

舒适护理使基础护理与护理研究更注重患者的舒适感受和满意度^[6]。本文将舒适护理运用于经脐单孔腹腔镜胆囊切除术的手术室护理工作中,通过良好的沟通技巧,娴熟的操作技术,给患者提供优质的温馨服务,从生理、心理等方面为患者着想,充分满足患者的身心需求,使手术患者感到了人文关怀,在手术过程中充满信心,获得满足感和安全感,为顺利进行手术创造了良好的条件。

参考文献

[1] 洪淋. 舒适护理运用于手术室护理的探讨[J]. 中华护理杂志, 2002, 37(8): 583-584.
[2] 萧丰富. 萧氏舒适护理模式[M]. 6 版. 台北: 华杏出版股

份公司, 1998: 7.

[3] 法天鐸. 舒适护理临床实践现状及展望[J]. 天津护理, 2008, 16(5): 303.
[4] 张忠涛. 经脐单孔腹腔镜胆囊切除术[J]. 腹腔镜外科杂志, 2009, 14(1): 10-11.
[5] 张忠涛. 经自然孔道内镜外科技术发展现状与展望[J]. 中国实用外科杂志, 2009, 29(1): 35-37.
[6] 谢玉兰. 舒适护理在化疗病房的实施体会[J]. 中国全科医学, 2005, 8(20): 1721.

(收稿日期: 2010-12-29)

颈椎病前路手术围手术期的护理干预

邹莉丹¹, 唐永利^{2△} (1. 重庆市垫江县人民医院骨科 408300; 2. 重庆医科大学附属第一医院骨科 400016)

【摘要】 目的 探讨颈椎前路手术围手术期的护理对策和护理模式, 提供患者满意的服务。**方法** 对 42 例颈椎病前路手术患者实施术前、术后责任制整体护理, 如心理干预、呼吸道管理、伤口及引流管护理、健康教育、康复训练等。**结果** 本组无一例护理并发症发生, 均顺利康复出院。**结论** 对患者实施系统化整体的术前及术后护理是有效预防护理并发症的重要手段, 是患者围手术期手术成功的重要保证。

【关键词】 颈椎病; 围手术期; 护理干预

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2011. 12. 062 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)12-1520-03

颈椎病是指因颈椎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、交感神经造成其结构或功能性损害所引起的临床表现, 是中老年人常见的一种疾病。根据受压组织不同分为神经根型、脊髓型、交感神经型、椎动脉型及混合型颈椎病^[1]。颈椎间盘摘除或椎体次全切除合并椎间盘摘除及植骨内固定术是目前治疗颈椎病可靠而有效的方之一, 本科 2005 年 1 月至 2010 年 12 月施行该项手术治疗该类疾病 42 例, 均取得良好效果, 现将护理体会总结如下。

1 临床资料

本组 42 例中, 男 29 例, 女 13 例, 年龄 37~68 岁, 平均年龄 52 岁; 神经根型 16 例, 脊髓型 11 例, 交感神经型 5 例, 椎动脉型 10 例, 42 例均取自身髂骨植入融合。术后无 1 例发生手术并发症和护理并发症。

2 护理要点

2.1 术前护理

2.1.1 责任组长、责任护士与主管医师组成医疗护理团队 共同查房患者, 了解相关基本资料、病情, 确定诊断、手术方案、治疗计划、护理计划。医护达成共识, 增加患者的信任度和满意度。

2.1.2 心理干预 颈椎前路手术因手术部位的特殊, 患者害怕手术会影响说话、进食, 又因颈椎手术复杂、难度大、风险高, 患者往往有较重的心理负担, 担心有生命危险、术后效果不满意及疼痛等, 容易产生恐惧、焦虑、悲观等应激心理反应, 故要针对患者出现不同的心理反应进行个性化的护理如下: (1) 实施人文护理, 与患者进行个性化的交流与沟通, 建立良好的护患关系, 取得患者的信任。选择合适的时机介绍手术的目的、方法、手术的成熟性、安全性及手术的成功病例, 消除患者的紧张心理, 增强战胜疾病的信心。(2) 请类似疾病治愈的患者现

身说法, 介绍手术期间无痛, 术后疼痛持续时间及止痛方法, 从而解除患者的顾虑, 增强患者自信心和安全感, 保持良好的精神状态, 积极配合治疗, 以保证手术顺利实施。(3) 说明情绪与疾病关系, 良好的心理状态会促进机体康复, 否则相反。并配合中医情志疗法, 根据中医“思胜恐”的理论, 以情胜情, 使患者始终保持愉快稳定的情绪勇敢接受手术治疗^[2]。

