

脊髓型颈椎病“锚定法”改良单开门颈椎管成形术的护理

宋春兰

[摘要] 目的 探讨脊髓型颈椎病“锚定法”改良单开门颈椎管成形术围手术期的护理。方法 对 35 例脊髓型颈椎病患者进行回顾性分析。结果 所有患者恢复良好。结论 脊髓型颈椎病“锚定法”改良单开门颈椎管成形术围手术期的护理重点包括:加强术前心理护理、呼吸功能训练,术后体位变换、切口引流、脊髓功能的观察以及四肢关节和项背肌功能锻炼和出院的康复指导。

[关键词] 颈椎病;脊髓型;围手术期;护理;康复

[中图分类号] R681.5 [文献标识码] B [文章编号] 1006-9771(2009)05-0491-02

[本文著录格式] 宋春兰. 脊髓型颈椎病“锚定法”改良单开门颈椎管成形术的护理[J]. 中国康复理论与实践, 2009, 15(5): 491—492.

2004 年 10 月~2008 年 5 月我院对脊髓型颈椎病患者行“锚定法”改良单开门颈椎管成形术 35 例,现将护理体会介绍如下。

1 临床资料

本组 35 例,男 25 例,女 10 例;年龄 41~68 岁,平均 51 岁;全组中无明显诱因缓慢发病者 30 例,无诱因突然发病并迅速加重者 5 例。从发病至确诊时间 15 d~2 年,平均 10 个月。主要临床表现为四肢发麻无力、步态不稳、行走困难、躯干及四肢有紧束感、下肢肌张力增高、腱反射亢进。术前均行颈椎 X 线摄影 CT 及 MRI 确诊。

2 护理方法

2.1 心理护理 入院行手术治疗的颈椎病患者往往都是经各种非手术治疗无效,反复发作、症状严重者,恐惧、焦虑是患者普遍存在的心理问题,急性发病的患者因缺乏心理准备,会更加紧张、恐惧。患者最担心手术是否会成功,预后如何?而且对手术期望值非常高。针对患者这种心态,我们以和蔼亲切的语言安慰、鼓励、关心患者;进行耐心解释,正确回答患者提出的问题,介绍疾病相关知识,讲清楚一旦诊断为脊髓型颈椎病即应早期手术干预的道理,手术后疾病恢复的可能性,如不手术病情会加重的后果;该手术确实具有高风险性而且每个患者都有不同程度的恢复等。既使患者从心理上能够承受手术的可能风险性又能提高对手术成功的信心,使患者消除不良的心理因素,树立战胜疾病的信心,积极配合治疗护理工作。

2.2 术前护理

2.2.1 呼吸功能训练 具体方法:①术前戒烟、拍背,指导患者进行有效的咳嗽咯痰;嘱患者深呼吸,在呼气末咳嗽,重复数次,2 次/d,15~30 min/次;②吹气球:反复多次练习,以增加呼吸肌力量,增大肺活量。加强呼吸功能训练对预防肺不张、肺部感染起着至关重要的作用^[1]。

2.2.2 训练在床上大小便 由于大多数患者不习惯在床上大小便,行颈椎手术后因排便姿势不适,可发生尿潴留、便秘,而持续留置尿管又易导致尿路感染。为防止并发症,从术前 3 d 开始指导患者在床上练习大小便。我们在工作中发现,术前练习床上大小便的患者比未练习的患者拔除尿管早,并易解决排

便困难。

2.2.3 颈部护理 如为急性发病患者,颈部围领固定,限制颈部过度活动。

2.2.4 术前准备 协助患者做好各项常规检查。术前 1 d 进行皮肤准备,局部备皮,剃净头发,术前 8 h 禁食水。术前预选颈部围领。

2.3 术后护理

2.3.1 麻醉护理常规 患者回病房后迅速将其平移到硬板海绵垫床上,平卧,枕下垫 3~4 层厚毛巾,抬高床头 10°~15°,注意保护手术部位,检查引流管是否通畅。监测体温、脉搏、呼吸、血压、神志等变化,必要时给予持续低流量吸氧,术后 24 h 内严密观察肢体运动及感觉变化情况,以了解有无血肿压迫脊髓,一旦出现应及时处理。术后 3 d 内行口腔护理 2 次/d,测量血压 1 次/d。

2.3.2 体位 术后患者的体位、翻身等问题关系到手术的成败。术后 2 d 体位以仰卧为主,与侧卧位相互交替。侧卧时颞颥部垫枕头,枕头与肩同高。术后第 3 天护士指导患者主动自行翻身,应遵循轴向翻动的原则,头、颈、躯干保持一致。这种术式卧位不必应用颈围固定。

引流管拔除后开始逐步下床活动,颈椎围领保护 2 周。患者离床时应注意侧身起卧,禁止前后起卧,以减少颈后部张力。3 个月内,在门轴侧骨愈合前勿按压颈后部,平卧时用软枕垫于枕后,防止椎板下沉压迫脊髓。注意卧位的姿势及枕头的高度,仰卧时枕头不宜过高;侧卧时枕头可略高,使颈部与躯干保持一条线,而不偏向一侧^[2]。应用不同形状、尺寸的体位垫来保证侧卧位的安全性、稳定性。应用棉垫将骨突处悬空,保持床单位整洁、干燥以预防压疮,增加患者的舒适度。

