

颈椎前路手术患者围手术期的护理体会

曾 玲,张 寿,陈晓虹,夏杰琼

(中南大学湘雅医学院附属海口市人民医院骨科中心,海南 海口 570208)

【摘要】 目的 总结颈椎前路围手术期的护理经验,提高护理人员的护理水平。方法 对25例颈椎病患者进行术前心理护理、体位训练及常规准备等;术后给予病情观察、呼吸道护理、预防并发症及康复训练指导。**结果** 25例患者均顺利通过围手术期,患者颈部及四肢功能显著改善,提高了生活质量。**结论** 做好颈椎前路围手术期的整体护理,能有效减少并发症,促进患者早日康复,是手术成功及提高患者的生活质量的关键。

【关键词】 颈椎前路手术;围手术期;护理

【中图分类号】 R473.6 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1003-6350(2013)06-0929-02

颈椎病是因颈椎间盘退行性变引起颈椎管或椎间孔变形、狭窄,刺激压迫颈部脊髓、神经根,继发性椎间关节退行性变所致脊髓、神经、血管损害的相应症状和体征^[1]。颈椎病是一种常见病和多发病,其患病率为3.8%~17.6%,男性多于女性。随着电脑的普及使用及现代工作方式的改变,颈椎病的患病率不断上升,且发病年龄有年轻化的趋势^[2]。颈椎前路手术广泛应用于颈椎病的治疗,并取得了良好疗效。我们对2008年3月至2010年12月在本科应用颈椎前路手术治疗颈椎病的25例患者进行了围手术期护理,效果满意。

1 临床资料

本组25例,男17例、女8例,年龄35~69岁,平均(52±2.36)岁,病程5个月~8年,平均(3.5±1.59)年。按临床表现分型:混和型10例,单纯脊髓型5例,单纯神经根型10例。均在全麻下行颈椎前路切开减压、植骨融合、钛板内固定术,术后切口均一期愈合。

2 护 理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 通过与患者的沟通和观察,了解患者对手术的期望、忧虑和心理防御特点。向患者提供有关的信息以矫正患者不正确的认识,解除其不必要的焦虑和恐惧。手术前向患者介绍手术的目的和手术后能够改善的症状,介绍手术的一般过程、手术时间及手术的安全性。利用以往成功的病例进行示范说明,让患者之间进行沟通,使患者情绪稳定,消除对手术的紧张、恐惧、焦虑等不良心理情绪,积极配合治疗。

2.1.2 术前体位训练 为了适应颈椎手术的入路需要,减少术后的不良反应,患者术前应进行体位

训练及气管食管牵拉训练。颈椎前路手术应练习平卧,颈后伸。本组均采用右侧切口,以2~4指在皮外插入右侧的内脏鞘(包在甲状腺、气管、食管外面)与血管、神经鞘间隙外,持续向左侧牵拉过中线,患者感到轻度憋气为好^[3],一般术前3~5 d开始训练,2~3次/d,牵拉时间每次坚持5~10 min。帮助患者挑选颈围并指导正确佩戴,颈围的松紧度以能够完全限制头部活动而又不影响呼吸为宜。

2.1.3 术前准备 术前常规完善各项检查。加强营养,给予高热量、高蛋白、富含维生素、易消化食物,对胃纳差者给予静脉补充营养,及时纠正水电解质、酸碱平衡紊乱,以改善营养状况,提高机体抵抗力。要求吸烟者术前两周禁烟,指导患者做深呼吸及扩胸运动,有效咳嗽以增加肺通气量,利于痰液排出。术前一天备皮,术前12 h禁食,4 h禁饮,术日晚清洁灌肠,术晨留置尿管,术中应用抗生素。尽量保证患者手术前晚良好的睡眠,如睡眠欠佳可按医嘱给予镇静催眠药,以增强手术的耐受力。

2.2 术后护理

2.2.1 体位护理 患者术后返回病房,病房护士和手术医生协助托起患者的颈部、躯干、下肢,使患者的身体呈直线水平,平卧病床上,颈下、头部、双肩各垫一薄枕,使颈部微后伸,头颈部两侧各置一沙袋固定,髂骨取骨处用沙袋压迫24 h。为患者翻身时采用轴线翻身法,要保持脊柱为一直线,嘱患者不可强行自主翻身,避免颈部不正当用力或扭曲,预防植骨块脱出,咳嗽或打喷嚏时最好用手轻按颈前部。

