



冰敷在颈椎前路术后护理中的应用效果

黎 怡 (梧州市红十字会医院骨科一区 广西梧州 543002)

摘要: **目的** 探讨冰敷在颈椎前路术后护理中的应用效果。**方法** 本文纳入2018年3月-2019年10月我院收治的80例颈椎前路手术患者,采用随机单盲的研究方法平分成观察组和对照组,分别40例,对照组在术后行常规护理,观察组在对照组基础上结合冰敷,比较两组患者术后24h、48h、72h颈部引流量及疼痛评分,观察两组不良反应发生情况。**结果** 观察组患者术后24h、48h、72h颈部引流量和疼痛评分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者术后喉头水肿、吞咽障碍及伤口肿胀等不良反应发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 冰敷在颈椎前路术后护理中的应用效果显著,可减少不良反应,减轻疼痛,值得在临床中推广应用。

关键词: 冰敷; 颈椎前路; 术后护理; 应用效果

中图分类号: R473.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2020)01-017-02

颈椎前路手术是治疗颈椎病常用手段,但术中过度牵拉喉部、气管易引发喉头水肿、吞咽障碍等问题,且术后经常出现植骨块脱落、碎裂等并发症^[1],严重影响手术疗效。因此颈椎前路术后必须采取正确的护理措施,降低并发症发生率,才能提高手术治愈率,防止出现由于术中止血不彻底、结扎线脱落和术后引流不畅而发生的喉头水肿和伤口血肿现象,甚至因气管压迫造成患者窒息,危及生命安全。当前对于上述症状临床多使用药物处理,本文旨在讨论冰敷在颈椎前路术后护理中的应用效果,选取我院80例颈椎前路手术患者,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取2018年1月-2019年10月我院收治的颈椎前路患者80例,其中颈椎间盘突出17例,颈椎骨折脱位53例。所有病例均符合颈椎前路手术实施标准。采用随机单盲的研究方法平分成观察组和对照组,各40例,观察组年龄25-78岁,男23例,女17例,平均年龄(41.65±3.29)岁,对照组年龄26-79岁,男24例,女16例,平均年龄(41.58±3.72)岁。两组资料无明显差异($P>0.05$),可比。

1.2 方法

对照组在术后行常规护理,主要是指导患者正确体位,保持颈椎稳定,做好患者呼吸管理工作。

观察组在对照组基础上结合冰敷,具体内容如下:①患者术后需立即使用围领固定颈部,防止颈部移动,维持中立位,预防过度屈伸;为促进患者呼吸顺畅,应使用砂袋固定颈部两侧,如需翻身或搬动由两名护理人员协同合作,保持颈部、肩部和躯干在同一水平线,指导取侧卧位,并垫高颈部,防止颈部过度屈伸、扭曲。②术后患者送至病房开始伤口持续冰敷,

选定患者伤口敷料上方,然后持续对患者冰敷,选用大小为8cm×10cm的冰袋冰敷,冰袋内为凝胶物质,柔软和伤口辅料贴合紧密,采取持续性颈部冰敷方式,当冰袋温度下降护理人员及时更换,一般为每间隔4h更换一次,持续冰敷时间至术后72小时,或者当冰袋替换不及时,可使用毛巾或者治疗巾包裹冰块进行冰敷,缓解患者术后伤口疼痛及伤口肿胀现象。③冰敷过程中观察患者伤口渗血情况,当伤口渗血较多时,护理人员应当主动查看伤口并询问患者呼吸情况,若有伤口肿胀、张力增大,患者伴有胸闷、舌段及呼吸不畅等情况时,可能发生伤口血肿不良反应,及时上报医师处理,稳定患者各项生命体征。④冰敷减轻对食道和气管的刺激,经常有颈椎前路术后患者出现喉头水肿和吞咽障碍等情况,进食中容易发生误吸,尤其是老年患者需要特别注意,对患者呼吸道冰敷。两组护理72h后观察患者伤口情况。