2.3.3 观察脊髓神经功能 颈后入路手术可能损伤脊髓和神经根、术后切口内有可能形成血肿引起神经症状加重。故术后第 1 天神经功能的检查应每 2 h 1 次,随后的 48 h 内每 4 h 1 次,然后每班 1 次至出院。主要观察双下肢的感觉、运动功能及括约肌功能并与术前做比较。

2.3.4 术后切口及引流管的护理 本术式因出血量大,术后应及时观察敷料的渗出情况,及时更换敷料并记录渗出量。保证引流管通畅,防止管道受压及扭曲,并妥善固定在床边;定时挤压管壁,维持有效引流;观察引流量、颜色、性质,术后 12 h<100 ml 应注意引流管是否堵塞,有无切口内血肿形成;如引流量>100 ml/h,呈血性,持续 3 h,提示有活动性出血的可能,应

作者单位:河北省唐山市第二医院,河北唐山市 063000。作者简介:宋春兰(1972-),女,河北唐山市人,主管护师,主要研究方向:脊髓损伤康复护理。

与医生联系;当 24 h 引流量 >300 ml,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。若无异常,早拔引流管(48 h 内)。

2.3.5 大小便护理 因长期卧床,易产生腹胀和便秘等消化道症状。护士应指导进清淡、易消化、营养丰富的饮食,多吃粗纤维的食物,主食粗细粮合理搭配。心、肾等脏器无功能障碍者,饮水 >2000 ml/d。为促进排便,每日揉按腹部 2~3 次,以脐为中心顺时针方向环绕按摩,促进肠蠕动帮助消化,防止便秘。术前可自行排尿的患者,术后 6 h 拔除尿管。

2.3.6 呼吸道护理 继续鼓励患者做深呼吸,教患者有效的咳嗽方法,护士及时为患者扣背排痰。

2.4 康复护理 颈椎病手术后功能恢复与其康复训练关系密切。为预防关节挛缩、畸形,要注意良姿位的摆放和体位变换。术后 24 h 开始在床上进行四肢康复锻炼,从握拳、腕关节、肩周的活动到直腿抬高、膝关节、踝关节的主动练习;配合物理治疗师做好四肢各关节被动活动,每天 2 次,每次每个关节活动 5 min。向患者说明锻炼的意义,充分发挥患者的主观能动性,积极配合训练;术后 2 周切口愈合后即开始项背肌练习,方法:双手交叉抱于后枕部,头颈向后用力,与双手对抗,以增强颈后部软组织的力量,减轻轴性症状,每下持续 5 s、放松 5 s,每次 10~20 下,每日 3 次。运动次数在可以忍受的情况下,循序渐进,逐日增多。

2.5 出院指导 洗漱、进食时不要过分低头或仰头,防止颈部过度活动;注意坐位时保持头颈良好姿势,避免长期持续埋头伏案工作;长时间伏案工作时,每小时活动一次颈部,桌宜高、凳宜低;睡眠时枕头高低适宜;颈肩部防止风寒、潮湿;继续手

功能锻炼,加强手的捏与握的功能训练;暂停某些活动,如骑自行车、编织、缝纫等。

3 结果

本组随访 5~18 个月,平均 12 个月。术前 JOA 评分^[3]平均 5.6 分,最终随访平均为 14.3 分。影像学检查:35 例颈椎生理曲度基本正常,椎管矢状径与椎体矢状径比值平均为 1.2。未发生再“关门”现象。无肺部感染、压疮发生。

4 讨论

“锚定法”改良单开门颈椎管成形术治疗脊髓型颈椎病,有效地解除了脊髓压迫症状,改善了脊髓供血状况,而且在避免再关门、减少术后颈部僵硬^[4-5]、疼痛以及早期开始康复训练方面具有一定的临床价值。要达到预期的疗效,不但与手术方式和医生精湛的手术操作有关,还与术前、术后高质量的护理有密切的关系。经过严格制订术前、术后护理措施,并认真实施,本组患者术后恢复良好,无任何并发症,取得了满意的护理效果。

【参考文献】

- [1]郭春燕,陈书勤,尹锐锋. 颈椎前路减压术围手术期的呼吸指导与护理 148 例[J]. 实用护理杂志,2003,19(2):23.
- [2]杜克,王守志. 骨科护理学[M]. 北京:人民卫生出版社,1995:570.
- [3]赵定麟. 脊柱外科学[M]. 上海:上海科学技术文献出版社,1996:311.
- [4]孙宇,张风山,潘胜发,等.“锚定法”改良单开门颈椎管成形术及其临床应用[J]. 中国脊柱脊髓杂志,2004,14(9):517-519.
- [5]刘兰泽,陈先,孙来卿,等.“锚定法”改良单开门颈椎管成形术治疗脊髓型颈椎病[J]. 临床骨科杂志,2006,9(6):498-499.

(收稿日期:2008-12-31)