2.2.2 严密观察病情变化 术后将患者安置在抢救室,给予心电监护,严密监测体温、脉搏、呼吸、血压、血氧饱和度、尿量的变化,每15~30 min 1次,平稳

后 1 次/h;持续给予氧气吸入,2~6 L/min,维持血氧饱和度在 95%以上;如血压低于 90/60 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)或心率持续在 110 次/min 以上。且伤口引流量较多时,应考虑输血量不够或血容量不足,根据血液常规化验参数,及时输液、输血。由于颈深部血肿多发生在术后 12 h 内,故术后要密切观察患者的呼吸情况,注意呼吸的频率和深浅度的改变;保持引流管通畅,观察切口局部的情况,及时发现有无伤口渗出及颈部肿胀;床边备气管切开包及吸痰用物,一旦出现呼吸困难,立即实施抢救。观察尿量的变化,以便及时发现有无酸碱失衡或失血性休克的发生。术后 2~3 d 内体温在 37℃~38℃,为手术的吸收热,若体温超过 38.5℃,且持续不退时,应警惕肺部感染、伤口感染、泌尿系统感染,及时进行血液化验或培养、胸部 X 线检查、伤口分泌物培养、尿液检查等。待患者全麻完全清醒后,观察四肢感觉运动情况,并与术前检查结果相比较,听取患者主诉,检查四肢肌力及关节活动度,各种生理反射及皮肤感觉变化^[4]。如有异常,及时报告医生进行处理。

2.2.3 呼吸道护理 由于术中牵拉气管或气管插管,术后患者痰液较多,应予以雾化吸入,2~4 次/d,每次 20 min。可选用氨溴索、异丙托溴铵等药物,以促进痰液稀释,易于咳出。鼓励患者多饮水,做有效的咳嗽和深呼吸,为患者拍背,咳痰无力时给予吸痰,可根据医嘱用震动排痰机进行床边震动排痰。

2.2.4 手术切口及尿管的护理 保持切口敷料清洁干燥及负压引流通畅,并观察引流液颜色、性质、量,如引流液为血清样,颜色浅淡或无色且量多,提示可能有脑脊液漏。一般采取俯卧位或头低脚高位,尽早拔除引流管以闭合伤口。遵医嘱合理使用抗生素,预防感染及头痛^[5]。翻身时保护好引流管,以防止引流管脱出或引流液倒流。切口换药时严格无菌操作,保持床铺清洁干燥。留置尿管期间应保持会阴部清洁,每日以稀释碘伏溶液消毒尿道口两次,鼓励患者多饮水。术后次日,即可夹闭尿管,定时开放,训练膀胱充盈功能和自主收缩功能,尽早拔除尿管。

2.2.5 饮食护理 术后患者出现咽部疼痛、吞咽困难,多由于术中牵拉气管、咽部引起,一般术后 3~5 d 可缓解。故手术 6 h 清醒后可酌情进冷流食,减

轻咽部水肿。术后 1~2 d 给予半流质食物,术后一周给予普通饮食,应以高热量、高维生素、高蛋白、易消化食物为主,避免进食粗糙、干燥食物。指导家属喂食时速度不宜过快,防止误吸。

2.2.6 术后康复指导 (1)患者全麻清醒后,可嘱其进行功能锻炼。功能锻炼包括双上肢和双下肢肌肉的等长收缩和等张收缩。功能锻炼即可能观察术后患者神经恢复情况,又能够减少术后下肢深静脉血栓形成的机会,同时为患者下床做准备;(2)为了尽早使患者起床,减少各种因卧床造成的并发症,适应坐、站的体位变换,防止突然坐起产生直立性低血压或因颈部位置改变造成的反射性脑缺血。根据患者术后的具体情况,术后第 3 天可将床头摇高 15°,每日逐渐增加至 60°;(3)术后第 7 天患者下床行走时要佩戴颈围,一定要有人保护,并观察患者是否出现头晕、面色苍白等直立性低血压的表现。指导患者少走、慢走、逐步适应。

2.2.7 出院指导 (1)出院后佩戴颈围 2~3 个月,解除颈围后练习颈部多方向活动,加大头、颈的活动范围,增强颈部肌力,避免长时间保持同一个姿势或猛力转头,注意颈部保暖,睡时调整枕头高度,避免颈部过伸或过屈;(2)避免提重物,防止跌伤;(3)继续肢体的功能锻炼,定期门诊复查。

3 小结

通过对本组患者的护理,笔者认为术前全面认真评估患者,进行积极有效的心理护理,术后严密观察病情和正确娴熟的颈椎术后专科护理,早期进行康复指导,可缩短患者卧床时间,从而减少各种并发症的发生,促进患者早日康复,提高的生活质量。

参考文献

- [1] 于红霞. 颈椎前路手术围手术期护理 125 例[J]. 现代护理, 2007, 4(5): 82.
- [2] 励建安. 康复医学[M]. 北京: 科学出版社, 2008: 220..
- [3] 焦淑芹. 颈椎手术围术期护理[J]. 中华临床与卫生, 2003, 4(2): 20-21.
- [4] 李月梅. 颈椎病围术期的护理[J]. 中外健康文摘, 2009, 6(31): 185-186.
- [5] 郭英萍. 颈椎病患者围术期的护理策略[J]. 中国中医药资讯, 2010,2(7): 47-48.

(收稿日期:2012-10-05)