

· 护理园地 ·

循证护理解决寰枢椎内固定术中并发症的护理探讨

谢玮娜, 于美华, 何丽云, 曾燕珠

[关键词] 循证护理; 寰枢椎; 手术并发症

中图分类号: R683.2 文献标志码: B 文章编号: 1672-271X(2010)06-0549-02

寰枢椎解剖特殊, 接近延髓生命中枢, 手术难度高、风险大及并发症多, 术中轻微的脊髓损伤或处理不当, 都可能导致呼吸抑制甚至危及生命^[1]。为提高手术护理质量, 我们针对术中的并发症进行循证护理, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2006 年 1 月至 2010 年 1 月患者 21 例, 男 12 例, 女 9 例; 年龄 8 ~ 56 岁, 平均 43 岁; 外伤寰枢椎不稳 12 例, 齿状突骨折 9 例。

1.2 方法

1.2.1 脊髓损伤护理干预 ①患者术前大多带颈托或颅骨牵引, 对颈部的保护应特别注意, 严禁暴力搬动或扭曲患者头部, 待气管插管全醉后, 将患者在头-胸环牵引架固定下取俯卧位。②患者进手术室前后的搬动, 以及术前摆放体位时, 护理人员应托起患者的颈部、躯干、下肢, 使患者平稳移至手术平车和手术床上, 使其身体呈直线水平, 颈围两侧放置沙袋制动, 防止患者头部左右晃动^[2]。③枕颈区为头颅和颈椎的重要解剖部位, 由于该部位肌肉丰富, 结构复杂, 骨性结构位置深, 在显露时往往需要使用专门的器械, 护理人员在手术前应根据专科特点, 熟悉手术的全过程, 掌握特殊器械名称、使用时机与正确的传递方法, 做到传递器械准确无误, 避免手术过程中慌乱, 引起的失误而发生医源性脊髓损伤。④根据医嘱术中在椎管减压前常规给予甲泼尼龙大剂量冲击^[3], 以预防医源性脊髓损伤。

1.2.2 呼吸系统障碍护理干预 ①术中将患者安置在自制的俯卧位垫(“∩”型垫)上, 在摆放时, 保护气管导管, 以免脱出, 同时保证头颈部根据生理弯曲放置, 并做到“∩”型垫的顶端与患者的锁骨平

行, 以不压迫气管为宜, 胸腹部两侧以双侧锁骨中线、双侧髂前上棘作为负重点, 做到胸腹壁稍离开手术床而呈悬空状态, 保持膈肌的呼吸功能不受影响。②术中、术后注意观察患者呼吸动态变化及各仪器监测指标, 并根据医嘱术中给予静脉滴入制酸药, 预防应激性溃疡发生消化道出血引起呼吸道梗阻。

1.2.3 循环系统障碍护理干预 ①术前作好深静脉穿刺, 穿刺部位尽量选择锁骨下静脉, 便于手术中的管理, 并且备好单、双极高频电刀与其他的止血敷料, 保证术中有效止血。②术中及时准确的估算失血量、尿量等, 根据患者中心静脉压的高低来调整滴速、控制入量并根据医嘱给予静脉滴入止血药。

2 结果

本组患者的手术均顺利完成, 手术时间 3 ~ 4 h, 术中出血 250 ~ 350 ml, 术中无因护理不当而发生呼吸、循环系统障碍和脊髓损伤等并发症, 且术后恢复良好。

3 讨论

寰枢椎术中处理不当可损伤脊髓造成瘫痪, 甚至危及患者生命^[4], 患者术前佩戴的颈托或颅骨牵引, 在搬动过床和摆放体位时, 对可能发生的并发症采用循证护理进行干预, 对颈部进行保护, 使患者的颈部与躯干呈一直线, 避免颈椎屈伸或旋转而发生脊髓损伤。

本组手术均采用俯卧位, 该手术体位因地心引力和机械性干涉可引起呼吸功能的改变, 当胸部垫物不当时, 胸腹腔脏器受压可引起胸廓和膈肌运动受限^[5]。本组手术改变传统的海绵垫, 采用自制的俯卧“∩”型垫, 避免了术中因体位垫移动或不而发生呼吸系统障碍。腹部压迫严重, 远端静脉压可升高甚至还可以使下腔静脉完全闭塞。下腔静脉回流受阻可致顽固性的低血压, 此时下身的静脉血将通过椎旁静脉网, 经奇静脉回流入心, 术野将出现严

作者简介: 谢玮娜(1975-), 女, 福建漳州人, 本科, 主管护师, 从事手术室护理管理

作者单位: 363000 福建漳州, 解放军 175 医院麻醉科

重的静脉淤血,表现为广泛的渗血^[5]。巡回护士根据患者的体形选择体位垫,使胸腹壁稍离开手术床而呈悬空状态,并维持良好的固定,避免腹部受压,减少术中出血量,以及术前作好深静脉穿刺部位的选择和止血物品的准备,保证了循环系统的稳定。

【参考文献】

[1] 贾连顺,李家顺. 脊柱创伤外科学[M]. 上海:上海远东出版社,2000:241.