2.1.3 气管食管推移训练 颈椎前路术中要求患者仰卧, 颈部处于略过伸位, 同时为了暴露椎体, 需较长时间将气管拉向切口对侧, 术后 3 d 又要求患者去枕平卧。因此, 为适应术中及术后的变化, 一般要求患者术前 3~5 d 常规进行气管推移训练, 体胖颈短者应适当延长时间, 这种推移训练可提高患者在术中牵拉的耐受性, 为手术提供良好的视野^[3]。训练方法: 用右手拇指和左手的食指、中指及环指将气管自右向左推或拉(因该手术切口一般均采用颈前右侧入路), 使气管、食管超过正中线, 牵拉的时间 5~10 分/次, 逐渐增加至 30~40 分/次, 3~4 次/天, 若患者发生呛咳应立即停止操作。

2.1.4 呼吸道准备 颈椎前路手术易刺激和损伤咽喉部黏膜至水肿和炎症的出现, 因此, 术前、术中和术后保持呼吸道通畅是确保手术成功的关键。

2.1.4.1 早期治疗 呼吸道急、慢性炎症^[4], 控制咳嗽、咳痰症状。

2.1.4.2 吸烟者戒烟 因吸烟易刺激呼吸道分泌痰液, 痰量增加, 排痰困难容易导致术中及术后窒息的危险性。

2.1.4.3 教会患者在特殊体位下(去枕平卧、颈部沙袋制动)进行呼吸功能训练: (1) 深呼吸练习: 吸气时双肩放松, 气体由鼻吸入, 然后屏住 2 s 左右, 呼气时用口慢慢呼出; (2) 有效咳嗽、咳痰练习: 先深吸气, 在呼气末 2/3 连续小声咳嗽, 然后用尽力将痰液自深部咳出。(3) 吹气球练习: 鼓励患者一次性将气

△ 通讯作者, 电话: 13500376673。

球吹得尽可能大,放松 5~10 s,然后重复以上动作,每次 10~15 min,每天 3 次。

2.1.4.4 指导患者每日多饮水(2 000~3 000 mL 左右),湿润咽喉部。必要时遵医嘱用庆大霉素联合糜蛋白酶、地塞米松进行雾化吸入,以湿化气道,消炎、消肿、稀释痰液,增加呼吸道舒适度^[5]。

2.1.4.5 注意保暖,预防感冒。如有炎症、痰多则及时遵医嘱用药。

2.1.5 卧位进食训练^[6],由于患者术后 24 h 需要绝对卧床,颈部完全制动,若术前不进行卧位进食训练,术后不但会使进食量受影响,而且会增加发生窒息的危险。应向患者强调术前卧位进食训练的意义,流质食物借助吸管进食,半流质、普食需喂食,嘱咐患者进食速度宜慢而均匀,以免引起呛咳,并教会家属掌握正确的喂食方法,必要时由责任护士亲自完成。

2.2 术后护理

2.2.1 密切观察呼吸情况,保持呼吸道通畅。颈椎前路手术造成术后呼吸困难的原因有:(1)术中牵拉气管、食管引起咽部水肿;(2)颈部术区血肿压迫气管;(3)咽痛、颈部制动影响呼吸道分泌物排出;(4)手术刺激脊髓可使脊髓水肿或脊神经根水肿,造成呼吸肌麻痹,引起中枢性呼吸困难。

2.2.1.1 术后要严密观察患者呼吸频率、节律及面色、口唇、指(趾)甲等变化,必要时及时清理呼吸道分泌物。

2.2.1.2 术后 24 h 内保持病房内空气新鲜,谢绝探视,尽量减少人员流动。术前病房紫外线消毒,术后开窗通风 2 次/天^[7]。

2.2.1.3 术后持续低流量吸氧 2~3 L/min,保持血氧饱和度为 95%,呼吸平稳 24 h 后停止。

2.2.1.4 术后早期常规给予雾化吸入,每天 2 次,以减轻手术过程中对咽喉、气管等部位的牵拉刺激而造成的喉头水肿^[8]。

2.2.1.5 若发现患者出现乏力、嗜睡、恶心等症状时,要警惕睡眠呼吸暂停综合征的发生,即在睡眠时出现呼吸暂停或低通气现象,一般在术后 1~2 d 内发生,尤其在 24 h 内。发现异常及时报告医生,床边常规备气管切开包、负压吸引器、开口器和拉舌器等抢救设备以便急需时使用。