1.3 观察指标及判定标准

比较两组患者术后24h、48h、72h颈部引流量及疼痛评分,观察两组不良反应发生情况。VAS评分:采用视觉模拟评分法(VAS)评估疼痛程度,总计10分,分数越高,表明疼痛越严重^[2];不良反应包括喉头水肿、吞咽障碍和伤口肿胀等。

1.4 统计学处理

本次研究数据导入统计学软件SPSS17.0处理,标准差($\bar{x} \pm s$)代表计量资料,t检验;%代表计数资料, χ^2 验证, $P<0.05$ 表示具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后颈部引流量、疼痛评分对比

观察组患者术后24h、48h、72h颈部引流量和疼痛评分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。详见表1。

表1: 两组患者术后颈部引流量、疼痛评分对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	颈部引流量(V/ml)			疼痛评分(分)		
		术后24h	术后48h	术后72h	术后24h	术后48h	术后72h
观察组	40	19.71±5.82	22.96±3.49	30.64±5.37	1.28±0.39	1.01±0.08	0.68±0.01
对照组	40	35.16±4.76	39.62±6.28	45.73±7.79	2.32±0.45	1.73±0.21	1.24±0.56
t	/	12.996	14.666	10.087	11.046	20.264	6.324
P	/	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组患者不良反应发生率对比

观察组患者术后喉头水肿、吞咽障碍及伤口肿胀等不良反应发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。详见表2。

3 讨论

冰敷是一种物理疗法,运用比人体温度低的物理因子刺激局部伤口迅速降温,血流凝固可起到止血、止痛和减轻炎性水肿及渗血渗液的作用^[3]。颈椎前路术后患者容易发生喉



表 2: 两组患者不良反应发生率对比 (例, %)

组别	例数	喉头水肿	吞咽障碍	伤口肿胀	不良反应发生率
观察组	40	1 (2.50)	1 (2.50)	1 (2.50)	7.50
对照组	40	5 (12.50)	2 (5.00)	3 (7.50)	25.00
χ^2	/	/	/	/	4.501
P	/	/	/	/	0.034

头水肿和伤口肿胀等不良反应,且多发生在术后 48h 内,特别是术后 24h 内为不良反应发生的高峰期,患者表现为呼吸困难、声音嘶哑等症状,喉头水肿让患者进食困难,存在吞咽障碍。冰敷能够通过降低局部温度让颈部组织散失巨大热量,降低生物体内分子运动速率,组织新陈代谢减慢,能够减轻水肿^[4]。本次研究结果显示,观察组患者术后 24h、48h 和 72h 颈部引流量、疼痛评分均低于对照组,且观察组不良反应发生率低于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$),在常规护理基础上结合冰敷能够使血管收缩,达到止血和减少渗出、伤口出血肿胀的目的。颈椎前路手术操作中对颈部过度牵拉,压迫呼吸道,因此呼吸道损伤,因此冰敷对减轻喉头水肿十分重要。冰敷过程中护理人员对患者进行心理安慰,疏导患者不良情绪,让患者快速度过水肿期^[5],当出现异常反应不要担心和慌张,及时询问患者冰敷感受,防止温度过低冻伤患者。术后患者会感到颈部疼痛明显,而冰敷可以轻微麻痹

患者神经,降低神经末梢的敏感性,且使用冰袋价格低廉,可反复多次使用,因此社会效益高。

综上所述,冰敷在颈椎前路术后护理中的应用效果显著,可减少不良反应,减轻疼痛,值得在临床中推广应用。

参考文献

- [1] 黄亚芬,陶品月.颈椎前路手术呼吸道管理的临床应用进展[J].微创医学,2019(3).
- [2] 赵志芳.颈椎前路术后颈部冰敷护理体会[C]//第二十四届中国中西医结合骨伤科学术年会论文汇编.2017.
- [3] 胡蓉谢蓉.冰敷在颈椎前路术后护理中的应用[J].实用临床医学(江西),2015(16):72.
- [4] 彭桂平,陈莹.颈椎前路钢板内固定术术后的护理体会[J].中外健康文摘,2012,09(25):342-343.
- [5] 王玉琴,范凤杰.改良颈椎前路减压手术前后的护理配合[J].遵义医学院学报(3期):332-332.

