

一期后路全脊椎切除治疗胸腰椎肿瘤的围手术期护理

丁桂华 杨克霞 吴亚男 雷婷婷

[摘要]目的:探讨一期后路全脊椎切除治疗胸腰椎肿瘤的围手术期护理效果。方法:对 9 例应用一期后路全脊椎切除术、脊髓减压治疗的胸腰椎肿瘤患者术前 2 周开始鼓励其做深呼吸、有效咳嗽,锻炼心肺功能;术后重点监测生命体征,预防肺不张、切口感染及神经系统症状,拔除引流管后循序渐进地指导肢体功能锻炼,认真做好出院指导。结果:患者均安全渡过围手术期,无护理并发症,并顺利出院。结论:正确有效的整体护理结合个性化的围手术期护理,对于提高患者手术耐受力、预防术后并发症以及促进早期康复有着一定的意义。

[关键词] 胸腰椎肿瘤;全脊椎切除;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 681.533

[文献标识码] A

近年来,脊柱肿瘤的发病率呈逐年增加趋势,原发的恶性及低度恶性脊柱肿瘤约占 25%,原发的良性肿瘤约占 25%,转移瘤约占 50%^[1-2]。随着影像学特别是 MRI 和经皮穿刺技术以及脊柱内固定技术的发展,脊柱肿瘤的治疗对策发生了巨大的变化。目前认为^[3-4],单纯后路来完成的全脊椎切除术能最大程度地切除肿瘤,降低脊柱肿瘤的复发率,并明显提高生存率。2007 年 5 月至 2009 年 10 月,我院对 9 例胸腰椎肿瘤行一期后路全脊椎切除加自体骨移植与钉棒内固定术,临床疗效满意,现将护理体会作一报道。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 9 例,男 4 例,女 5 例;年龄 13~66 岁。平均病程 3.2 个月。T₂ 1 例,T₄ 1 例,T₈ 3 例,T₉ 1 例,L₂ 1 例,L₄ 2 例,均为单节段受累。原发性肿瘤 6 例,其中浆细胞瘤 2 例,海绵状血管瘤 2 例,骨巨细胞瘤 1 例,瘤样病变 1 例;转移性肿瘤 3 例,其中肺癌转移 2 例,肾母细胞瘤转移 1 例。按 Tomita 分型:1 型 2 例,2 型 2 例,4 型 5 例。患者均有胸腰背局部疼痛,其中 6 例有明显的夜痛,4 例肋间神经或坐骨神经放射痛;不全瘫 6 例。Frankel 分级:A 级 1 例,B 级 1 例,C 级 2 例,D 级 3 例,E 级 2 例。

1.2 手术方式 术野常规引流,胸膜损伤或缺损者常规胸腔引流管引流。

1.3 结果 术中出血 400~4 000 ml,1 例出血量高达 4 000 ml 者,由于术前的充分备血和术中术后积极的输血,未出现低血容量性休克。术后常规引流

2~3 天,引流量 <50 ml 时拔除引流管。1 例术中神经根袖撕裂,致脑脊液漏,术中予以修补,术后无明显脑脊液渗漏,于术后第 5 天安全拔除引流管。1 例壁胸膜侵犯者,肿瘤切除后,大面积胸膜缺损,神经根袖未能很好地结扎,导致脑脊液漏至胸腔,抬高床尾 10~20 cm,头低足高位,胸腔引流延期至术后 8 天安全拔除胸腔引流管。1 例 L₄ 椎体肿瘤者术中右侧 L₅ 神经根牵拉伤,术后小腿外侧麻木,但肌力正常。2 例患者术后主诉肢体麻木感加重,经甘油果糖 250 ml 每天 2 次静脉输注,术后 3~5 天减轻,1 周消失。患者均痊愈出院,至出院时,无下肢深静脉血栓和肺栓塞发生,无肺不张、肺部感染病例。

