



· 临床护理 ·

# 肩胛骨下胸腔入路治疗上胸椎结核的护理

罗春华 林爱真 (解放军第一七五医院 厦门大学附属东南医院 福建漳州 363000)

**摘要:**目的 研究肩胛骨下胸腔入路治疗上胸椎结核的规范化护理方法。方法 对21例肩胛骨下胸腔入路治疗上胸椎结核病人进行包括术前心理指导、用药指导、术后严密监护、正确的功能锻炼。结果 21例患者通过合理有效的护理,术后恢复良好。结论 有效的护理措施能增强患者对病情的认识,从而更好地配合治疗,促进术后康复。

**关键词:** 胸椎结核 护理

**中图分类号:** R529.2 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2018) 05-184-01

上颈椎椎管因髓外椎管的缓冲间隙小,容易导致高位截瘫的不良后果,上胸椎(T<sub>1</sub>~<sub>4</sub>)周围因解剖结构复杂,显露比较困难,因而出现多样化的上胸椎结核手术入路,病灶清除植骨融合内固定可以有效清除病变组织并稳定脊柱,是目前治疗胸椎结核病变的最有效的治疗方式<sup>[1]</sup>。2002年1月~2016年2月,我科采用肩胛骨下胸腔入路治疗21例上胸椎结核患者,取得满意效果,现汇报如下:

## 1 资料与方法

### 1.1 资料

本组21例,男11例,女10例,年龄18~62(39.36±12.39)。根据Frankel分级:B级1例,C级7例,D级9例,E级4例。结核病灶累及范围:T<sub>1</sub>3例,T<sub>2-3</sub>3例,T<sub>6</sub>6例,T<sub>4</sub>4例。21例术前均摄胸椎正、侧位X线片,行颈胸段CT及MRI检查,以明确椎体的破坏程度、椎体周围脓肿、椎管狭窄和脊髓受压部位与程度,为结核病灶清除提供依据。

### 1.2 手术方法

全身麻醉。患者取侧卧90度位。切口从或C<sub>7</sub>或T<sub>1</sub>棘突水平开始沿肩胛骨内侧缘,向下绕过肩胛下角约2cm再向前达第4、5肋间与腋前线交界处,逐层切开皮肤、皮下、浅层的胸大肌、分离肩胛骨与胸壁之间的疏松结缔组织,用肩胛拉钩向上拉开肩胛,将肩胛骨向后方翻起,撑开胸廓,将肺尖部向前下方牵开,肩胛骨下方最凸的肋骨为第2肋骨,经此作为标志,根据需要切除第3、4或5肋骨,即可充分显露病灶椎体。结扎椎体及上下各椎体节段血管。清除脓肿、干酪样物质、肉芽、坏死椎间盘组织、死骨、用小薄凿或磨钻清除椎体硬化骨,取肋骨植骨,用A0的Ventrofix椎体内固定系统固定,局部应用链霉素、异烟肼,以降低局部的细菌量。常规关胸,放置胸腔闭式引流管。

## 2 护理

### 2.1 术前护理

2.1.1 心理护理:针对患者的具体情况耐心解释手术的方法、效果以及如何进行术前、术后配合,使患者增加对疾病的认识,消除疑虑、恐惧心理,使患者树立信心主动配合手术。

2.1.2 药物治疗:术前常规联合晨起顿服异烟肼(0.3g)、为吡嗪酰胺(0.75g)、为利福平(0.45g)和乙胺丁醇(0.75g),抗结核治疗2-4周,每隔1周复查1次血沉,没有进行性升高趋势时可考虑手术。抗痨药物,是整个手术治疗的基础,也是预后关键,在日常护理工作中要做好督导工作。

2.1.3 肺功能训练:护士在术前1周指导进行肺功能训练。具体训练方法:深呼吸:3次/d,15min/次;吹气球患者取坐位或站立位,指导患者先吸一口气,然后将肺内气体尽力吹入气球内,3次/d,15min/次。

