

好^[2],有利于患者呼吸及麻醉管理,患者术中舒适度增加,更主动配合手术。但体位改变后身体的负重点和支点均发生变化,软组织承受能力和拉力的部位、强度亦随之改变,因此可导致神经、血管、韧带和肌肉等软组织损伤^[3],在摆放 90°侧卧位时,应按照 90°侧卧位的标准和要求摆放,注意对受压部位软组织和神经的保护。术中患侧下肢在上,不能用约束带固定,因术中需要患者抬动肢体来反映疼痛缓解情况,但健侧下肢需固定,防止坠床。

3.2 组合式铺巾,严格感染控制 术中用 C 型臂在无菌区域定位透视,可能对无菌区域造成污染,采用组合式铺巾法铺无菌手术巾和无菌贴膜,保证无菌区域不被污染,同时有利于 C 型臂机在正位透视和侧位透视中转换。

3.3 持续吸引法 为维持持续正压冲洗,在距离手术切口垂直高度 100 cm 处悬挂静脉营养输液袋,用去掉头皮针的输液器一端连接静脉营养输液袋,另一端接到工作通道,在切口边缘粘贴袋式手术贴膜,患者通过调整输液开关来完成持续吸引(见图 2),保证了手术视野清晰,同时避免大量冲洗水外流污染切口及地面。

3.4 患者全程心理护理 术前访视患者,了解患者需求及心理状态,向患者介绍此项手术为本院开展的新技术,介绍侧卧位经皮椎间孔镜手术配合相关知识。本组患者均采用局麻联

合静脉麻醉,术中患者处于清醒状态,随时保持与患者对话交流掌握疼痛缓解情况尤为重要,取得最佳配合。

3.5 精细器械管理 术后送消毒供应中心专人清洗、擦干、上油、打包、灭菌,同时每件器械配有图片和名称,方便各个环节核对;椎间盘镜是精细器械,能高压均采用高压灭菌,不耐高压的,采用低温等离子灭菌;手术室和消毒供应中心均设专人管理精密贵重器械,减少损坏和遗失。

参考文献

[1] Tsou PM, Alan YC, Yeung AT. Posterolateral transforaminal Selective endoscopic discectomy and thermal annuloplasty for chronic lumbar discogenic pain; a minimal access visualized intradiscal surgical procedure[J]. Spine J, 2004, 4(5):564-573.

[2] 廖绿梅,黎小兵. 俯卧位与侧卧位对后路腰椎间盘摘除术的影响[J]. 河北医学, 2007, 13(6):670-672.

[3] 胡静,田耕,董瑞贞. 手术侧卧位适宜度的研究[J]. 中华护理杂志, 2000, 35(7):413-414.

(收稿日期:2010-09-09)

36 例颈椎病前路手术患者围手术期的护理

丁永清,张旭(重庆市中山医院 400013)

【摘要】目的 探讨颈椎病前路手术患者的护理方法。**方法** 对 36 例颈椎病前路手术患者术前进行全面评估,有针对性地进行健康教育、心理护理、各项常规训练和适应性训练;手术后加强并发症的观察和护理,做好功能锻炼和出院的康复指导等护理。**结果** 该组病例均痊愈出院,无护理并发症的发生。**结论** 重视颈椎病手术患者的围手术期护理,在颈椎病的恢复和功能重建中至关重要,可有效地促进患者康复。

【关键词】 颈椎病; 手术; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.04.067 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)04-0491-02

颈椎病是由于颈椎间盘退行性改变及其继发性病理改变累及其周围组织结构,出现相应的临床表现,是中老年人多发和常见疾病。症状严重或保守治疗无效者最终要选择手术治疗。作者对 2007 年 4 月至 2009 年 12 月 36 例经前路手术治疗脊髓型颈椎病和神经根型颈椎病患者进行了围手术期护理,取得了较为满意的临床效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 36 例,男 25 例,女 11 例,年龄 43~72 岁。病程 2~5 年。脊髓型颈椎病 28 例,神经根型颈椎病 8 例,所有病例根据临床症状、体征、CT、MRI 确诊。术后 2~3 d 戴颈托下床活动,平均住院 7~9 d。

1.2 手术方法 患者采用全麻,选择颈前横切口,术中 C 臂 X 线机透视定位。根据患者病变节段数目,决定单节段或多节段切除椎间盘或椎体次全切除术。若患者后纵韧带骨化,根据病变范围切除。植入自体髂骨或植入有自体骨块的钛笼,选择合适长度的钛板对其行内固定。

1.3 护理

1.3.1 术前护理

1.3.1.1 评估患者的全身情况 全面收集病史,系统的体格及实验室检查,根据结果综合分析,对患者的全身情况进行全面评估,评估患者对手术的耐受能力^[1];术前评估四肢肌力、肌张