2 护理

2.1 术前护理 (1) 心理护理。脊柱肿瘤患者往往有很大的心理负担,对疾病的治疗看不到前景,缺乏信心。根据患者的精神状态实施床边个性化宣教和沟通,了解其心理反应以求得护理工作的主动性。介绍手术的概况以及疗效,增强患者信心,提高手术的耐受力。同时也要与其家属做好治疗和生活上的交流,增强患者抗病的信心。(2) 完善术前准备。除配合医生做好临床检查和实验室检查外,应积极纠正患者疾病本身和心理压力而导致的营养不良,必要时请营养科协助治疗。脊柱手术出血相对较多,要充分估计并常规备血 800~2 000 ml,以防术中急用和补充术后的引流丢失。术前当晚可适当给予镇静剂保证良好的睡眠。按医嘱禁食水,准备术区皮肤,完成术前抗生素和术前针的输注等工作。(3) 患者的准备。由于脊柱肿瘤患者存在不同程度的感觉、运动和大小便功能障碍,长期的卧床容易引起压疮而延误手术时机并增加手术感染的风险。根据患者的不同功能状况制定切实可行的翻身、按摩

[收稿日期] 2011-03-10

[作者单位] 蚌埠医学院第一附属医院 骨科,安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 丁桂华(1958-),女,主管护师。

等护理措施,最大程度地减少压疮的发生。脊柱肿瘤手术时间长,术中要气管插管,留置导尿管加上术后长时间的卧床,存在肺部和泌尿系感染的风险,因此,术前2周戒烟,有效的深咳嗽,且通过吹气球来加强心肺功能的锻炼,训练在床上大小便,以减少术后并发症的发生。为减少术后肠道负担和肠源性感染的发生,术前适当增加高粗纤维膳食促进排便,术前当晚给予清洁灌肠1次。

2.2 术后护理

2.2.1 一般护理 (1) 监测生命体征。术后给予低流量吸氧,生命体征特别是血压、心率、脉压差、血常规、尿量、面色和皮肤黏膜色泽的检测,并每半小时记录1次,术中出血 $>2\ 000\ \text{ml}$ 者常规输入冷沉淀。(2) 术后体位。术后至少平卧硬板床或气垫床6 h,其目的是对背部切口起到压迫作用,以减少切口周围组织出血、水肿及渗出,同时可减轻腰椎的压力,有效防止椎间隙感染等并发症的发生^[5]。24 h后如患者情况良好,可以在床上半卧或端坐。床上翻身时,要在护士的协助下保持全身呈一轴面样翻动,以免给脊柱内固定增加额外的剪切力。(3) 切口和引流管的护理。密切查看切口的渗血情况,及时更换渗透的敷料,保持切口干燥。妥善固定引流管,间隔性挤压以确保管道的通畅,并对引流液的颜色、容量、性质及时记录。有脑脊液漏者,每天除观察记录脑脊液的颜色、性质和量之外,还要注意有无头痛、发热、呕吐、颈项强直及意识变化等中枢感染的征兆。(4) 术后神经功能的观察。手术中不可避免地会对脊髓和神经根有不同程度的扰动,可造成神经根水肿,导致双下肢麻木、疼痛、活动障碍及大小便功能障碍等神经系统症状。术后密切观察双下肢运动感觉、肌力和末梢血运等情况,观察大小便及会阴部感觉情况制定术前术后对比表格,仔细记录。

2.2.2 术后并发症的预防 研究^[6-7]显示,脊柱手术后深静脉血栓发生率可达43%~86%,肺栓塞发生率为1.7%~2.3%,由于病死率较高,要尤其重视。术后早期即给予下肢被动踝部运动、直腿抬高、屈伸运动等练习,避免在下肢行静脉穿刺。气管插管损伤支气管黏膜导致局部黏膜纤毛运动消失和咳嗽反射减弱,造成支气管内分泌物潴留,是引起肺不张的主要原因,如果合并低蛋白血症,术中扰动胸腔至胸腔渗液,则更容易出现术后肺不张和肺部感染^[8-9]。本组患者术后给予庆大霉素、地塞米松联合糜蛋白酶雾化吸入每天3次,稀释痰液。生命体征平稳后鼓励患者做有效咳嗽和深呼吸,轴状翻身

