

## 脊柱手术的围手术期护理体会

张凤霞 田敏 徐秀萍

[关键词] 脊柱;围手术期;护理

中图分类号:R473.6 文献标识码:B 文章编号:1006-9771(2005)10-0868-02

[本文著录格式] 张凤霞,田敏,徐秀萍.脊柱手术的围手术期护理体会[J].中国康复理论与实践,2005,11(10):868-869.

近年来,随着影像技术的进展及内固定器材的不断改良更新,用手术方法根治脊柱疾病日益普及。脊柱疾病患者常伴有神经根严重受压,生活及工作能力受到影响。要想使此类患者的手术治疗取得圆满成功,术前及术后的护理极为重要。现将笔者总结我院 1990~2004 年 1678 例脊柱疾病患者的手术护理体会介绍如下:

### 1 临床资料

本组 1678 例患者中,男性 1092 例(65%)、女性 586 例(35%),年龄 25~80 岁,平均 48 岁。各种手术如下:颈椎间盘突出前路切除植骨融合术 98 例(5.8%)、颈椎管狭窄后路椎管减压开门成型术 73 例(4.3%)、胸腰椎骨折脱位并截瘫减压内固定术 420 例(25%)、腰椎滑脱后路复位内固定术 175 例(10.4%)、椎间融合器 18 例(1%)、前路钢板固定 65 例(3.9%)、胸腰椎管狭窄全椎板减压术 387 例(23.1%)、腰椎间盘突出髓核摘除术 381 例(22%)、脊柱侧弯矫型术 25 例(1.4%)、椎体肿瘤切除术 36 例(2%)。以上患者疗效均达到满意,平均住院时间 26 d。

### 2 护理要点

在手术前,护士应向主治医师全面了解患者所患疾病的病因、病理、解剖、诊断、手术方法,以及术后可能发生的并发症,然后有针对性地制定护理计划,并根据每位患者的特点有所侧重。

#### 2.1 术前护理

2.1.1 一般护理 做好患者的思想工作,解除其对手术的恐惧,以便配合手术。术前 1 d 做抗生素皮肤过敏试验。对估计术中出血量多或体质较虚弱的患者,应配合医生做好交叉配血,以备术中或术后应用。仔细查看患者的心、肝、肺、肾等功能检查结果。手术日晨,患者应解尽大小便,对估计手术时间较长或手术范围较大的患者安置保留尿管;术中安置内固定物的患者,术前 1 d 开始使用足量抗生素。进入手术室前,患者应取下假牙、手表、耳环等物,穿戴特制衣帽。

2.1.2 早期皮肤准备 脊柱疾病患者约 65% 背部患有毛囊炎(原因不明),而脊柱手术体内常需放置内固定物,有时甚至行异体植骨,一旦发生感染则会使手术失败。因此,在术前几天,尤其是术前 3 d,患者应每日洗澡并更衣,保持背部清洁干燥。在术前剃掉背部的汗毛时,有毛囊炎者需加倍小心,不可剃破,而且需待毛囊炎消退后方可手术,以防术后切口感染。

2.1.3 术前训练 脊柱手术后一般不能早期下床,患者多不习惯卧位解大小便,术后易发生大小便困难而增加患者的痛苦。因此,术前应训练患者俯卧位以适应手术体位,并训练床上卧位大小便。此外,术前应指导患者腰背肌训练方法。对脊柱侧弯畸型较僵硬患者,术前需在特制的牵引床上牵引 2 周左右,每日 2 次,每次约 30 min。应向患者讲明训练的必要性,使之主动按要求进行练习。

2.1.4 心理护理 本组患者大多数是初次接受手术治疗,对手术相关知识不了解,顾虑大,有恐惧心理,担心术后效果不佳。因此,医护人员向患者及家属耐心地讲解手术的必要性、危险性、预后效果、可能发生的并发症及术后恢复过程中的注意事项,使之做好充分的心理准备,消除恐惧心理。

#### 2.2 术后护理

2.2.1 术后患者的搬动 患者术毕回病房后,通常采用 3 人平抬法或滚板法将患者移到病床上。搬动时采取平轴滚动原则,保持颈、胸、腰椎在同一轴线上,手术部位处于直线状态,并保持引流管通畅不脱出。

2.2.2 生命体征观察 采用多功能监护仪监测血压、脉搏、呼吸、血氧饱和度,观察患者的面色及麻醉平面、有无头晕、头痛、恶心、呕吐及四肢感觉、运动情况,并详细记录。

多数严重意外情况出现在术后早期,尤其在术后 30 min~24 h 内。术后 6 h 内每 30 min 观察记录 1 次,6~12 h 内每 1~2 h 重复观察 1 次,直到生命体征平稳。

2.2.3 体位护理 术后患者需平卧 6 h,压迫手术切口,减少渗血,减轻麻醉反应,以达到止血的目的。6 h 后给予轴向 45°翻身。良好的体位能保持各组相拮抗

的肌群作用平衡,避免过度伸张或屈曲,各关节、韧带也能相应地保持稳定,不受过度牵拉。翻身是患者保持舒适卧位必不可少的活动,也是术后最早的活动。遵循平轴翻身原则,翻身时两手用力要均匀,肩、胸、腰、臀一致,动作一定要轻,严禁躯干扭屈。在行体位护理时,平卧位与侧卧位互相交替,并遵循人体力学的原理使患者感觉舒适,防止并发症,以利于功能恢复。

