



· 临床护理 ·

肩胛骨下胸腔入路治疗上胸椎结核围手术期护理

陈桂丹 张文娇 侯静茹 (福建漳州解放军第一七五医院 厦门大学附属东南医院骨科 363000)

摘要: **目的** 探讨肩胛骨下胸腔入路手术治疗上胸椎结核患者的围手术期护理。**方法** 对21例上胸椎结核患者采用肩胛骨下经胸手术进行围手术期的护理,通过完善术前准备、做好心理护理、术后体位护理、胸腔引流管的护理、药物不良反应的观察和指导、早期进行功能锻炼及并发症预防等。**结果** 21例患者均获随访,时间6~48个月,均顺利通过围手术期,术后无一例出现神经损伤、感染等并发症,术后恢复良好。**结论** 严格掌握手术适应症,肩胛骨下经胸内固定术治疗上胸椎结核减压彻底,疗效肯定,具有较大临床价值。而完善的围手术期护理措施能增强患者对病情的认识,从而更好地配合治疗,并能有效地避免术后并发症的发生,促进术后康复。功能锻炼等是患者早日康复的关键。

关键词: 上胸椎结核 肩胛骨下胸腔入路 病灶清除 围手术期护理

中图分类号: R473.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2017)07-370-02

随着社会发展和城市化进程的日益加快、人口迁徙及耐药菌产生等诸多因素,脊柱结核患者在不断增加,尤其是在发展中国家。而上胸椎脊柱结核因髓外椎管的缓冲间隙小,容易导致高位截瘫的不良后果,治疗相当棘手。上胸椎周围解剖结构复杂,显露比较困难,因而出现多样化的上胸椎结核手术入路。传统前路中的肩胛骨下胸腔入路手术视野清晰,可避开重要血管神经等结构,被广泛采用。2014年1月~2017年2月,我科采用肩胛骨下经胸手术治疗21例上胸椎结核患者,取得满意疗效,本文将此类患者围手术期护理体会报告如下。

1 材料与方法

1.1 病例资料

本组21例,男11例,女10例,年龄18~62(39.36±12.79)岁。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的部位与程度,为结核病灶清除术制定方案提供依据。大部分患者有不同程度脊髓压迫,部分有椎旁脓肿,但均无较远处的流注脓肿。在颈胸段MRI图像确定病变椎体,在T1WI像上表现为混杂低信号,在T2WI像上表现为混杂高信号,椎体塌陷、破坏明显,造成胸椎失稳、脊髓受压迫、后凸畸形明显的病椎,即需要手术清除病灶。

1.2 手术方法

全身麻醉,患者取侧卧90°位。切口从C7或T1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、背阔肌、斜方肌、前锯肌、菱形肌和竖棘肌,分离肩胛骨与胸壁之间的疏松结缔组织,用肩胛骨拉钩向上拉开肩胛骨,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,以此为定位标志,根据需要切除第3、4或5肋骨,即可充分显露病灶椎体。结扎病椎及上下各椎体的节段血管。清除脓肿、干酪样物质、肉芽、坏死椎间盘组织、死骨,用小薄凿或磨钻凿除病椎硬化骨。取髓核植骨,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。

1.3 术前护理

1.3.1 用药指导:术前需要用抗结核药物治疗2~4周,常规联合晨起顿服异烟肼(0.3g)、吡嗪酰胺(0.75g)、利福平(0.45g)和乙胺丁醇(0.75g),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治疗。术后继续抗结核治疗6~18个月。在用药过程中,应加强药物知识的宣教,向患者及家属讲解所使用的抗结核药物的名称、剂量、用法及保存方法等。告知患者坚持用药的重要性,认真观察,询问用药情况,及时发现药物不良反应如眩晕、耳鸣、听力下降等,定期检测肝肾功能及出血时间。

1.3.2 心理护理:胸椎结核患者病程长,恢复慢,易反复,大多症状重、体弱、贫血、消瘦,治疗效果欠佳,且大部分为青壮年。患病后生活自理能力下降甚至丧失,部分患者经济状况欠佳,对疾病认知缺乏,护理人员根据患者不同心理状态与其进行交流与沟通。患者在术前常常表现为焦虑,恐惧甚至抑郁等负性心理。护理人员要向患

