患者负性情绪，提升社会功能与护理满意度。

[参考文献]

[1] 张玥 . 益肾化湿颗粒联合缬沙坦治疗慢性肾小球肾炎的临床研究 [J]. 世界中医药，2017，12(01):79-81.

[2] 刘宝厚，许筠 . 慢性肾小球肾炎的诊断、辨证分型及疗效评定 (试行方案)[J]. 上海中医药杂志，2006，40(6):8-9.

[3] 章丽娟 . 循证护理干预模式在慢性肾炎护理中的应用效果研究 [J]. 中国妇幼健康研究，2017，28(S4):620-621.

[4] 徐睿，王刚 .2 例抗肾小球基底膜病患者的护理 [J]. 现代临床护理，2017，16(1):26-29.

（上接第 128 页）

满意度。具体执行中，要保持医护工作合理分组，保证医护双方配合默契，减少因为缺乏默契而导致的工作开展阻力。可以依据医护双方意愿做好各自分组，同时护理工作划分需要合理，避免强度过大，同时充分运用信息技术、互联网技术来提升工作开展效率，保证工作有更高效的技术支持与信息支持。

综上所述，神经外科优质护理服务中运用医护一体化可以有效的优化护理质量，减少住院时间，提高患者护理满意度，整体护理效果更为理想。

[参考文献]

[1] 余龙莉 . 医护一体化降低神经外科住院患者肺部感染率 [J]. 养生保健指南，2017，(23):294.

[2] 张玉霞 . 医护一体化模式在神经外科优质护理服务中的应用分析 [J]. 医学美学美容，2018，27(4):75-76.

[3] 陈燕，孔成，羊丽霞等 . 医护一体化责任制照护模式在神经外科的实施效果 [J]. 全科医学临床与教育，2019，17(3):281-282.

[4] 倪丹 . 医护一体化管理在神经外科预防医院感染的应用研究 [J]. 中国当代医药，2017，24(33):126-128.

（上接第 129 页）

该患者在并发呼吸衰竭期间，转监护室对症支持治疗。病情稳定后转病房治疗。

3 小结

颈椎管狭窄症患者行手术治疗，术前完善相关检查，术后密切观察生命体征变化，脊髓神经功能，伤口引流管，功能锻炼的指导，饮食的指导，术后注重有无并发症的发生以及发生并发症后及时处理。

[参考文献]

[1] 周峰，杨惠林，王银林，等 . 颈椎单开门微型钛板固定与缝线悬吊固定治疗颈椎病 [J]. 中国矫科杂志，2011，19(21):1761-1764

[2] Park A ,Heller J .Cervical laminoplasty ：use of a novel titanium plate to maintain canal expansion surgical technique [J].J Spinal Disord Tech ,2004,17(4):265-271.

[3] 李勤，田伟 . 应根据特点选择退行性颈椎管狭窄症的前后路手术方法 [J]. 中华医学杂志，2011，91（31）：2161-2162

[4] 吕碧涛，袁文，陈华江 . 前路手术治疗颈椎管狭窄症的疗效观察 [J]. 中华医学杂志，2012，92(5):296-198

[5] 丁永清 . 颈椎后路单开门椎管扩大成形术围术期护理 [J]. 中国医药指南，2008，6(24)：4041.

[6] 吴春云，张淑红，刘丽芸，等 . 颈椎后路单开门椎管成形术 127 例围手术期的康复护理 [J]. 中国误诊学杂志，2010，10(20)：4917，4994.

[7] 孙正勤，凌艳 . 预防颈椎骨折伴颈髓损伤患者压疮护理方法的改进 [J]. 中华现代护理杂志，2010，16(21)：2500-2503.

www.qikanjiangsu.com 江苏期刊网