- [2] 马向阳,钟世镇. 寰枢椎后路椎弓根螺丝钉内固定的生物力学评价[J]. 中国脊柱脊髓杂志,2003,13(12):737.
- [3] 林斌,何明长,刘晖,等. 儿童寰枢椎椎弓根内固定的围手术期处理[J]. 中国骨与关节损伤杂志,2009,24(4):315-317.
- [4] 吕刚,范广宇,王卫东,等. 颈椎前路减压植骨融合术的初步报告[J]. 中华骨科杂志,2005,25(2):75.
- [5] 胡立萍,胡立,魏玉芝. 脊柱外科后路手术中俯卧位患者的护理要点[J]. 解放军护理杂志,2006,23(11):60-61.

(收稿日期:2010-06-09)

(本文编辑:黄攸生)

深度手烧伤早期功能恢复的护理

张育淑,孔悦

【关键词】 烧伤;手;早期功能锻炼

中图分类号:R657.3 文献标志码:B 文章编号:1672-271X(2010)06-0550-02

手在日常生活和工作中容易烧伤,而且以深度烧伤多见。早期功能锻炼非常重要,不仅会影响美观,而且可造成严重功能障碍,影响工作和生活。早期的处理方式与功能和外观有密切联系。2004年1月至2008年12月,我科采用早期切削痂后整张中厚皮片植皮治疗深度烧伤,结合早期有效功能锻炼,使手在外观和功能上均获得很好的效果,现将护理体会报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组40例,男26例,女14例;年龄18~59岁。烧伤原因有热液烫伤、火焰、电弧及化学烧伤。手烧伤面积5%~18%,其中深Ⅱ度烧伤20例24只手,混合度(烧伤深Ⅱ度伴有Ⅲ度的创面)10例12只手,Ⅲ度烧伤10例14只手。双手10例,单手30例。手术时间:烧伤后48h内手术14例,烧伤后3~5d26例。

1.2 方法

1.2.1 术后1~5d护理 抬高患肢,卧床时患肢必须高于心脏10~30cm,下床活动时要将患手抱头或肘部平肩90°手抬高。微波治疗每次20min,根据烧伤深度和烧伤创面的大小,次数可增减,温度不可过高;术后5d内开始指导静力下各指小范围的屈伸,屈5s,伸5s,每次锻炼10~20min为宜,每

天进行多次。

1.2.2 术后6~9d护理 去除敷料后将患手完全浸泡在35~40℃水中,做5指尽量分开和握拳动作,可促进局部血液循环,促进水肿消退。早期主动功能锻炼,可减少肌腱粘连、小关节僵硬,同时也是对皮肤的一种按摩,有利于皮肤韧性和活动度的恢复,防止皮肤挛缩,保全手的功能。再次包扎后开始加强静力锻炼和各关节的小范围活动,随包扎压力减小,活动度逐渐增大。

1.2.3 术后10d护理 护士一手握住患者前臂近腕关节处,一手分开5指与患者手指交错握住手指,指导患者掌握动作要领后可由患者自行两手交叉完成,每次重复10遍,每天多次。腕关节的休息位背伸10°,功能位背伸20°~25°。腕关节背伸时,可增加掌指关节的屈曲,增加手的握力。拇指:在拇指外展和伸直位行被动牵拉及旋转活动,使虎口软组织得到最大程度的牵拉;将护士食指垫于患者拇指掌指关节掌侧,行拇指掌指关节和指间关节的屈伸运动,协助拇指行对掌、对指运动,每次重复10遍,每天多次直至患者能自行完成拇指对掌、对指运动及主动外展。2~4掌指关节:护士4个指尖垫于患者4个掌指关节掌侧,拇指轻压患者近指间关节背侧,保持指间关节伸直位,尽量使患者掌指关节屈曲,行掌指关节屈伸运动。鼓励患者手指伸直,尽力张开5指外展、内收,行各指夹纸运动,也可帮助患者分开相邻两指以增大指蹼活动度。指导患者掌握动作要领后可由患者双手互助完成,每次重复10遍,每

作者简介:张育淑(1975-),女,福建金门人,本科,护师,从事烧伤整形科护理和管理工作的护理工作

作者单位:361003 福建厦门,解放军174医院烧伤整形科