者交代手术的安全性,主刀医师的技术力量,消除患者的思想顾虑,增强患者对医护人员的信任度,降低对手术的恐惧。

1.3.3 饮食护理:胸椎结核患者多数体重消耗严重,又要进行开胸手术,饮食调养尤其重要。保证合理的营养成分供给,避免辛辣刺激油炸食物,嘱患者进食优质蛋白如鸡蛋、瘦肉、鱼、豆类、牛奶等高蛋白、高热量食物,摄入新鲜蔬菜和水果等富含维生素的食物,以提高手术患者的耐受力,增强抵抗力和对麻醉的耐受性。协助患者做好饮食调整,有利于术后恢复。

1.4 术后护理

1.4.1 体位护理:由于手术为气管插管全麻,气管黏膜受到刺激,使咽喉部疼痛影响患者的自主咳嗽及深呼吸,全身麻醉未醒的患者应给予去枕平卧位,头偏向一侧,防止呕吐物误吸导致窒息。为了预防压疮发生,每2~3小时帮助患者翻身1次,翻身时动作要轻柔,注意使脊柱保持在一条直线上,不弯曲,不扭转,尾骶部垫海绵,以减轻对骶尾部的长期压迫,局部皮肤经常用温水清洗擦干,保持皮肤干燥。并给予涂塞肤润保护。

1.4.2 呼吸道护理:加强口腔护理,注意保暖,鼓励患者多做深呼吸、有效咳嗽、咳痰训练,及扩胸运动,定时协助翻身轻叩胸背部,便于痰液及时咳出。必要时联合使用雾化吸入和排痰治疗仪协助排痰。

1.4.3 胸腔引流管的护理:妥善固定,保持胸腔引流通畅,防止受压,扭曲及脱落。严密观察引流液的颜色、量、性质情况。密切观察胸腔闭式引流管的水封瓶水柱波动的情况,定时挤压胸管,保持有效引流,如术后每小时引流量大于100ml,持续3h引流液仍不见减少者,且引流液呈鲜红色血性,引流管触之有温度,应警惕胸腔内活动性出血,应及时报告医生进行处理。一般术后在48~72h引流量明显减少,如24h引流量小于50ml,负压波动已固定,经透视肺复张良好,可拔出胸腔引流管。

1.4.4 脊髓神经功能的观察:由于手术牵拉可能损伤脊髓或破坏脊髓的血供,麻醉完全清醒后,密切观察双下肢的运动、感觉情况及大小便反射功能。指导患者主动足趾和踝关节伸屈活动,并与术前作比较。若出现肢体感觉减退或障碍加重,应考虑是否切口内血肿形成,要立即报告医生做出相应处理,预防不可逆的神经损伤,手术所至的脊髓神经损伤一般在麻醉清醒后即能表现出来。

1.4.5 功能锻炼:遵循由少到多、由小到大、循序渐进的原则,术后早期鼓励患者做扩胸运动深呼吸、有效咳嗽、咳痰,可增加肺活量,促进肺扩张,预防肺部并发症的发生。全身活动,由被动活动逐渐过渡到主动活动,如双上肢手指握拳活动,腕关节、肘关节的屈伸运动,双下肢股四头肌等长收缩,踝关节的背伸、跖屈运动和足趾的活动。伤口拆线后,可佩带支具扶患者坐起,下地活动,活动时避免做躯体侧屈、扭转、弯腰等动作,活动强度要循序渐进,运动时间以不引起疲劳为度,同时注意有无呼吸困难、头晕等不适症状。

1.4.6 脊髓神经功能的观察:由于手术牵拉可能挫伤脊髓或破坏脊髓血供,或硬膜外血肿直接压迫均会造成脊髓损伤,严重者致瘫痪(下转第372页)



干燥。肢静脉血栓护理：下肢静脉血栓形成是腰椎手术后并发症之一。临床上虽不多见，但仍时有发生，如诊断不及时或处理不当，可并发肺栓塞导致死亡，后果严重。手术前对高龄、高血压、高凝状态的患者可预防性使用抗凝、抗聚药物，以预防疾病的发生。术中尽量避免使用止血药物和缩短手术时间，以减少创伤和出血，减少对腹腔的压迫，避免导致下肢静脉回流受阻。

1.3 评价指标

观察两组腰腿疼痛残留的情况，采用疼痛数字评分量表(NRS)进行评定。采用自制护理满意度质量评价调查问卷进行护理满意度调查。

1.4 统计学处理

以SPSS19.0统计学软件进行数据分析，计量资料以均值±标准差描述，组间比较采用独立样本t检验，计数资料以百分率描述，组间比较采用χ²检验，均以P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组腰腿疼痛残留的情况