2.1.4 术前营养状态评估:适当的营养是伤口愈合和手术后康复所必需的,所以术前应鼓励患者多进食高蛋白(牛奶+鸡蛋、鱼、牛肉)、高维生素(西红柿、猕猴桃、苹果、胡萝卜、西兰花等富含维生素C)、高钙(小虾米、海带、黑豆)、软化血管(黑木耳富含维生素K)。积极纠正贫血及低蛋白血症。

### 2.2 术后护理

2.2.1 生命体征的监测:该手术一般手术时间较长,术中出血多,患者术后均有不同程度的贫血。密切注意生命体征变化及尿量、伤口渗血情况,术后24~48h内心电监护。术后对血容量不足者,遵医嘱输血输液,严格掌握滴速。

2.2.2 体位护理:去枕平卧,6h后根据病情更换为半卧位,每1~2小时翻身1次,翻身时患者身体保持轴线平直,不扭曲,轻度屈曲髋膝、两膝间夹一软枕。

2.2.3 观察脊髓神经的功能:由于患者术前有脊髓压迫症状,也有可能术中损伤神经根或者脊髓,要严密观察双下肢的感觉、运动及括约肌功能并与术前比较,及时做好记录。

2.2.3 呼吸道管理:术后给予低流量吸氧,监测呼吸频率,术后3d内给予雾化吸入,每天2次,帮助患者拍背,进行有效的咳嗽排痰。患者麻醉清醒后,在能配合的情况下指导进行深呼吸和肺功能训练。

2.2.4 引流管的护理:胸椎结核患者术后常规放置胸腔闭式引流管,应妥善固定,避免扭曲,打折,观察水柱波动的颜色、量及性质,并间断挤压引流管,保持引流通畅,一般情况下胸椎手术的患者常规在患者术后抬高床头30°~40°,以利胸腔引流。

2.2.5 疼痛的护理:向患者解释疼痛的原因,协助采取舒适卧位,维持安宁舒适环境。按摩伤口周围皮肤以分散注意力,教导深呼吸、哈气等松弛技巧,并鼓励听收音机、阅读书报等,以转移注意力。视病情需要按医嘱使用止痛剂并监测用药效果。

2.2.6 功能锻炼:遵循循序渐进的原则。麻醉恢复后指导患者进行四肢的活动,由被动向主动过渡。一般术后第2天做深呼吸和四肢关节的活动,以增加心肺功能和四肢肌力。

2.2.7 出院指导:术后应继续应用异烟肼、吡嗪酰胺、利福平和乙胺丁醇,抗结核治疗12-18周,每月复查1次血常规。术后4-8周可在支具的保护下逐渐进行下地行走训练,运动量由小逐渐增大,并要持之以恒,同时避免负重,防止摔倒<sup>[2]</sup>。如出现不适及时来院就诊。

## 参考文献

- [1] 刘锐.两种手术治疗胸椎结核临床分析[J].海南医学院学报,2012,18:378-380.
- [2] 程筠,杨辉,王宝珠.临床护理告知程序[M].北京:人民卫生出版社,2007:236.

## 参考文献

- [1] 陈春艳,岳林海,王乐.50例大面积脑梗塞临床分析[J].内蒙古医学杂志,2017,(12):1424-1425.
- [2] 黄雪琴.脑梗塞治疗临床分析[J].家庭医药,2017,(5):81-82.
- [3] 刘昆.早期护理干预对促进脑梗塞患者语言、肢体康复的作用[J].心理医生,2017,(29):280-281.

(上接第183页)

于对照组(P<0.05)。由此得知,通过对脑梗塞患者进行早期护理干预相对于采取常规护理的对照组患者<sup>[3]</sup>,可有效缓解患者语言、肢体功能障碍,缓解患者的不良情绪。

综上所述,为脑梗塞患者提供早期护理干预,提高患者的语言、肢体功能,对其提高生活质量,让临床疗效显著提高,值得临床推广。