**2.2.4 脊柱神经功能观察<sup>[1]</sup>** 由于手术中的牵拉容易引起脊髓损伤,术后 24 h 内应仔细观察患者的双下肢感觉、运动、血运等情况,如有异常,一般在麻醉清醒后就可表现出来。脊柱保护着人体的中枢神经,脊柱的稳定性依靠前纵韧带、椎间盘环状韧带、后纵韧带、黄韧带及小关节突韧带、棘间和棘上韧带维持。脊柱手术常需椎间开窗,切除椎板及部分关节突,破坏腰椎后柱及中柱结构,易引起腰椎不稳<sup>[2]</sup>。置放椎弓钉及椎间融合器手术的牵拉可能造成脊髓损伤。因此,术后应严密观察患者双下肢的感觉和运动功能,及时发现肢体运动、感觉障碍,特别是远端足趾的伸屈。

**2.2.5 引流处理** 维持有效引流,并观察引流液的数量、颜色、性质。术后常规置引流管行负压吸引,引流液一般呈血性,术后第 1 天 200 ~ 300 ml 为正常,300 ~ 500 ml 偏多,500 ml 以上为多。引流液量少说明引流不畅,易造成血肿感染,而血肿压迫可使术前的神经症状再次出现并逐渐加重,甚至超过手术前的程度。本组患者中有 5 例出现四肢完全性瘫痪,即行血肿清除后功能恢复。应检查引流管有无弯曲折褶,管内有无淤滞的血块,也可将引流管向外轻轻抽动少许或用无菌注射器抽吸,但切忌向管内注入液体以免造成创面感染。若以上方法无效时应即刻送手术室重新放置引流管。引流量过多易造成失血过量。应根据引流量调节负压的大小,一般术后第 2 天引流液即明显减少,3 d 后可拔除引流管。

**2.2.6 大小便护理** 由于硬膜外麻醉加之手术创伤可能直接或间接损伤植物神经,因此脊柱手术后易出现便秘和腹胀。术后应指导患者进食清淡、易消化、含粗纤维营养丰富的饮食,可沿结肠走向按摩,刺激肠蠕动促进排便。留置导尿者,应每日消毒尿道口及擦拭导尿管分泌物,同时钳夹尿管,每 3 ~ 4 h 或膀胱区膨隆、有尿意时,开放尿管,排空膀胱,以防止膀胱容量变小,利于自主排尿的恢复。

## 2.3 预防并发症

**2.3.1 脑脊液漏** 硬脊膜损伤是腰椎手术最常见的并发症之一,应密切观察引流液的数量及颜色变化,做好记录。如果发现引流液清亮,量非常多,则应考虑可能是脑脊液漏,应立即通知医生,将伤口负压引流改为普

通引流,患者去枕平卧,使脑脊液漏得到控制。

**2.3.2 压疮** 为防止和减少压疮的发生,白天 2 ~ 3 h 翻身 1 次,夜间 3 ~ 4 h 翻身 1 次,保持床单整洁、干燥,必要时给予温毛巾擦身,骨隆突处涂上爽身粉并给于按摩改善局部血液循环,减少冷热等物理因素对皮肤的刺激,以预防压疮。

**2.3.3 肺部感染** 由于麻醉、术中吸痰不彻底、术后镇静药的应用,加之手术后切口疼痛患者不敢咳嗽,易造成呼吸道分泌物排出不畅或不能排出,出现肺功能障碍。因此,当患者清醒后,应鼓励其咳嗽排痰,必要时给予雾化吸入化痰药物促进痰液排出,防止肺部感染。

脊柱手术创面大、出血多,并发症涉及多系统、多器官。有的并发症可以通过良好的护理达到早期预防的目的;有的虽然难以预防,但通过严密细致的观察与护理,可及时发现并采取相应措施,使并发症得到控制。本组 1678 例患者手术均成功,无 1 例发生压疮等并发症,也未因术前准备及术后护理不当而发生切口感染。

## 3 康复训练

根据术前指导和已掌握的腰、背肌锻炼方法,指导患者进行康复训练,充分发挥患者的主观能动性,积极主动配合训练,并遵循尽早锻炼、循序渐进、持之以恒的原则。在不影响脊柱稳定性的情况下,一般在引流管拔除后即可进行直腿抬高试验并活动膝关节及双下肢,3 ~ 5 次/d,10 ~ 15 min/次,逐日增加活动量,通过锻炼使神经根牵拉松弛,促进神经根的血液循环,避免粘连,增加腰背肌的力量。术后早期(10 d 左右)嘱患者采用 50° 左右半卧位,但切忌腰部弯曲,以防断棍脱钩等意外,随后可通过背戴腰围或颈围在床边练习坐位,但时间不宜过久,且不能弯腰或低头等,必要时可用石膏背心固定(石膏固定后需注意观察患者的反应)。

## 4 出院指导

出院后嘱患者继续卧床,并指导其进行腰背肌及肢体功能锻炼,早期尽量不做上身下屈及左右过度扭曲的动作,正确使用保护器具,减少脊柱的活动,避免弯腰、扛物、挑担等重体力活动,增强机体抵抗力,定期复查。

## [参考文献]

- [1] 李文,柏淑霞,周秀英.腰椎间盘突出症围手术期护理 19 例[J].中华现代临床医学杂志,2004,2(6B):948—949.
- [2] 蒋丽华,李纯志,陈洁.显微内窥镜椎间盘切除术的围手术期的护理 56 例[J].实用护理杂志,2003,19(7):20.

(收稿日期:2005-01-24 修回日期:2005-03-28)