

[16] Koyanagi T, Hirabayashi K, Satoni K, et al. Predictability of operative results of cervical compression myelopathy based on preoperative computed tomographic myelography. *Spine*, 1993, 18: 1958-1963.

[17] Kameyama O, Shibano K, Kawakita H, et al. Transcranial magnetic

stimulation of the motor cortex in cervical spondylosis and spinal canal stenosis. *Spine*, 1995, 20: 1004-1010.

[18] Brunholz C, Claus D, Bianchi E. Central motor conduction time in diagnosis of spinal processes. *Nervenarzt*, 1993, 64: 233-237.

(编辑: 房世源)

## •骨伤护理•

# Zielke 手术的护理配合

徐秀华 邓雪平 邓永启  
(肥城中医院, 山东 肥城 271600)

Zielke 手术又称经腹侧去旋转脊柱融合术, 是一种采用胸—腹联合切口经前路矫正胸腰段, 腰段脊柱侧弯的方法, 我院自 1993 年~ 1996 年共手术 3 例, 在护理工作中取得了一定的经验, 现总结报告如下。

### 1 临床资料

本组 3 例中男 2 例, 女 1 例; 年龄 14~ 48 岁; 腰段脊柱侧弯 1 例, 胸腰段脊柱侧弯 1 例, 2 例旋转畸形都较明显, 另 1 例是椎板裂畸形无法放置 Luque 装置。术后常规放置胸腔闭式引流, 72 小时拔除胸管, 12 天拆线, 石膏背心外固定 4~ 6 个月, 住院时间 21~ 60 天, 平均 39 天。本组病例均获随访, 随访时间 5 个月~ 4 年, 平均 2 年半。术后效果满意。

### 2 护理要点

**2.1 术后搬运与体位要求:** 按骨科全麻准备患者床位, 患者术后向床上搬动时, 人力要足够(约 4 人), 动作要一致, 保持脊柱水平位, 不要扭转。本手术是采用胸—腹联合切口及胸部置胸腔引流管等胸腹大手术的特点, 却不能采取胸外科术后常采用的半卧位, 否则会造成 Zielke 棍断裂或螺钉脱出导致手术失败, 因此, 宜采取抬高整个床头 30°~ 40°<sup>[1]</sup>, 使病人呈头高脚低位, 而又保持手术部脊柱不弯曲。

**2.2 胸腔闭式引流的护理:** 术后应密切

观察引流液的量、颜色、性质并准确记录。保持胸腔引流管通畅, 注意观察引流效果, 定时观察引流管内水柱波动情况, 若波动停止, 应立即检查原因及时排除。若有血块, 应由上而下挤压引流管, 防止引流不畅而产生脓胸。引流管应妥善固定, 轴位翻身时应注意勿牵拉引流管, 若出现引流管脱节时应立即用血管钳夹住引流管上端, 以免气体进入胸腔造成气胸。术后前 3 天, 应嘱病人尽量采取引流管在下方的侧卧位(肩、背、臀垫软枕), 并嘱病人做深呼吸, 同时护士要挤压引流管, 有助于胸腔引流。

**2.3 预防阻塞性肺不张及坠积性肺炎:** 由于本手术使术后胸腹式呼吸功能在较大程度上受到限制, 加之术后伤口疼痛, 胸腔闭式引流, 不便于咳嗽咳痰, 并且又不能采用半坐卧位, 易造成阻塞性肺不张及坠积性肺炎。因此除应用预防性抗菌素外, 应加强呼吸道管理, 促使气道分泌物排出和肺膨胀, 我们采取的护理措施如下: ①超声雾化吸入, 吸入的次数应按病人的痰量及粘稠而定, 一般为 3~ 4 次/日, 每次 15~ 20 分钟。雾化液中加入庆大霉素 8 万单位, α糜蛋白酶 10mg, 以达到消失、稀释痰液的目的。雾化吸入后, 应拍其背部, 嘱其深吸后屏住气, 用力咳嗽, 一般在患侧卧位时(即手术侧在下)进行。因患侧卧位切口

不会产生幅度很大的牵拉, 当健侧卧位时, 嘱病人保持平稳呼吸, 减少刺激, 若此时有痰应轻拍病人背部, 边拍边鼓励病人咳嗽, 同时用手保护好刀口, 防止刀口裂开, 减轻刀口疼痛。②持续吸入湿化、温化的氧气以改善有效通气量。开始流量 4L/分左右, 24 小时后减为 2L/分。湿化瓶内湿化液为蒸馏水加少量 50% 酒精, 以降低肺泡表面张力。③如有患者因痰液过多不能排出, 而造成肺不张应及时用吸痰器吸痰。

**2.4 观察脊髓受伤情况:** 在矫正侧弯的过程中, 可能会引起脊髓供血不足和脊髓牵拉, 出现神经功能障碍甚至截瘫, 因此, 病人麻醉清醒后, 应立即观察双下肢感觉及活动情况, 并牵拉尿管观察反应, 一旦发现异常, 立即报告医生, 紧急处理。

**2.5 指导功能锻炼:** 术后 24 小时开始指导并协助病人进行足踝部自主活动及膝关节屈伸活动, 配合远端肢体按摩, 同时进行股四头肌收缩, 一周可扶患者坐起并逐渐锻炼下地活动, 一年内应禁止作重体力或强烈的运动, 防止金属棍断裂。

### 参考文献

[1] 叶启彬, 李世英, 邱贵兴. 脊柱外科新技术. 北京: 北京医科大学·中国协和医科大学联合出版社, 1993: 177.

(编辑: 荆鲁)