

# ·骨伤护理·

## 颈椎骨折脱位前路减压植骨内固定术的整体护理

麻妙群

(浙江省丽水市人民医院, 浙江 丽水 323000)

我科自 1999 年—2003 年间, 对 30 例颈椎骨折脱位病人行前方减压植骨内固定术并实施系统化整体护理, 取得满意效果, 现报道如下。

### 1 临床资料

**1.1 一般资料** 本组 30 例中男 19 例, 女 11 例; 年龄 21 岁~68 岁, 平均 38.5 岁。损伤范围 C<sub>3-7</sub>、C<sub>5</sub>、C<sub>6</sub> 最多, 共 17 例 (占 56.67%)。损伤类型: 颈椎骨折 5 例, 颈椎脱位 12 例, 骨折合并脱位 10 例, 单纯间盘损伤 3 例, 以脱位及脱位合并骨折最多, 占 78.22%。全组病例中有神经功能障碍者 28 例。

**1.2 常规治疗** 对急诊入院病人, 均急诊行颅骨牵引。重量为体重的 8%~10%, 最大牵引重量 16 kg, 维持重量 2.0 kg。牵引同时用适量脱水剂、糖皮质激素及维生素 C 等, 降低颈髓水肿, 防止水肿向上下方扩展。最早手术时间为伤后 2 h, 多数在伤后 1~2 周内手术。

### 2 整体护理

**2.1 术前护理** ①气管、食管推移训练: 协助病人用自己 2~4 指, 在皮外插入切口一侧的内脏鞘与血管鞘间隙处, 持续地向非手术侧推移, 或是用另一手牵拉。开始每日 4 次, 每次持续时间 10~20 min, 2 d 后逐渐增加到 30~60 min, 5 d 后就可将气管牵过中线坚持 30 min。有些病人出现反射性干咳症状, 适当减少每日训练次数和持续时间, 每日 3 次, 每次 5~10 min, 待病人适应后再进行正常训练。②颈外动脉按压训练: 每日用手按压颈外动脉 6~8 次, 每次 3~5 min, 两侧交替训练, 使之建立侧支循环, 防止术中压迫大血管致脑缺血, 预防喉头水肿。术前 3 d 开始指导病人训练床上大小便, 尿管留置尿管者例外。戒烟。指导病人床上做上下肢伸屈, 持重上举与手足部活动。

手术前 1 d 对手术区域及供骨区域给予备皮。备皮时一定要注意头部尽可能制动, 并注意颈部后伸的角度, 不可后伸过度, 避免引起脊髓压迫症状加重, 要以病人舒适为度。备皮过程中, 询问病人有无症状加重情况, 并注意观察病人的四肢活动, 发现异常, 应停止操作。

### 2.2 术后护理

**2.2.1 氧气吸入** 给持续低流量吸氧 24 h。

**2.2.2 病情观察** 密切观察生命体征、创口渗血、肢体活动和肿胀情况, 警惕各种并发症的发生。特别应注意观察病人呼吸情况, 防止切口血肿压迫气管而致窒息。观察有无喉上神经及喉返神经损伤症状, 前者表现为饮水或进流质时呛咳, 后者表现为声音嘶哑; 观察有无神经受压症状, 如双下肢活

动、大小便、反射情况等; 观察创面敷料渗血渗液情况, 警惕脑脊液漏, 观察记录创口引流管通畅情况、引流量和色泽。发现异常及时通知医生, 保证创口引流通畅。

**2.2.3 并发症防护** ①植骨块移位或脱落: 除术中注意骨槽与植骨块的比例及形状外, 严格限制颈部屈伸及旋转。术后翻身时注意用手平托创口处, 协助病人轴向翻身, 必要时给颈围保护; 侧卧位时注意将头垫高并与脊柱保持同一水平。②低蛋白血症: 根据骨伤科分期辨证施食, 早期宜进清淡易消化富有营养饮食, 中期应进食清补之品, 后期应给予营养丰富含大量白蛋白、磷、钙的食物。③窒息: 术前做好气管推移训练, 常规床边备气管切开包和吸引器, 术后创口沙袋压迫, 按医嘱使用脱水剂和雾化吸入, 严密观察生命体征变化, 保持呼吸道的通畅。④感染的预防: 术前指导深呼吸运动, 术后鼓励病人咳嗽, 雾化吸入 3 次/日, 肺部叩打 3 次/日, 可有效地防止肺部感染; 密切观察创口渗血情况, 保持创面敷料干燥、清洁; 按医嘱及时准确地使用抗生素; 密切观察体温变化, 做好口腔护理和皮肤护理。

**2.2.4 颅骨牵引护理** 术后仍需继续颅骨牵引 3 周。抬高床头 15~20 cm, 保持牵引力和反牵引力平衡, 告诫病人及家属不可随意增减牵引重量或移动牵引方向, 更不可提起牵引砣或取消牵引, 特殊情况需医务人员指导下进行调整; 翻身需一人护住头颈部, 定时给后枕部按摩, 预防褥疮。

**2.2.5 功能锻炼** 术后 3 d 内做一些肢体的轻微活动。先从股四头肌等长收缩和手指、脚趾开始活动。3 d 后, 协助下完成自行翻身和自我进食。出院后继续卧床至术后 3 个月, 待复查 X 线片证实植骨愈合, 颈椎稳定方可坐起行功能锻炼。

### 3 讨论

通过 30 例病人的护理, 我们体会到, 做好术前后的护理是减少并发症, 提高疗效的关键。术前备皮, 动作要轻柔, 要了解病情, 且不可粗暴的旋转及过度后伸颈部而加重病情。对术前气管推移训练要严格把关。心理护理应贯穿于术前后整个护理过程始终。术后 3 d 内应特别注意对病人的呼吸监测, 如有声音嘶哑、呼吸不畅、吞咽受限、肢体酸胀不适等应采取相应的护理措施。除发生低蛋白血症外, 脊髓损伤病人骨密度下降迅速, 程度较严重且不易恢复正常, 若饮食结构不合理, 就会加速体内钙丢失而并发骨质疏松。所以加强饮食护理, 调整饮食结构尤为重要。

(收稿日期: 2003-03-19 本文编辑: 连智华)