拍背每2 h 1次,不仅有利于痰液的引流排除,而且可以解除骨性部位的长时间压迫,预防压疮。确保胸腔引流的通畅,适当预防性使用抗生素。对于膀胱功能良好术后夹闭导尿管,有尿意时松开,1~2天后拔除。需要长期留置尿管者也要夹闭导尿管,每隔4~5 h松开排尿,训练膀胱功能。

2.2.3 功能锻炼及康复 术后积极地早起锻炼不但是提高生活质量的关键,也可以转移注意力减少心理负担和疼痛。本组为单节段脊椎受累,内固定稳定可靠,如果全身情况良好,24 h后即可取半卧位,躯干部要保持无过度屈伸,床上行四肢伸屈运动、扩胸运动、肩关节及腕关节活动,双下肢直腿抬高锻炼及踝关节背伸背屈锻炼,以增强四肢肌力及关节的灵活性,不能自主活动者由护士指导进行并教会家属给予被动活动,防止肌肉萎缩和关节僵硬。1~2周后在支具保护下可以下床在病房内活动,视情况给予搀扶和使用拐杖。(7) 出院指导。对于神经功能良好者,白天在胸腰骶支具的保护下下床活动,8周内禁忌躯干前屈 $>60^\circ$,支具的保护达3~6个月。对于无法下地的患者,出院继续进行康复训练。嘱所有患者出院后2年内每3个月行X线和CT以及全身骨扫描检查1次,无异常发现后,则改为每半年检查1次。

3 讨论

由于肿瘤患者往往有很大的心理负担,对疾病的治疗看不到前景,缺乏信心,根据患者个体的家庭及自身特点,因人宣教,介绍现代医学的发达和疾病的治疗结果,增加患者抗病的信念,本组患者表现良好,均能积极配合治疗。脊柱手术相对出血较多,本组出血量400~4 000 ml,1例出血量高达4 000 ml者,由于我们术前综合评价病情,充分备血和术中术后积极的输血,患者未出现低血容量性休克,安全渡过围手术期。术中在分离病椎时不可避免地会对脊髓或神经根进行扰动和牵拉,可能会加重原有的神经功能症状,所以,术后要仔细评测和记录下肢和会阴部的感觉运动及大小便情况。本组1例术中右侧L₅神经根牵拉伤,术后小腿外侧麻木,但肌力正常。2例术后主诉肢体麻木感加重,经甘油果糖250 ml每天2次静脉输注,术后3~5天减轻,术后1周消失。

术后稳定的脊柱重建为功能康复训练打下基础,患者可早期坐起或下地行走活动,能尽早进行功能康复训练。通过充分的术前准备训练患者的心脏

功能 细致观察病情及采用预见性的护理措施如:对脊柱功能障碍患者要注意脊柱积极的功能康复 施行针对性防压疮、定时进行间歇性开放导尿管的方法预防泌尿系感染、训练膀胱功能 必要的药物治疗结合双下肢的被动或主动功能康复训练,本组无因卧床引起的肺部感染、泌尿系感染、下肢深静脉血栓和肺栓塞及其他严重并发症的发生,提高了患者的生存率和生活质量。

[参 考 文 献]

- [1] Shrivastava RK, Epstein FJ, Perin NI, et al. Intramedullary spinal cord tumors in patients older than 50 years of age: management outcome analysis[J]. J Neurosurg Spine 2005 2(3): 249-255.
- [2] Chi JH, Cachola K, Parsa AT. Genetics and molecular biology of intramedullary spinal cord tumors[J]. Neurosurg Clin N Am, 2006 17(1): 1-5.
- [3] Tomita K, Kawahara N, Kobayashi T, et al. Surgical strategy for spinal metastases[J]. Spine 2001 26(3): 298-306.

