

• 骨科护理 •

颈椎手术病人的护理

邱 丁丁 黄秋萍² 陈珊¹

(1. 福州市第二医院骨科, 福建 福州 350007; 2. 福建省妇幼保健院心电图室, 福建 福州)

我院骨科自 1996 年 1 月至 1999 年 3 月对 25 例分别患有颈椎病、颈椎损伤的病人, 施行手术治疗, 无一例发生并发症, 经过随访, 效果满意。

临床资料

1. 一般资料: 本组 25 例中男 20 例, 女 5 例; 年龄 36 ~ 64 岁, 颈椎病 18 例, 颈椎损伤 7 例 (骨折脱位伴颈髓损伤 5 例, 其中不全瘫痪 2 例, 全瘫 1 例)。经前路手术 19 例, 后路手术 6 例。

2. 效果评估: 无一例发生并发症。4 例术后 2 ~ 14 天均有不同程度的症状减退和消失, 随后失访。21 例随访最长的 20 个月, 最短 1 个月, 平均 6 个月, 21 例手术后症状、体征均明显好转或消失, 尤其是其中的一例, 术前伴高位截瘫, 术后 3⁺ 个月能坐起床上, 4⁺ 个月能扶起行走, 疗效满意。

护理方法

1. 颈部制动: 颈椎损伤病人一入院即限制颈部活动, 嘱病人绝对卧床, 根据损伤类型遵医嘱颈部垫枕或不垫枕; 头颈部两侧分别置 1 个沙袋固定之, 或者行枕颌带牵引、颅骨牵引, 颈椎病病人有的是术后才制动。颈部制动的目的是: 术前防病情加重, 术后防颈椎不稳定、植骨块脱落等。

2. 适应性训练

(1) 生活习惯训练: 颈椎手术病人要求卧床, 且颈部制动, 因此不但要训练床上大小便, 卧位进食的训练也不容忽视, 流质食物借助吸管完成进食, 半流质、普食需他人喂食, 同时嘱病人吞食时注意速度不宜太快, 以免引起呛咳。

(2) 气管牵拉、体位训练: 为避免咳嗽, 有吸烟习惯的患者, 应在术前一段时间戒烟。颈前路手术需将内脏鞘 (包括甲状腺、气管与食管) 牵向非手术侧, 故术前由护士、家属或病人自己用 2 ~ 4 指将食管向左侧牵拉过中线, 开始时 10 ~ 20 分钟/次, 以后逐渐增加至 30 ~ 40 分钟, 如此训练 3 ~ 5 天, 为适应术中牵拉需要。体

位训练是颈后路手术的要求, 将被褥与枕头垫起放置于床的中间, 患者俯卧其上, 头颈前倾, 双上肢自然后伸, 初练时感呼吸困难, 3 ~ 5 天后即能适应。

3. 预防并发症

(1) 经前路手术后创口内出血窒息和入睡后呼吸抑制, 是术后最危险的并发症^①。故术后要特别护理, 观察呼吸是否通畅, 频率是否正常, 做好记录, 发现异常及时报告、处理。

(2) 预防植骨块脱落, 颈部严格制动, 病人躯体移动障碍, 皮肤护理显得重要, 尤其是不全瘫、全瘫的病人, 定时要按摩褥疮好发部位, 白天每 3 小时一次, 晚上每 4 小时一次并床边交班。

(3) 功能恢复指导: 肌力训练包括肢体按摩及关节被动训练, 按摩可防止肌挛缩和关节僵硬, 被动操作应做到轻重得当, 有序有节, 切忌粗暴, 上肢包括握、伸屈活动, 下肢包括直腿抬高, 负重抬举伸屈活动, 功能锻炼贯穿于住院直至出院后的恢复期, 持之以恒。对不全瘫、全瘫患者还应训练定期排便、排尿, 以期尽早拔除尿管控制排尿。

4. 出院指导: 本组病人, 术后 1 周拆线, 2 周左右颈围固定出院, 嘱病人出院后仍要颈围固定 3 个月, 控制颈部活动, 颈围解除前需要经过一段时间的适应, 如先在睡觉时取下, 以后改为间断使用围颈, 直至解除。嘱病人遵医嘱继续口服一些神经营养药: 21 金维他或维乐生、弥可保等。饮食上注意补钙、增加蛋白质。连续不断的四肢功能锻炼。3 个月、半年、1 年定期复查。

(本文承蒙陈国龄主任医师、梁圭清主治医师审修和指导, 特此致谢。)

参考文献

① 陆裕朴, 马永江, 马承宣, 等. 实用骨科学. 北京: 人民军医出版社, 1991. 1117

(收稿: 1999-04-26)