力、各种反射、感觉异常平面、括约肌功能及其他症状,以备术后提供对比^[2];制订周密的护理计划,有的放矢地做好术前准备,从而保证手术的安全进行。

1.3.1.2 心理护理 脊髓型颈椎病患者均有不同程度脊髓功能损害表现,长期的疼痛刺激,影响了生活质量,加上手术部位的特殊性,患者对手术缺乏正确认识,担心出现不良后果,甚至出现瘫痪,同时环境的改变和患者角色的转变,社会支持系统的影响,容易使患者产生紧张、恐惧、焦虑心理。本组患者入院后均有不同程度的焦虑和恐惧心理,经有针对性地进行心理护理,做好系统的护理宣教,为其提供心理支持,增强信心,使患者有充分的心理准备;同时取得家属的配合,保持了患者情绪稳定,患者能以最佳状态接受手术治疗。

1.3.1.3 体位训练 术前进行体位练习可以帮助患者提高耐受能力。练习方法为:患者仰卧位,两肩垫枕,使颈部处于略后伸位,开始每次 20~30 min,每天 2~3 次,以后逐渐增加至每次 1~2 h。同时训练患者侧卧位起床。

1.3.1.4 气管推移训练 为了适应、减轻术中咽喉、气管所造成的刺激、损伤,前路手术患者需行气管推移训练。本组病例均术前 3 d 开始行气管推移训练。训练方法:训练者坐在患者身边,用 2~4 指或拇指指腹顺气管侧旁将气管持续从术侧推向对侧,一般每天 2~3 次,每次 30 min 至 1 h,训练到符合

手术要求为止,即气管被推移过中线持续 1 h 以上,患者无明显不适感,血压、心率等生命体征无显著性变化^[3]。

1.3.1.5 呼吸功能训练 术前 3~5 d 指导患者练习深呼吸、做扩胸运动、吹气球,每天反复多次练习,以增加呼吸肌力量,增大肺活量。教会患者有效咳嗽排痰的方法。

1.3.1.6 颈托佩戴方法训练 术前讲解使用颈托的目的,演示正确佩戴方法:佩戴时患者先取侧卧位,操作者用双手牵拉头部,将颈托后半部置于颈后,再取平卧位,将颈托前半部置于颈部,使颈托前后边缘重叠,固定颈托。取下时患者先取平卧位,按与佩戴程序相反的顺序取下。

1.3.1.7 术前常规准备 术前 3 d 训练床上大小便,讲解床上肢体功能锻炼的目的,教会床上肢体功能锻炼的方法。术前 1 d 做好皮肤准备和药物过敏试验,讲解术前禁食、禁饮的目的和时间,以及术前、术后配合知识。

1.3.2 术后护理

1.3.2.1 术后一般护理 术毕佩戴颈托,正确搬运患者;术后取平卧颈部中立位,保持颈部制动,颈部稍前屈,两侧颈肩部置沙袋以固定,防止颈部扭转、过伸、过屈。术后 24 h 严密监测生命体征的变化,每 15 min 至 1 h 监测血压、脉搏、呼吸一次,发现异常立即报告医生。术后饮食:前 3 d 进食较冷的水、流食、半流质食物,以防伤口出血,逐渐过渡到易消化、含丰富维生素的高蛋白、高热量普食。

1.3.2.2 伤口及引流管的护理 颈椎前路手术常因骨面渗血或术中止血不完善而引起伤口出血。当出血量大、引流不畅时,可压迫气管,导致呼吸困难甚至危及生命。因此术后应注意观察伤口有无渗血或肿胀。若发现患者颈部明显肿胀,并出现呼吸困难、烦躁、发绀等症状时,应报告医生并协助敞开伤口,剪开缝线,清除血肿。若血肿清除后呼吸仍未改善,应协助医生施行气管切开术。

1.3.2.3 脊髓神经功能恢复的观察 观察患者四肢及躯体感觉、活动情况,并与术前比较,不仅有助于判断手术疗效及术后恢复情况,也可以判断有无继发性脊髓损伤。本组患者 31 例术后神经压迫症状明显缓解,5 例出现症状加重,经静脉滴注脱水剂 2~3 d 后症状缓解。