- [4] 张砚涛. 肿瘤患者的心理护理[J]. 医学理论与实践, 2002, 15(12): 1445-1446.
- [5] 黄东生, 李春海. 椎间盘镜髓核摘除术治疗腰椎间盘突出症[J]. 中国脊柱脊髓杂志 2004, 11(5): 266-268.
- [6] Planes A, Vochelle N, Fagola M. Total hip replacement and deep vein thrombosis. A venographic and necropsy study[J]. J Bone Joint Surg Br, 1990 72(1): 9-13.
- [7] Lieberman JR, Geerts WH. Prevention of venous thromboembolism after total hip and knee arthroplasty[J]. J Bone Joint Surg Am, 1994 76(8): 1239-1250.
- [8] 胡智星, 蒋国平, 倪笑媚, 等. 纤维支气管镜急诊床边治疗有机磷农药中毒伴急性肺不张[J]. 中华急诊医学杂志, 2005, 14(2): 55-57.
- [9] Gong JY, Lu GP, He J, et al. Effect of continuous veno-venous hemodiafiltration on hemodynamics of piglets with endotoxin-induced acute lung injury[J]. Zhonghua Er Ke Za Zhi, 2008 46(5): 340-343.

(本文编辑 刘璐)

[文章编号] 1000-2200(2011)12-1413-02

· 护理学 ·

院前多发伤患者的急救及护理干预

范益芹

[摘要]目的:观察对院前多发伤患者实施护理干预的效果。方法:对 105 例院前多发伤患者实施护理干预,包括气道及颈椎保护、循环、呼吸、功能丧失(神经系统评估)、脊髓损伤、转运、心理等方面。结果:105 例患者中院前急救成功 96 例,现场死亡 9 例,死亡原因为脑挫裂伤、失血性休克、心源性休克。结论:在院前的急救过程中给予积极的护理干预不仅可以提高急救水平,降低病死率,而且可以有效地提高急救人员自身的业务水平。

[关键词] 急救医疗服务;院前急救;多发伤;护理干预

[中国图书资料分类法分类号] R 459.7 [文献标识码] A

有研究^[1]表明,创伤是 1~44 岁人群死亡的首位原因,创伤导致的死亡人数相当于其他所有死亡人数的总和。在我国,随着经济的快速发展,城市进程的加快,随之而来的交通事故、建筑事故等不断频发,这些事故导致的伤者多为多发伤,其特征是起病急暴,病情危重,变化迅速,故抢救及时、处理得当是降低病死率的关键。2007 年 4 月至 2009 年 12 月,我中心对 105 例多发伤患者给予相应的护理干预,取得较为满意的效果,现作报道。

1 临床资料

1.1 一般资料 多发伤患者 105 例,男 65 例,女 40 例;年龄 2~57 岁。病例类型:交通事故伤 51 例,脑

挫裂伤 16 例,坠落伤 12 例,机器伤 11 例,脑干损伤 5 例,其他 4 例。

1.2 结果 经积极的院前急救和护理干预,本组 105 例多发伤患者中,安全转运 96 例(经现场处置后至医院急诊科时伤者生命特征基本平稳),院前急救成功率为 91.4%;病死 9 例,病死率为 8.6%,其中颅脑损伤为主的 5 例患者死于脑疝,3 例以腹部损伤为主者死于失血性休克,1 例死于刀刺伤心脏引起心源性休克。

2 急救及护理

2.1 帮助伤者脱离致伤现场 救护人员赶到现场后首先将伤者安全转移,避免对伤者造成进一步的伤害。

2.2 气道及颈椎保护 对于呼吸道梗阻者,对气体交换及声音的质量是否存在喘鸣或异物作出快速判

[收稿日期] 2011-02-25

[作者单位] 江苏省连云港市急救中心 222000

[作者简介] 范益芹(1968-),女,主管护师。