

## · 护理园地 ·

## 寰椎前后弓骨折患者围术期护理体会

赖敏灵, 刘明月, 何瑞珠, 杨 骏

【摘要】 目的 总结寰椎前后弓骨折(Jefferson 骨折)患者围术期的护理经验。方法 对 15 例 Jefferson 骨折采用后路寰椎椎弓根螺钉固定, 实施术前术后护理及康复指导。结果 15 例术后恢复良好, 疗效满意, 均康复出院。结论 系统的护理措施能够减轻患者痛苦, 减少并发症, 促进患者康复, 提高治疗效果。

【关键词】 寰椎骨折; 围术期; 护理

【中图分类号】 R683.2 【文献标志码】 B doi:10.3969/j.issn.1672-271X.2013.05.041

寰椎处于颅颈交接区, 是枕-寰-枢复合体中重要的一环。Jefferson 骨折是寰椎爆裂性的, 即前后弓各有 2 个断点, 整个寰椎断为 4 块, 这种骨折被称为寰椎前后弓骨折<sup>[1]</sup>。事实上, 寰椎环 4 处断裂的典型 Jefferson 骨折极为少见, 而少于 4 处的非典型 Jefferson 骨折比较多见。以往治疗多采用枕颈融合术, 完全牺牲上颈椎的活动以换取颈椎的稳定性, 且手术并发症较多。随着对上颈椎解剖的深入研究及置钉技术的不断提高, 上颈椎椎弓根螺钉固定术逐渐应用于临床。2007 年 1 月 - 2012 年 12 月我院 Jefferson 骨折 15 例采用寰枢椎椎弓根螺钉固定治疗, 术后随访 6 个月以上均取得了满意效果, 现将护理经验总结如下。

## 1 对象与方法

**1.1 对象** 本组 15 例, 男 11 例, 女 4 例; 年龄 16 岁 ~ 47 岁, 平均 32 岁。受伤原因: 高处坠落伤 2 例, 交通伤 2 例, 压砸伤 11 例。新鲜骨折 14 例, 陈旧 1 例。脊髓损伤程度按 Frankel 分级: A 级 2 例, B 级 4 例, C 级 3 例, D 级 5 例, E 级 1 例。CT 检查显示寰椎后弓单一或多发骨折, MRI 检查显示颈脊髓水肿或血肿形成, 导致不同程度的受损平面以下神经功能受损。本组患者均采用全麻气管插管下行寰枢椎椎弓根螺钉固定术治疗。

### 1.2 护理方法

**1.2.1 心理护理** 伤后患者心理上容易产生恐惧、焦虑、紧张、抑郁等不良反应, 在一定程度上影响到了治疗的效果, 护理人员应向患者耐心详细的介绍医院的环境及手术的整个过程, 消除恐惧心理、稳定

情绪, 使患者更好地配合各项治疗及护理<sup>[2]</sup>。此类患者常需要进行颅骨牵引, 患者一般无法忍受长期颈部制动治疗, 期间容易出现烦躁及不能配合, 因此术前教育及心理护理尤为关键。

**1.2.2 牵引与体位** 本组患者均行颅骨牵引, 牵引重量为 3 ~ 5 kg, 颈部两侧采用米袋或沙袋制动防止侧方移位, 颅骨牵引中始终保持牵引绳、头、颈、躯干成一直线, 避免颈部扭曲加重脊髓损伤。护士每班检查牵引绳的松紧, 一旦有松动应及时拧紧, 保持牵引绳在滑槽内, 防止牵引弓抵住滑轮或床头, 牵引锤应悬空, 防止着地或抵触床栏而起不到牵引作用。翻身时需 3 人协同, 1 人站在患者头顶, 保护好头颈部, 拉紧牵引弓, 放下秤砣, 另 2 人同时站在患者的一侧, 3 人朝一个方向翻身保持动作协调及患者身体和颈椎纵轴的一致性, 持续保持颈椎的轻微牵引状态, 严禁躯干和颈部扭曲旋转及防止寰椎后弓向前压迫颈髓甚至挤入椎管而危及生命。牵引过程中重点做好牵引体位和牵引重量的管理及病情的观察, 向患者家属讲解牵引的必要性及注意事项, 不要随意增加或减少牵引重量, 不要在牵引装置上搭或盖被服, 每日检查牵引装置及效果, 保持有效的牵引<sup>[3]</sup>。每日用 5% 碘伏消毒针眼 1 次, 两针眼处覆盖一次性消痛敷料, 防止针眼皮肤的感染, 如牵引针有移动, 要消毒牵引针后再纠正并移动位置。患者卧床颅骨牵引期间避免骶尾部和后枕部发生褥疮, 护理中要注意保持床单平整清洁, 指导并协助患者抬臀, 枕后可垫波浪形水枕, 对骶尾部、枕后皮肤进行按摩, 并鼓励患者在床上主动活动四肢。在进手术室前, 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, 使其身体呈直线水平<sup>[4]</sup>。

