

· 骨伤护理 ·

后路手术治疗齿状突骨折术后并发症的护理干预

徐欢红

(桐乡市第一人民医院, 浙江 桐乡 314500)

颈椎齿状突骨折是一种较为少见的脊柱损伤, 约占颈椎骨折 10%~14%^[1], 是引起寰枢椎不稳的重要原因。经颈后路手术治疗危险性大, 且并发症多、致残率高, 早期预防、早期发现和正确处理并发症是术后护理的关键, 可直接影响到手术的成败。我院 2002-2003 年采用后路手术治疗齿状突骨折共 7 例, 取得了满意的效果, 现将术后并发症的护理干预介绍如下。

1 临床资料

本组患者 7 例, 男 5 例, 女 2 例; 年龄 32~56 岁, 平均 41 岁; 新鲜骨折 5 例, 陈旧性骨折 2 例; 致伤原因: 车祸伤 4 例, 高处跌伤 3 例。根据 Anderson D'Alonzo 分类^[2], 均为 II 型骨折, 其中横形骨折 2 例, 斜形骨折 5 例, 均有不同程度的前后或侧方移位。合并神经损伤 4 例, 主要表现为肢体电击样麻痛, 颈枕部麻木、疼痛, 伴一侧肢体肌力减退 3 例; 合并多发肋骨骨折 1 例; 手术方式: 经后路寰枢椎骨融合 4 例, 后路 C₁、C₂ 侧块钉板固定 3 例, 伤后 4~22 d 手术。

2 术后并发症的护理干预

2.1 手术所致神经系统损伤 手术后责任护士在安排好患者的体位后, 及时观察患者四肢的感觉、运动功能, 并与术前进行比较, 同时观察其发音及吞咽功能, 并注意有无大小便失禁等, 因肛门张力和膀胱功能是检查神经功能有无损伤很重要的体征。术后第 1 天神经功能检查每 2 h 1 次, 以后 48 h 中每 4 h 1 次, 然后每班 1 次直至出院。如患者主诉想睡、肢体沉重或肢体疼痛、麻木、不能活动, 要注意加强观察并立即报告医生。本组患者经临床观察护理无一例出现上述症状。

2.2 术后气道阻塞 呼吸道梗阻是颈椎手术患者早期死亡的主要原因, 术后早期呼吸困难是因为颈深部水肿压迫、喉头水肿、痉挛和痰液阻塞引起, 严重者可窒息死亡。术后切口引流不畅也可引起颈深部水肿。手术操作及切口疼痛易致喉头水肿, 痰液堆积。喉头水肿通常在术后 36~48 h 达到高峰, 在此期间易发生痉挛, 因此我们常规在床旁备用气管切开包、吸引器、人工呼吸囊等, 指导并鼓励患者作有效咳嗽和深呼吸运动, 切口疼痛明显者予止痛剂, 保持呼吸道通畅。术后 3 d 内加强对呼吸频率、节律及深浅度的观察, 严密监测血氧饱和度, 根据病情吸入不同浓度的氧气, 必要时行雾化吸入或静脉滴注甘露醇、地塞米松等以减轻喉头水肿和疼痛。若发现患者颈部增粗, 发音改变, 渐而呼吸困难、紫绀, 应立即通知医生, 及时采取相应措施。本组患者术后切口出血量不多, 亦无喉头水肿, 痰液能自行咳出, 故无气道阻塞现象。

2.3 失血所致低血容量 颈部手术因失血量多, 容易引起血容量不足, 血压、脉搏需监测 24 h 以上, 严密观察其变化。术后颈部加压固定, 每 2 h 须打开颈围观察一次, 注意敷料渗血

情况及颈部有无增粗, 并观察引流物的量、性状, 检查床上有无引流物, 定期检查血生化结果, 保持出入量平衡。术后经密切观察, 本组患者的生命体征均在正常范围之内。

2.4 手术固定物并发症 颈椎后路植骨融合术后导致植骨块滑出、移位、骨折、碎裂, 椎体骨折, 钢丝断裂, 都是该手术常见的并发症之一, 尤其是骨质疏松症患者容易发生。其主要原因是植骨块与上下椎体接触面之间的向后剪力所致, 所以一定要防止颈椎的过度伸屈, 减少椎间后方剪力。保持颈椎稳定性是预防植骨块脱落的关键。杨云平等^[3]认为, 颈后路植骨融合术其抗扭转及抗水平位移力不足可导致骨不连。因此, 术后患者颈部制动并保持中立位至关重要。我们在本组患者的护理中采用颈托固定其颈部并在颈两侧各加一小沙袋防护, 在肩下垫 3~4 cm 高的软枕, 以减轻伤口张力及疼痛。术后第 1 天取平卧位, 第 2 天始可取低半卧位, 在搬动患者时, 保持头、颈、肩在同一水平, 维持颈部相对稳定。本组患者采取以上措施后无一例发生植骨块滑出、骨折或钢丝断裂致颈椎、颈髓损伤等。

2.5 切口感染 颈部手术后预防切口感染十分重要, 因为一旦切口感染将会导致手术失败。一般手术后 4 h 常规换药 1 次, 如敷料或颈围有污染须及时更换, 常规用抗生素 5~7 d, 以防切口感染。有切口引流者要经常挤压引流管, 保持通畅, 防止翻身时引流管受压、扭曲、脱落, 观察引流液量及性状, 有异常及时报告医生, 术后 36~48 h 拔除引流管。密切观察患者的体温变化, 每 4 h 测体温 1 次, 术后 3~5 h 可因手术刺激而发热, 一般不超过 38℃, 如术后高热或 1 周后仍有发热, 都疑为感染所致。本组患者中有 1 例术后 1 周仍有低热, 经加强抗炎治疗和切口换药后体温降至正常, 无引流管脱落现象。

2.6 术后制动引起的皮肤压疮 患者术后卧床制动及感觉运动功能低下, 加上抵抗力下降, 因此发生压疮的可能性极大。我们常规予睡气垫床, 术后 4 h 轴线翻身加肺部叩拍 1 次, 以后每 2 h 重复 1 次。翻身后置肢体于功能位防止畸形, 并保持床褥平整、干燥。每天早晚各用温水擦身 1 次, 注意加强营养, 所有患者均未发生褥疮。

参考文献

- 1 孙天胜, 刘智, 李京生, 等. 齿状突骨折的治疗. 中华创伤骨科杂志, 2004, 6(1): 78-80.
- 2 Anderson LD, D'Alonzo RT. Fractures of the odontoid process of the process of the axis. J Bone Joint Surg (Am), 1974, 56: 1663-1664.
- 3 杨云平, 王宇飞, 杨柯颖, 等. 颈后路 APOFIX 内固定加颗粒状植骨治疗齿状突骨折. 实用骨科杂志, 2004, 10(3): 197-198.

(收稿日期: 2004-12-15 本文编辑: 王玉蔓)