

• 护理园地 •

颈椎后路单开门椎管扩大成形术后并发症的观察及护理

刘璐¹, 夏红艳¹, 吴伟华¹, 朱冬梅²

[摘要] 目的 总结颈椎后路单开门椎管扩大减压术后并发症的观察及应对措施。方法 予 23 例颈椎后路单开门椎管扩大成形 Arch 板内固定系统治疗后发生并发症的患者观察及护理进行总结。结果 23 例患者中, 1 例硬膜外血肿患者清除血肿后症状解除, 2 例脑脊液漏经治疗痊愈, 2 例切口感染经治疗切口愈合, 1 例 C₅ 神经根麻痹经激素等治疗症状缓解, 17 例有轴性症状者通过早期锻炼症状得到不同程度缓解。结论 通过科学护理措施及治疗, 能减轻患者痛苦, 促进患者早日康复。

[关键词] 颈椎后路; 单开门; 椎管扩大成形术; 并发症; 护理; 病情观察

[中图分类号] R681.5; R619 **[文献标志码]** B doi:10.3969/j.issn.1672-271X.2016.01.031

颈椎后路单开门椎管扩大减压术, 有减压范围大、颈椎稳定性破坏小、术后并发症少等优点^[1], 但术后仍会产生一系列问题, 如硬膜外血肿、运动神经麻痹、术后开门侧的再关门等并发症, 严重影响患者的生活质量。我院在 2012 年 3 月~2015 年 5 月, 共收治该类手术患者 63 例, 发生并发症 23 例, 占 36.5%, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 23 例患者, 男 13 例, 女 10 例, 年龄 45~68 岁, 平均 48.9 岁。患者均采用颈椎后路单开门椎管扩大成形 Arch 板内固定系统治疗。术后并发症: 硬膜外血肿 1 例, 脑脊液漏 2 例, 切口感染 2 例, C₅ 神经根麻痹 1 例, 术后轴性症状 17 例。并发症例数、超出平均住院天数及超出平均住院费情况见表 1。

表 1 患者术后并发症例数、超出平均住院天数及超出平均住院费情况

并发症	n(%)	超出平均住院天数(d)	超出平均住院费(%)
硬膜外血肿	1(4.35)	7.8	32
脑脊液漏	2(8.70)	6.3	14
切口感染	2(8.70)	5.3	17
C ₅ 神经根麻痹	1(4.35)	4.8	13
轴性症状	17(73.91)	3.5	6

作者单位: 210002 江苏南京, 解放军 81 医院, 1. 骨科, 2. 护理部

通讯作者: 朱冬梅, E-mail: nj81zdm@yeah.net

引用格式: 刘璐, 夏红艳, 吴伟华, 等. 颈椎后路单开门椎管扩大成形术后并发症的观察及护理[J]. 东南国防医药, 2016, 18(1): 93-94.

1.2 结果 1 例硬膜外血肿局麻下行椎管探查术清除血肿后症状解除; 2 例脑脊液漏经局部加压, 改变体位, 抗炎、补液等治疗痊愈; 2 例切口感染经抗感染治疗、换药等措施, 切口愈合; 1 例 C₅ 神经根麻痹患者经制动, 激素、脱水剂及神经营养剂治疗后症状缓解; 17 例有轴性症状者通过早期功能锻炼, 尽早去除颈托等措施后, 症状得到不同程度缓解。

2 观察及护理

2.1 硬膜外血肿观察及护理 ①观察引流液的量、颜色、性质, 一般 24 h 引流量不超过 200 mL, 颜色为暗红, 若引流量减少应检查管道是否有受压、堵塞, 如不通畅可用手挤压引流管使通畅, 引流液突然增多, 颜色鲜红, 敷料渗血严重, 应怀疑硬膜外血肿形成并及时报告医生; ②观察是否有神经根受压症状, 如果患者术后神经压迫症状减轻后又出现肢体无力、麻木、瘫痪并呈进行性加重, 应高度怀疑硬膜外血肿的发生, 遵医嘱立即准备行手术探查; ③观察患者的呼吸状况, 如有呼吸抑制或患者出现护理困难进行性加重, 立即报告医生, 立即拆除伤口缝线, 解除压迫; ④术后颈部沙袋压迫止血, 同时观察颈部情况, 如发生颈部皮下青紫, 按压有硬肿, 应考虑有硬膜外血肿形成。本组 1 例患者术后神经受压症状明显缓解, 术后第 3 天开始出现四肢活动无力, 颈部皮下青紫, 质地较硬, 患者主诉呼吸不畅。CT 示硬膜外血肿, 局麻下行椎管探查术, 证明硬膜外血肿, 术后四肢肌力逐渐恢复, 切口愈合好。