1.3.2.4 术后并发症的观察和处理 (1)窒息:窒息是颈前路手术最危急的并发症,多发生于术后 1~3 d 内,一旦患者出现呼吸费力,张口状急迫呼吸、应答迟缓、口唇发绀等症状,应立即通知医生,作好气管切开准备。故颈椎手术患者床旁应常备氧气、气管切开包和吸引器。术后 1~3 d 常规行雾化吸入,减轻呼吸道黏膜水肿,稀释痰液,有利于排痰。本组病例有 2 例出现痰液不易咳出,经雾化吸入、吸痰等处理,症状很快缓解,无窒息发生。(2)颈部疼痛:手术创伤引起伤口疼痛,术后常规应用止痛药缓解疼痛。如手术后颈部疼痛增加,应警惕植骨块移位或脱落,应立即报告医生。(3)伤口感染:颈部手术创伤大,机体抵抗力降低,或患者合并机体其他疾病,部分患者可能会出现伤口感染。护理人员应每日测量体温 4~6 次,观察伤口有无红肿、疼痛、渗液和渗液的气味。如出现体温升高,伤口红肿渗液,应考虑为伤口感染,应增加换药次数,严格无菌操作,选用敏感抗生素。(4)压疮:手术后需卧床 2~3 d,患者因伤口疼痛和担心置入骨块移位惧怕翻身,易并发压疮。护理人员讲解翻身的目的和方法,以取得患者的配合;翻身时动作要协调,保持头、颈、胸一直线,切勿扭转。平卧时,指导除颈部以外的身体其他部位的活动,减少皮肤持续受压。

1.3.2.5 康复训练 术后早期进行主动或被动活动肢体各关节,保持关节功能位。1~2 d 拔出引流管后将床头抬高 15~30°,帮助患者戴好颈托,扶患者坐起,继而站立床边,然后沿床边行走。早期活动一定要有护理人员在旁指导,防止患者跌倒。早期进行拇指对指、握拳、手指屈伸训练增强手的灵活性;双上肢进行肘关节和腕关节的主动被动运动;双下肢进行踝关节和膝关节的屈伸运动、直腿抬高运动训练^[5-6]。指导患者进行耸肩、放松运动。值得注意的是,术后功能锻炼应由轻到重、由易到难、由被动到主动,训练强度以患者能接受为宜,不能急于求成,应根据患者的年龄、体质、耐受程度制订合适的锻炼计划,循序渐进,持之以恒。

1.3.2.6 出院指导 术后佩戴颈托 8~10 周,进行功能锻炼时颈部不要过度屈伸和旋转活动;继续加强上肢和手功能锻炼,进一步进行较精确的活动训练,如写字、做针线活、织毛衣等,在日常生活和工作中保持正确的姿势,睡眠时枕头高低适宜;半年内不提重物,禁止剧烈活动或从事重体力劳动;术后 3 个月注意乘车安全,防止紧急刹车引起颈椎骤然过屈过伸;术后 3 个月、6 个月、1 年门诊复查,以后根据病情门诊随访。

2 结 果

本组 36 例患者均治愈出院,住院期间无护理并发症发生。术后随访 11~21 个月,脊髓压迫症状均得到缓解,肌力恢复良好,JOA 评分由术前的 8~12 分上升至 15~17 分;Odom 评级 28 例为极好,8 例为良好。术后 5 个月患者最终随访融合率为 93.25%。

3 讨 论

颈椎病患者病程长、症状重,严重影响生活质量,患者对手术寄予较高的希望。围手术期护理对手术患者的康复十分重要。术前针对每位患者的心理状态评估情况进行有效的心理沟通,使患者树立起战胜疾病的信心,积极与医务人员合作,以最佳的心理状态接受手术,并以积极的心态进行术后的功能锻炼;术后重点加强呼吸道护理和伤口情况观察,有效地预防并发症、加快病情的恢复,提高患者恢复正常生活能力^[4]。作者认为,围手术期护理,尤其是加强术前心理护理和术后呼吸道护理,对于提高颈椎手术治疗效果及有效预防严重并发症具有重要作用。这也是本组病例无并发症发生、均恢复良好痊愈出院的原因之一。

参考文献

- [1] 张冰,张博.腰椎间盘突出症围手术期护理进展[J].解放军护理杂志,2006,22(2):60-61.
- [2] 陈佩珊,李超群.颈椎病前路手术的护理[J].广东医学,2002,23(10):10-11.
- [3] 韦小花.颈椎前路手术前气管推移训练的护理配合[J].护理与康复,2006,5(4):277-278.
- [4] 苏为平,温世锋,刘洁珍.脊髓型颈椎病前路一期手术的围手术期护理[J].国际护理学杂志,2006,25(10):811-812.
- [5] 孙悦华.颈椎病前路手术早期并发症的观察和护理研究进展[J].中华现代护理杂志,2010,16(5):619-620.
- [6] 史新春,马蕊,王淑勉.颈椎病前路手术患者围手术期护理[J].新疆医学,2010,29(4):101-102.