

42 例,女 20 例;年龄 42~83 岁,严重心律失常包括室颤、室上速、房颤、室速、高度房室传导阻滞等,排除既往有脑血管病、糖尿病、慢性阻塞性肺疾病的患者。

1.2 方法 对不同的严重致命心律失常患者采用(1)静脉药物推注或电复律。(2)心电监测、严密监测患者生命体征,维持有效的循环。(3)及时清除呼吸道内分泌物,保持呼吸道通畅、避免误吸。(4)建立和维持有效的静脉通道。(5)遵循 ICU 患者心理护理原则作好心理护理:尊重和爱护、理解与沟通、满足需求、个性化护理、共同参与^[1]。(6)建立管道标识,妥善固定,维持通畅,观察并记录。(7)落实基础护理,提高患者的舒适度,预防并发症的发生。严格按特级护理要求作好口腔护理、皮肤护理、会阴护理、体位变动(功能位或自动体位)、功能锻炼等。

2 结 果

经过合理用药、电复律、严密监测、精心护理等各种抢救治疗措施,62 例严重心律失常患者中存活 50 例(80.6%),遗留有严重神经系统并发症 2 例(3.2%),死亡 10 例(16.1%)。

3 讨 论

冠心病是最常见的导致严重致命心律失常的危险因素,而严重致命心律失常如抢救不及时可引起猝死,冠心病引起的猝死约占心源性猝死总数的 81.7%,尤其是患有急性心肌梗死的患者,心肌梗死后和心力衰竭患者心源性猝死的危险最高^[2]。严重心律失常患者在临床上非常常见,如发现和及时处理不及时,会造成患者病的病死率增高,及时采用有效的药物治疗和电复律、严密心电监测、重视呼吸道管理、循环支持、遵循 ICU 患者心理护理、落实基础护理、注重安全管理等是提高严重心律失常患者抢救存活率、减少病死率的重要措施^[3]。除此以外,ICU 护士是患者发生心律失常的第一目击者,是连续监

测、治疗的主要实施者,工作质量更为直接地影响患者的预后,其工作内容应更为技术化、专业化^[4]。因此必须掌握更为广泛的抢救技术和多学科专业知识,具备丰富临床经验、规范的护士行为是提高护理质量的有力保障^[5-6]。只有高质量的医护人员的抢救水平,才能更有效的为挽救患者生命争取时间,这就要求护理人员在平时的工作中,不断的学习,及时纠正自己工作中出现的错误,才能为患者提供高质量的护理服务。

参考文献

- [1] 李乐之,赵丽萍.重症监护分册[M].长沙:湖南科学技术出版社,2009:234.
- [2] Myerburg RJ, Kessler KM, Castellanos A. Sudden cardiac death: epidemiology, transient risk, and intervention assessment[J]. Ann Intern Med, 1993, 119(12): 1187-1197.
- [3] 刘淑媛,陈永强.危重症护理专业规范化培训教程[M].北京:人民军医出版社,2006:213-215.
- [4] 王迪芬,刘兴敏.院内心搏,呼吸骤停患者预后因素分析及对策[J].中国危重病急救医学,2008,20(12):765-766.
- [5] 钟一鸣,谢东明,朱宏泉,等.低能量智能双相波在恶性室性心律失常电复律中的临床应用[J].赣南医学院学报,2009,29(6):865-866.
- [6] 陈朝辉,张南滨,韩宏光,等.同步电复律治疗心脏瓣膜术后室上性心动过速的观察与护理[J].护士进修杂志,2012,27(7):628-630.

(收稿日期:2012-12-21 修回日期:2013-04-27)

11 例颈椎后路椎管扩大成形 Centerpiece 钛板内固定术围术期的护理体会

陈小华,丁永清[△](重庆市中山医院骨科 400013)

【摘要】目的 探讨颈椎后路椎管扩大成形 Centerpiece 钛板内固定术围术期的护理。**方法** 对 11 例颈椎病手术患者应用护理程序进行评估,做好心理护理,术前对患者进行呼吸功能和体位训练,术后取合适体位,保持呼吸道通畅,严密观察生命体征、有无血管神经损伤、四肢感觉运动恢复情况,指导患者进行有效功能锻炼和出院指导。**结果 结论** 科学的围术期护理有利于提高手术成功率,有利于疾病的恢复。