2.2.2 伤口引流管的护理

2.2.2.1 保持伤口敷料干燥,进食时勿污染敷料,必要时及时更换。

2.2.2.2 伤口常规放置引流管接负压引流袋,引流袋放置高度低于手术切口约 20 cm,注意保持引流管通畅及有效负压,防止引流管扭曲、松动、受压、漏气和脱出,每周更换引流袋 2 次^[9],并严格无菌操作,防止逆行感染。

2.2.2.3 密切观察引流液的量、颜色和性质并及时记录,若 24 h 引流量大于 500 mL 颜色呈淡红色血性液或清亮液体时,提示有脑脊液漏的可能,应立即报告医生,改负压为常压引流,采取去枕平卧位与侧卧位交替进行,并抬高床头 30 度,观察有无颅内压降低症状及时对症处理。

2.2.2.4 术后 48~72 h 引流液小于 50 mL,协助医生拔除引流管,缝合引流伤口。

2.2.3 防止颈深部血肿 颈深部血肿是颈椎前路手术常见并发症,其多见于手术后当日,尤以 12 h 内多见,应特别注意并及时准确记录。其原因有结扎血管的线头脱落、骨质创面难以止血、手术伤及血管丰富的颈长肌等。因此,术后 24 h 内伤口可予以沙袋压迫。正常情况下,术后 24 h 内伤口引流量应少于 100 mL,若 24 h 引流量大于 200 mL,色鲜红,切口敷料渗

血多,周围局部隆起,颈部增粗,创口周围皮肤张力增高、发音改变,且患者自觉呼吸费力,提示有活动性出血,应立即通知医生处理。紧急情况下协助医生在床边立即拆除缝合线、清除血块和排除积血,并积极配合抢救。

2.2.4 防止植骨块脱落 多发生在术后 5~7 d 内。颈椎活动时,在椎体与植骨块之间产生界面间的剪切力使植骨块移动、脱出,导致手术失败。如植骨块压迫食管或气管可引起吞咽困难或呼吸困难,需要手术取出;如滑脱的植骨块压迫脊髓可引起瘫痪,高位者可致死亡。因此术后体位护理关键在于防止颈椎过度屈伸、禁止旋转,平卧位时保持颈中立位至过伸位 10°左右,头颈部两侧置沙袋。翻身时保持头、颈、肩、躯干成一条直线,侧卧时身体与床成 45°,以维持颈部的相对稳定性,并在肩、背、臀、双下肢垫枕,使患者舒适。

2.2.5 饮食护理 术后禁食 6 h,清醒后可先给予温凉流质饮食,2 d 后改半流质饮食,少量多餐,以软、烂易消化的饮食为主,减少咽喉部的水肿与充血。1 周后改普通饮食,宜清淡、易消化、高营养饮食,不可吃过硬的固体食物,以增强患者机体抵抗力。

2.3 健康教育 健康教育是指通过有计划、有组织、有系统的社会教育活动,使人们自觉地采纳有益于健康的行为和生活方式,消除或减轻影响健康的危险因素,预防疾病,促进健康,提高生活质量,并对教育效果作出评价。健康教育始终贯穿于护理工作的全过程,通过健康教育让患者了解疾病相关的康复知识,提升护理人员专业水平,增进护患之间沟通,和谐护患关系。以取得患者的积极配合,提高护理质量。

2.3.1 日常生活指导 改善长期低头工作条件,枕头高度以头部压下后与自己的拳头高度相等或略低;保持颈椎自然状态,避免长时间弯腰、屈背、低头操作;看电视时避免颈过伸、过屈或倾斜;积极预防和治疗咽喉炎或上呼吸道感染,控制颈椎病好发的诱因。