**1.2.3 生命体征监护** 持续心电监护 48 ~ 72 h, 保持心率 60 ~ 100 次/min, 血压稳定在 100 ~ 139/60

~89 mmHg, 心率及血压过高或过低都需告诉医生并及时处理。氧气持续吸入, 根据血氧饱和度调节氧流量, 使血氧饱和度维持在 96% 以上, 必要时给鼻导管吸氧或者面罩吸氧, 期间嘱患者深呼吸, 主动做咳嗽动作、翻身拍背、吸痰、胸腹挤压等协助排痰, 必要时行气管切开呼吸机维持, 保证维持血氧饱和度稳定。每 0.5 h 监测血压、心律、呼吸、血氧饱和度 1 次, 每 1 h 观察呼吸频率、深浅度及呼吸的音调有无异常、憋气和呼吸困难。

**1.2.4 体位护理** 术后 3~5 d 仰卧硬板床, 因术后已无颅骨牵引故颈部两侧以米袋或沙袋固定以防颈部左右移动, 植骨块滑脱<sup>[5]</sup>, 颈部自然中立位 6~12 h 后行纵轴翻身, 保持头、颈、躯干呈一直线, 每 2~3 h 翻身 1 次, 避免褥疮的发生, 同时进行拍背护理, 避免坠积性肺炎的发生。术后 3~5 d 后可将床头侧摇高 30°~70°, 同时颈部戴颈托固定, 2~3 h 变换体位, 避免臀部褥疮的发生。

**1.2.5 切口引流管护理** 观察伤口有无肿胀、红肿及异常分泌物渗出, 如有需及时告诉医生并及时处理。伤口敷料有无淡黄色或淡红色渗出液, 如有则一般为脑脊液漏, 立即将负压引流改为普通引流袋引流, 去枕平卧, 术后采取严格的颈部制动、切口局部垫沙袋起加压作用。观察伤口负压引流管是否通畅, 若 24 h 引流的血性液体超过 300 ml 或者伤口敷料较多血性液体渗出, 则需及时告诉医生及时换药, 保持伤口干燥, 避免感染的发生<sup>[6]</sup>。

**1.2.6 康复锻炼及护理** 方法包括瘫痪平面以下肢体关节的向心性按摩, 上肢运动主要是握拳、伸屈运动, 下肢运动主要是直腿抬高训练、伸屈运动。锻炼时动作应掌握力度, 切忌粗暴, 运动部位从手指足趾小关节到肘、肩、膝、髋大关节逐步进行, 循序渐进<sup>[7]</sup>。

## 2 结 果

本组 15 例术后均恢复良好, 无围术期死亡, 无并发症, 出院后 15 例均获得随访, 无脊髓损伤患者

生活均能自理, 14 例有脊髓损伤者 Frankel 分级均有不同程度改善, 平均提高约 1 级, 其中 1 例 A 级损伤恢复至 D 级, 2 例 B 级至 D 级。经过高压氧等康复治疗, 多数患者生活能自理或部分自理。

## 3 体 会

寰枢椎解剖特殊, 接近延髓中枢, 手术难度大、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<sup>[8]</sup>, 故对患者的术后护理极为重要, 护理人员在围术期给予患者正确、周到的护理, 能有效减少并发症的发生, 提高手术成功率。我们做好患者的心理护理、健康宣教、牵引护理和康复锻炼, 密切关注患者生命体征, 及时发现并发症, 使患者早日康复, 生活自理能力得到了一定的提高, 对患者认真细致的护理及观察, 可以降低病死率及缩短住院时间。

## 【参考文献】

- [1] Yilmaz C, Selek HY, Gürkan I. Anterior instrumentation for the treatment of spinal tuberculosis [J]. J Bone Joint Surg Am, 1999, 81(9):1261-1267.
- [2] 张应华. 47 例颈椎骨折合并脊髓损伤患者的围手术期护理分析[J]. 中国医药指南, 2012, 10(36):428-429.
- [3] 冯红娜, 黄世敏, 蔡文涛. 颈椎后路侧块钛板内固定治疗颈椎骨折脱位的护理[J]. 护士进修杂志, 2011, 26(7):629-630.
- [4] 谢玮娜, 于美华, 何丽云, 等. 循证护理解决寰枢椎内固定术中并发症的护理探讨[J]. 东南国防医药, 2010, 12(6):549-550.
- [5] 李春兰, 张 敏. 颈椎前路手术围手术期护理[J]. 东南国防医药, 2003, 5(4):284-285.
- [6] 李水莲. 颈椎骨折伴脊髓损伤的术后护理体会[J]. 护士进修杂志, 2010, 25(15):1430-1431.
- [7] 张子凤, 殷国勇, 余利鹏. 20 例 Hangman 骨折的护理[J]. 中华护理杂志, 2011, 46(1):30-32.
- [8] 陈 卫, 丁真奇, 康两期, 等. 寰枢椎椎弓根螺钉固定治疗 Jefferson 骨折合并齿状突骨折[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2008, 18(1):50-54.

(收稿日期:2013-04-27;修回日期:2013-06-28)

(本文编辑:黄攸生)