【关键词】 颈椎病; 后路椎管扩大成形; Centerpiece 钛板内固定术; 围术期护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.17.066 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)17-2332-02

后路椎管扩大成形术是多节段颈椎病的有效治疗方式,Centerpiece 钛板内固定能成功的完成减压,使椎管再狭窄的概率最小化,减少术后轴性症状的发生,同时能使患者术后早期进行康复锻炼。本科 2011 年 1 月至 2012 年 7 月为 11 例脊髓型颈椎病及颈椎管狭窄症患者行后路椎管扩大成形 Centerpiece 钛板内固定术,经围术期护理,效果满意,现将护理体会做以下介绍。

1 资料与方法

1.1 一般资料 患者 11 例,其中男 7 例,女 4 例,年龄 45~76 岁,平均 56 岁,脊髓型颈椎病 8 例,颈椎管狭窄 3 例。主要临床表现为颈肩酸痛,并放射到上肢和头枕部,手指麻木,握物无力,下肢无力,步态不稳,行走时有踩踏棉花的感觉,下肢肌张

力增高,腱反射亢进。

1.2 手术方法 全麻气管插管,俯卧位,取后路正中切口,暴露 C₂ 下缘至 T₁ 上缘,症状较重的一侧椎板为开门椎板,用球形磨钻纵行磨开,另一侧为铰链侧,只需磨出骨槽,将 C₃~C₇ 椎板向门轴侧掀起开门,宽度约 10~15 mm,选择合适的 Centerpiece 钛板,钻孔,螺钉固定。术后颈托保护颈部 2 周。

1.3 护理

1.3.1 心理护理 该类患者病程长,有不同程度的脊髓功能受损表现,同时担心手术效果,容易产生恐惧、焦虑、悲观等心理反应,故要针对患者出现的心理反应进行护理,向患者及家属说明手术的必要性^[1],并取得家属的配合和支持;请治愈的患者现身说法,交流手术期间的注意事项和有效配合方法,消

[△] 通讯作者, E-mail: ding-yongqing@163.com。

除患者心理压力,以增加患者的安全感和信心,取得患者最佳的主观配合,愉快地接受手术。

1.3.2 术前护理

1.3.2.1 术前评估 根据患者的病史资料、体格检查、实验室检查、影像学检查,全面评估患者对手术的耐受力^[2],从而制定严密的护理计划。

1.3.2.2 呼吸功能训练 加强呼吸功能训练对预防肺不张、肺部感染起至关重要的作用^[3]。(1)术前戒烟;(2)术前 3 天指导患者练习深呼吸及有效的咳嗽、咳痰;(3)指导患者吹气球、做扩胸运动,以增加呼吸肌的力量,增加肺活量。

1.3.2.3 体位训练 颈椎后路手术中要求患者俯卧,颈部处于过屈位,为了易于手术暴露,术前需进行较长时间的训练,方法^[4]:患者俯卧位,胸肩部垫软枕,前额垫皮枕,双手放于身体两侧,自然后伸,同时屈颈,术前 3 d 开始练习,每天 2~3 次,每次 30 min,直至可以坚持 1~2 h。

1.3.2.4 术前生活指导 选择合适的颈托,教会患者佩戴的方法。术前 3~5 d 卧位训练(卧位起坐、卧位进食)和床上大小便训练。指导患者主动或被动地伸屈肢体。

1.3.2.5 术前常规准备 术前常规实验室检查、影像学检查、皮肤准备、药物过敏试验、备血,术前 12 h 禁食。

1.3.3 术后护理

1.3.3.1 生命体征的观察 准备气管切开包、心电监护仪、氧气、吸引器于床旁。术后要求患者去枕平卧至少 6 h^[5]。术后 24 h 内监测血压、脉搏、呼吸、神志的变化,注意患者有无呼吸困难。如发现患者出现乏力、嗜睡、恶心等症状时,要警惕睡眠呼吸综合征的发生^[6]。指导患者有效咳嗽、排痰,给予生理盐水 10 mL 联合氨溴索 15 mg 雾化吸入,每天 2 次,每次 20~30 min,以利于痰液排除。

1.3.3.2 伤口及引流管的护理 严密观察患者颈部有无肿胀,保持伤口引流管通畅,观察伤口引流液的颜色、性状和引流量。当 24 h 引流量大于 300 mL/h,颜色呈淡黄色,提示有脑脊液漏的可能,应立即将负压解除,及时通知医生^[7]。