(上接第 15 页)

进一步变形,影响其膝关节功能。

临床研究证明,改善膝关节骨关节炎患者的疼痛症状,消除炎症反应,防止关节软骨进行性恶化,是提高患者膝关节功能,防止关节畸形的治疗方向^[2]。美洛昔康胶囊与双醋瑞因胶囊联用,都具有缓解炎症反应,促进软骨再生以及止痛的效果。但是其起效慢,对于病情严重的患者效果不佳,且复发率比较高。

采用关节镜手术进行治疗,对患者机体伤害小,却可以对关节软骨病变部位进行清除,将关节游离体以及病变滑膜组织和导致关节受限的韧带组织进行清除。手术效果直接有效^[3]。可显著改善患者膝关节疼痛等症状,改善患者膝关节功能。

本研究结果显示治疗效果比较,观察组治疗有效 48 例,占比 96.67%,对比组治疗有效 33 例,占比 83.33%,组间对

比,观察组治疗有效率更高 ($P<0.05$)。Lysholm 评分对比,治疗后,观察组 Lysholm 评分高于对比组 ($P<0.05$)。随访半年后,观察组有 1 例复发,复发率为 3.57%,对比组有 4 例复发,复发率为 16.67%,组间对比,观察组更低 ($\chi^2=4.904$, $P=0.027$)。这表明,关节镜手术治疗效果比保守治疗好,且患者膝关节功能得到了明显的改善,临床复发率极低。

参考文献

- [1] 王学超,修玉才,张铮,等.关节镜下微创有限清理治疗膝关节骨性关节炎的临床疗效观察[J].河北医学,2017,23(4):670-672.
- [2] 黄媛霞,陶金刚,徐海斌,等.关节镜下手术治疗儿童膝关节疾病的疗效[J].中华实用儿科临床杂志,2017,32(9):696-698.
- [3] 李琦.关节镜清理结合腓骨近端截骨术治疗膝内翻骨关节炎的疗效分析[J].基层医学论坛,2017,3(10):1178-1179.

(上接第 16 页)

V1 ~ 3T 波倒置 (28.00%)、SIQ III T III (20.00%)、电轴右偏 (14.67%)、右束支阻滞 (13.33%)、V1 ~ 6T 波倒置 (12.00%)、avR (10.66%) 和肺性 P 波 (8%)。由于急性肺栓塞是肺血管堵塞而导致,患者的右心室的压力较大,容易出现肺动脉高压,从而导致血氧水平下降以及右室扩张,增加了右心的负荷,加快了患者的心率。另外,通过 T 波倒置的情况来判断患者肺栓塞的严重程度,如果 T 波倒置左移程度越大则表示患者肺栓塞情况越严重。

综上所述,早期心电图在对急性肺栓塞患者进行诊断时发挥着重要的作用,在诊断的过程中,医师不仅要对患者的疾病特异性进行诊断,还要结合患者的病史和临床特征,降低误诊的几率。在诊断急性肺栓塞的过程中,心电图起到了

重要的提示作用和参考价值,能够有效的改善患者的预后效果,提高患者的生存质量,具有较高的临床应用价值。

参考文献

- [1] 刘文忠,任春艳,张海文,等.Wells 评分结合心电图对急性肺栓塞的早期诊断和临床应用价值[J].中国现代医生,2017,55(29):9-11.
- [2] 韩鹏达,高丁.心电图在院前急救中对急性肺栓塞诊断评估的探讨[J].中国临床医生杂志,2017,45(04):50-52.
- [3] 张庆磊.急性肺栓塞患者早期心电图及诊断价值分析[J].影像研究与医学应用,2018,2(13):142-143.
- [4] 王吉丽.急性肺栓塞患者早期的心电图特征和临床价值[J].中西医结合心血管病电子杂志,2016,4(19):76-77.