2.2 脑脊液漏的观察及护理 ①24 h 引流量 > 300 mL, 持续增加且颜色呈淡黄色, 将引流液滴至干燥纱布, 如出现淡黄色液体向周围迅速扩散,

提示有脑脊液漏,应立即将负压引流改常压引流,每天观察引流量,间断夹闭引流管,逐渐缩短夹闭间隔时间,待 24 h 脑脊液引流量 <100 mL 时,拔除引流管^[2]。拔除引流管后伤口正常愈合,但伤口周边隆起、局部脑脊液积聚,则行穿刺或放置硬膜外导管引流以促进伤口愈合^[3];②观察手术切口,如切口周围纱布有淡红色液体浸湿,周围有波动感,按压有清亮液体流出,提示有脑脊液漏的可能,在切口周围的波动感明显的部位严格消毒后,用无菌注射器穿刺抽吸,并局部加压^[4];③倾听患者主诉,如出现头痛、头晕、呕吐等提示颅内低压症状,考虑有脑脊液漏;④如发生脑脊液漏,患者有明显头痛头晕等低颅内压症状,予以去枕平卧,局部两侧垫条形沙袋加压。患者头痛头晕症状不明显,可予以拔除引流管后带颈托床上坐起,候效民等^[5]研究表明颈部坐位压力显著低于卧位,坐立位时脑脊液因压力下降漏出减少,故术后可根据患者情况早期床上坐起;⑤避免腹内压的增高,如剧烈咳嗽和用力大便;⑥预防颅内感染:询问患者是否有头痛头晕等症状,观察生命体征尤其是体温的变化,保持伤口清洁、干燥,观察渗出液是否有浑浊等情况,遵医嘱按时使用抗生素治疗。本组 2 例患者术后引流液呈淡黄色,引流液在干燥纱布迅速扩散,经局部加压,拔管后戴颈托床上坐起,补液及防感染治疗后切口愈合。

2.3 伤口感染的观察及护理 ①局部情况观察:伤口是否有疼痛加重,分泌物增多,局部皮温增高,压痛明显或有波动感等症状;②全身情况观察:观察患者体温变化,是否有体温持续升高, >38 ℃;③如发生伤口感染应保持切口周围皮肤清洁、干燥,戴上颈托或去枕仰卧时颈部可垫柔软、吸水性好的全棉毛巾,如因出汗等原因造成伤口敷料潮湿应立即予以更换。遵医嘱使用敏感抗生素、使用红光等理疗,促进伤口愈合。避免剧烈咳嗽,以免牵拉伤口影响伤口愈合。观察患者局部伤口及体温变化,观察患者是否有头痛、颈抵抗、恶心、呕吐等深部组织感染症状。本组 2 例患者术后 3~5 d 伤口红肿,渗出物较多,经使用抗生素、勤换药、红光理疗后分别于术后第 11 天和 13 天拆线,伤口愈合良好,未发生深部感染。

2.4 C₅神经根麻痹的观察及护理 ①术后 1 周严密观察三角肌、肱二头肌肌力及感觉情况,能否抬离床面及对抗阻力,双上肢是否有麻木或痛觉过敏症状等。C₅神经根麻痹的诊断标准为三角肌肌力

下降至 3 级及以下;②观察排除硬膜外血肿;③如患者发生 C₅神经根麻痹,予以保守治疗,甲强龙及甘露醇脱水治疗,注意观察感觉肌力恢复情况。本组 2 例患者术后 2~3 d 出现双上肢痛觉过敏,拒按等症状,肌力均为 3 级以下,通过卧床休息,颈围制动,应用激素、脱水剂及神经营养剂治疗后症状缓解。

2.5 轴性疼痛的观察及护理 ①观察患者是否出现颈部及肩背部疼痛,伴有酸胀、肌肉僵硬和痉挛,且疼痛可达至头顶、耳后及枕下;②王辉等^[6]认为术后长时间的颈部制动在保护颈椎的同时也限制了颈椎的活动度,造成减压邻近节段运动代偿性的增加,也可能是导致术后轴性症状出现的原因之一。术后可指导患者行早期功能锻炼,术后第 1 天行手指、腕关节、肘关节、足趾及踝关节膝关节活动,术后第 2 天行上肢及下肢运动及抗阻练习,上肢运动包括肩关节运动,扩胸运动,双手捏皮球运动,下肢运动包括抬腿运动,踝泵运动及股四头肌等长收缩功能锻炼。引流管拔除后协助患者戴上颈托下床活动,并行颈部肌肉抗阻训练,即可指导患者家属用手掌顶住患者的前额,施加一定力量,嘱患者对抗家属手掌的力量,持续 5 s 后放松,依次顶住患者两侧及后方做抗阻运动,每天 3 次,每次各做十组,随着颈部僵硬情况的好转可以增加次数。出院时指导患者尽早去除颈托,行颈部米字操活动,增加颈椎活动度。本组 17 例患者出现颈项部疼痛及僵硬,指导患者早期功能锻炼,卧床期间主动或被动地伸屈肢体,扩胸运动及上肢肌力训练,双手捏皮球运动,戴上颈托下床,抗阻运动。术后 1 个月指导患者放松颈托并行颈部活动逐渐过度到去除颈托,患者颈部疼痛状况均有不同程度减轻。

【参考文献】

- [1] 朱庄臣,倪 斌,郭群峰,等.多节段颈脊髓病前、后路手术方法的选择[J].颈腰痛杂志,2010,31(2):103-106.
- [2] 于凤宾,陈德玉,王新伟,等.颈前路后纵韧带骨化切除术并发脑脊液漏的处理及疗效分析[J].中国脊柱脊髓杂志,2012,22(10):889-893.
- [3] 江 峰,肖建如,崔安明,等.脊柱肿瘤术后并发脑脊液漏治疗体会[J].东南国防医药,2006,8(4):279-280.
- [4] 李 智,李敬中,谭春华,等.颈椎后路手术迟发脑脊液漏的预防和治疗[J].颈腰痛杂志,2014,35(2):124-126.
- [5] 候效民,王卫民,邱伟文.颈椎侧方穿刺脑脊液检查的临床意义[J].浙江医学,2010,32(6):822-824.
- [6] 王 辉,丁文元,马 雷,等.颈椎术后轴性症状[J].颈腰痛杂志,2014,35(2):146-149.

(收稿日期:2015-08-04;修回日期:2015-09-17)

(本文编辑:黄攸生)