2.3.2 出院指导 (1)术后 1 周拆线,2 周左右颈围固定出院。颈围固定 3~6 个月保护颈部,松紧适宜,保持颈部固定于中立位,避免颈部屈伸和旋转活动,防止跌倒,同时教会家属装卸颈围的方法。取下颈围最好在夜间睡眠时或锻炼时,可间断使用,直到解除颈围。(2)若颈部出现剧烈疼痛或吞咽困难、有梗塞感伴神经症状,可能为植骨块或内植物移位或脱落,应即时回院复查。(3)术后 3 个月,经拍 X 线片显示植骨椎间隙已完全融合后,可进行颈部功能锻炼,开始时做颈部屈伸、旋左、旋右活动,转颈时颈部肌肉必须在紧张状态下进行,不宜过于松弛。功能锻炼要循序渐进,若出现颈部不适时应暂时停止。(4)饮食应富含钙质和高营养。如鸡蛋、牛奶、瘦肉、鸡肉、鱼肉等。(5)出院带药指导,嘱患者遵医嘱继续口服一些神经营养药如弥可保等。注意服药的时间、剂量和方法。(6)告知患者定期复查,复查时间为术后 1、3、6、12 个月。

3 结 论

颈椎病患者通过颈椎前路手术治疗,行围手术期护理干预后均取得了满意效果,未出现并发症。因此本文认为通过医、护、患之间的密切配合,并注重医护团队协作,作好术前病例讨论、术前宣教及心理护理、术后严密观察病情、耐心指导功能锻炼,对可能发生的问题进行有效的评估和及时实施护理措施,为保证手术顺利进行、减少术后并发症、提高疗效,促进患者早日康复提供重要的保证。

参考文献

[1] 曹俊辉,解红峰. 颈椎前路手术治疗颈椎病围手术期的护

理[J]. 当代护士杂志, 2008, 13(3): 27-28.

[2] 吕笑吹, 吕爱香. 颈椎间盘突出症前路手术的围手术期护理[J]. 现代中西医结合杂志, 2007, 16(4): 542.

[3] 葛九干. 42 例颈椎前路手术的临床护理分析[J]. 中国医药指南, 2009, 7(8): 125-126.

[4] 林芬, 袁彩根. 颈椎间盘前路摘除 BAK 植入术患者的呼吸管理[J]. 护理与康复, 2002, 5(5): 14-15.

[5] 史晓娟, 杨卫红, 张瑶, 等. 颈椎前路手术患者舒适度的探讨与护理[J]. 护士进修杂志, 2007, 12(24): 2258-2260.

[6] 张玉静. 颈椎前路手术围术期 28 例护理[J]. 基层医学论

坛, 2010, 8(14): 706-707.

[7] 吉冬梅. 颈前路手术 67 例护理体会[J]. 海南医学, 2010, 21(5): 149-150.

[8] 李小娥, 农秀芳. 颈椎前路手术的护理体会[J]. 医学理论与实践, 2005, 18(11): 1346.

[9] 胡必杰, 郭燕红, 高光明, 等. 医院感染预防与控制标准操作规程[M]. 上海: 上海科技出版社, 2010: 125.

(收稿日期: 2011-01-28)

过伸过屈位颈髓损伤患者术后肺部感染的护理

张红艳(湖北省谷城县人民医院护理部 441700)

【摘要】 目的 总结过伸过屈位颈髓损伤患者术后肺部感染的护理措施。**方法** 对 10 例过伸过屈位颈髓损伤术后并发肺部感染的患者进行细心护理, 包括生命体征监护、心理护理、体位护理、雾化吸入、营养支持护理、高热护理、气管切开等。**结果** 10 例过伸过屈位颈髓损伤患者术后肺部感染均得到有效控制, 无 1 例出现感染加重或因痰液堵塞而发生窒息死亡。**结论** 加强护理可间接治疗过伸过屈位颈髓损伤术后并发的肺部感染。

【关键词】 颈髓损伤; 肺部感染; 护理
DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2011. 12. 063 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)12-1522-02

过伸过屈位颈髓损伤是一种严重的脊柱创伤, 影像学检查没有骨折、脱位征象, 却会出现不同程度的颈髓损伤表现, 也称为无骨折脱位型颈髓损伤, 占颈部外伤的 3. 19%^[1], 分为不伴有颈椎退行性疾病和伴有颈椎退行性疾病 2 种类型, 临床上易被误诊为脑血管疾病或颅脑损伤。随着现代影像学特别是磁共振技术的发展, 无骨折脱位型颈髓损伤逐渐受到人们的重视。2010 年以来, 本院骨科手术治疗此类损伤 30 例, 术后有 10 例发生了不同程度的肺部感染, 经精心治疗与护理取得了较好疗效, 现将其护理体会报道如下。