1.3.3.3 脊神经功能的观察 本次病例术前都有不同程度的肌力减弱,肌张力增高。术后严密观察四肢感觉和运动是否存在,嘱患者握拳、抬腿,每 2 小时检查 1 次。并特别注意与术前比较,同时做好记录。

1.3.3.4 功能锻炼的指导 本组 8 例病例脊髓受压损害后致指尖肌麻痹,手指并拢及握拳障碍,术后主要锻炼手的握和捏的功能。方法:(1)拇指对指练习。(2)用最大的力量握拳,然后尽量伸指。(3)分指练习内收外展,用手指尽量夹住纸张。(4)揉转石球或核桃。(5)捏橡皮球或拧毛巾,每日练习 3 次,20~30 min/次^[8]。以利于握力及上肢各关节功能的恢复。患者病情稳定后,戴颈托下床活动。指导患者正确的起床、卧床方法:平卧戴好颈托→侧卧 90°→侧身起坐→床边站立→协助离床→自己行走→坐于床沿→侧卧→仰卧。这样不影响脊柱的稳定性,也不会引起体位性眩晕。应当注意的是活动时动作不宜过大,要循序渐进,禁忌仰卧起坐。

1.3.4 出院指导 出院继续佩戴颈托 3 个月,保持颈椎的稳定性,出院途中要注意乘车安全,防止颠簸和急刹车时颈部剧烈活动致脊髓损伤,最好是卧位乘车;坚持锻炼颈部肌肉,方法为座位背靠墙,头枕部用力顶墙,持续 5 s 后放松,每天 3 次,每次 15~30 下,以增强颈椎的稳定性;保持正确的姿势(包括坐姿、站姿、走路和工作的姿势),养成良好的习惯,以减慢颈椎间盘的退变;继续功能锻炼,逐渐完成手指的精细动作,防止肌肉萎缩、关节僵硬;复诊时间:术后 3 个月、6 个月、1 年。

2 结果

本组 11 例脊髓压迫症状均得到缓解,肌力恢复良好,采用 JOA-17 分法对病例疗效进行评价,本组患者术前评分平均 8.2 分,术后 2 周平均 15.8 分,住院期间无护理并发症发生。术后 3 个月随访有 3 例轻度颈部不适,1 例中度颈部不适,术后随访 6~12 个月均未出现门轴断裂和再关门现象。

3 讨论

颈椎后路单开门椎管扩大成形 Cenerpiece 钛板内固定术能有效的缓解或解除脊髓受压的症状,减少术后再关门及轴性症状的发生,同时能使患者术后进行早期的康复锻炼,是目前治疗颈椎病的新方法。手术的疗效不但与手术方式有关,还与围术期的护理质量密切相关。作者认为,本组 11 例病例,经过全面的护理评估和护理计划,认真实施护理措施,尤其是有针对性的心理护理、各项适应性训练以及术后加强脊神经功能的观察、做好功能锻炼的指导,对于提高手术治疗的效果和有效预防并发症的发生具有重要的作用,使患者得到了最大限度的康复。

参考文献

- [1] 李玉芝,李桂兰,肖淑艳,等.同期前后路手术治疗颈椎病 40 例围术期的护理[J].中国误诊学杂志,2009,9(14):3441-3442.
- [2] 张冰,张博.腰椎间盘突出症围术期护理进展[J].解放军护理杂志,2006,22(2):60-61.
- [3] 郭春燕,陈书勤,尹锐锋.颈椎前路减压围术期的呼吸指导与护理 148 例[J].实用护理杂志,2003,19(2):23.
- [4] 仲崇华,刘洪松,李霞.颈后路单开门减压术的围术期护理[J].中医正骨,2007,19(9):93.
- [5] 胥少汀,葛宝丰,徐印坎.实用骨科学[M].2 版.北京:人民军医出版社,2002:677.
- [6] 许艳春.颈后路手术治疗脊髓型颈椎病的护理[J].家庭护士:下旬刊,2008,6(18):1640-1640.
- [7] 孙巧鸣.颈椎后路单开门椎管扩大成形术护理 20 例[J].国外医学护理分册,2005,24(3):138.
- [8] 杜克,王守志.骨科护理学[M].北京:人民卫生出版社,1995:740-743.

(收稿日期:2013-01-11 修回日期:2013-03-12)