1 临床资料

本组病例共 10 例, 其中男 6 例, 女 4 例, 年龄 20~56 岁, 平均年龄 40. 3 岁, 颈髓损伤平面为颈 3 至颈 6。不伴有颈椎退行性疾病 5 例, 伴有颈椎退行性疾病 5 例。颈脊髓损伤均经磁共振检查证实。其中, 行颈前路椎体次全切钢板内固定术 3 例, 后路单开门椎管成形术 4 例, 后路椎板切除减压内固定术 3 例。以上患者术后均出现了不同程度的肺部感染, 主要表现为: 双肺可闻及湿性罗音, 痰鸣音明显, 呼吸深快达到 28~35 次/分, 体温中度热, 呼吸道分泌物增多。胸部 X 线片检查有炎性浸润改变。肺部感染的诊断标准: (1) 咳嗽、咳痰, 呼吸深快; (2) 发热, 体温 37. 5 ℃ 以上, 周围血细胞及中性粒细胞升高; (3) 肺部出现痰鸣音或者干湿性罗音; (4) X 线检查显示胸部有炎性浸润性改变; (5) 痰液细菌培养致病菌阳性。共同出现 3 项或 3 项以上者诊断为肺部感染^[2]。

1. 2 护理方法

1. 2. 1 生命体征监护 颈椎手术后必须常规给予心电监护, 监测呼吸、脉搏、血压及血氧饱和度的变化, 因为颈髓损伤常常导致呼吸肌麻痹、膈肌麻痹, 术后由于喉头水肿、切口内血肿形成等原因, 均可造成呼吸困难, 所以应密切观察患者口唇和甲床颜色、呼吸频率及血氧饱和度等情况变化, 凡血氧饱和度低于 90% 均提示严重缺氧, 需分析缺氧原因, 必要时予血气分析, 及时发现呼吸状况的变化, 并通知医生进行相应的处理。

1. 2. 2 心理护理 无骨折脱位型颈髓损伤患者往往由伤前完全健康的人突然转变为四肢瘫痪, 甚至危及生命, 患者及家属心理落差极大, 都会陷入非常的恐惧与茫然中^[3]。因此, 护理人员 and 医生应一起向患者及其家属认真做好宣教工作, 介绍颈髓损伤后各种并发症的危害性, 调节好患者的心理状态, 取得患者及其家属的信任与理解, 减轻患者的恐惧心理, 使患者能更好地配合医务人员进行治疗。

1. 2. 3 体位护理 定时翻身拍背排痰, 每隔 2 h 帮助患者翻身 1 次, 并进行辅助拍背排痰, 用空心掌轻叩背部, 由下至上, 由两侧至中央, 反复进行 5~10 min, 然后鼓励患者进行有效咳嗽, 咳嗽前嘱患者深吸气后用力将痰咳出, 咳嗽时护士将手固定在患者的胸部及上腹部并轻度加压, 帮助其增加胸廓的运动, 利于痰液排出。对年老体弱、无力咳嗽的患者, 床边应备好吸痰器, 一旦发现痰液阻塞气道, 应立即吸痰。

1. 2. 4 雾化吸入 雾化吸入有利于稀释痰液, 可起到局部抗菌消炎的作用。每天用庆大霉素 8~16 万单位、糜蛋白酶 4 000 U、生理盐水 30~50 mL 及地塞米松 5~10 mg 雾化吸入, 每天 2~3 次。并使用抗生素控制肺部感染。

1. 2. 5 营养支持护理 营养支持对于增强患者体质、抵抗细菌毒素起着重要作用。术后应鼓励患者进食, 要求食物高热量、高蛋白、高维生素、易消化。因术中操作对食管有刺激, 患者常有喉头水肿, 吞咽困难, 进食时易发生误吸及呛咳, 因此应以半流质饮食为主, 细嚼慢咽, 以防呛咳和窒息。留置胃管者每次鼻饲前需检查胃管位置, 防止误吸。

1. 2. 6 高热护理 颈髓损伤伴肺部感染患者常出现高热(达 40 ℃ 以上)。主要是细菌毒素致热作用, 加上自主神经系统功能紊乱, 对周围环境温度变化丧失了调节和适应能力所致。首先采取物理降温, 头部冰敷, 四肢大动脉处予 50% 乙醇擦浴、足下热敷, 保持室温 20~23 ℃, 同时补充足够水、电解质、氨基酸, 补偿高热消耗。必要时以冰生理盐水灌肠或消炎痛栓塞肛, 30 min 后观察体温变化。