对80例患者术后3个月、6个月分别进行随访，比较两组腰腿疼痛残留情况，观察组患者的3个月残留症状和6个月残留症状都低于对照组，差异有统计学意义(P<0.05)。见表1。

表1：两组腰腿疼痛残留情况比较n(%)

组别	例数	3个月残留症状	6个月残留症状
实验组	40	7 (17.5)	4 (10.0)
对照组	40	15 (37.5)	12 (30.0)

2.2 两组患者护理满意度比较

观察组：满意23例，比较满意14例，不满意3例，满意度为93.5%。对照组：满意18例，比较满意11例，不满意11例，满意度为72.5%。观察组患者的护理满意度高于对照组，差异有统计学意义(P<0.05)。见表2。

表2：两组患者护理满意度比较[n(%)]

组别	例数	满意	比较满意	不满意	满意度
观察组	40	23 (57.5)	14 (35.0)	3 (6.5)	93.5
对照组	40	18 (45.0)	11 (27.5)	11 (27.5)	72.5

3 讨论

成人退变性脊柱侧凸是一种渐进致残性疾病，是由于腰椎的椎间盘及腰椎两侧椎间小关节非对称性的逐渐退行性改变，从而导致腰椎脊柱冠状面和矢状面移位和滑脱。主要发生在老年人群，退变性脊柱侧凸

的疾病发生发展过程很长，疾病的进展较慢。退变性脊柱侧凸患者主要表现为腰腿疼痛、双下肢不等长，有的还表现为姿势性侧弯，严重影响着患者的生活。手术矫正脊柱畸形是最主要的治疗方法。腰椎管狭窄症是中老年人常见的腰椎退变性疾病，常导致患者下肢神经源性跛行[4]。手术治疗以减压为主，对于术前合并节段不稳的患者，在减压的同时，需行融合。腰椎管狭窄合并退变性侧凸畸形的患者多数年龄较大，术前合并症较多，手术创伤大及风险高，术后并发症发生率较高。全面的护理干预，首先对患者的心理状况进行评估，针对患者情况，制定个性化的护理措施，指导并协助患者进行康复训练，增加了患者配合治疗的主观能动性和依从性，提高了患者治疗的信心[5]。

本研究结果显示，对80例患者术后3个月、6个月分别进行随访，比较两组腰腿疼痛残留情况，观察组患者的3个月残留症状和6个月残留症状都低于对照组，差异有统计学意义(P<0.05)。观察组：满意23例，比较满意14例，不满意3例，满意度为93.5%。对照组：满意18例，比较满意11例，不满意11例，满意度为72.5%。观察组患者的护理满意度高于对照组，差异有统计学意义(P<0.05)。因此，积极治疗术前合并症，做好手术体位的指导是手术成功的基础；术后做好病情观察、并发症的治疗和护理及指导患者进行功能锻炼是手术成功的保证，能有利于提高护理满意度。

参考文献

[1] Schwab F, Patel A, Ungar B, et al. Adult spinal deformity post-operative standing imbalance: how much can you tolerate? An overview of key parameters in assessing alignment and planning corrective surgery [J]. Spine, 2010, 35(25): 2224 - 2231.

[2] Schwab F J, Blondel B, Bess S, et al. Radiographical spinopelvic parameters and disability in the setting of adult spinal deformity. A prospective multicenter analysis [J]. Spine, 2013, 38(13): E803 - 812.

[3] 顾英. 腰椎管狭窄后路减压植骨内固定术45例围手术期护理 [J]. 齐鲁护理杂志, 2011, 17(29): 56 - 57.

[4] 寇福新, 孙常太. 退行性腰椎管狭窄症的治疗进展 [J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2013, 23(8): 756 - 759.

[5] 罗继琛, 吴群英, 邓亚军, 等. 临床优质护理对射频消融术联合臭氧治疗腰椎间盘突出症临床疗效影响的分析 [J]. 实用临床医药杂志, 2014, 18(8): 41 - 43.

(上接第369页)

助产士的职业素养；另一方面是助产士相关医疗急救设备以及急救药物的及时补充等物质方面的全力支持；最后是大力宣传助产士相关的安全知识以及法律常识，并且完善助产士岗位的相关制度，“有制可依，有制必依”，营造良好的工作氛围。

参考文献

[1] 王雅丽. 产房助产士护理的风险因素及防范 [J]. 医疗装备

.2016(5).186-187

[2] 由广红. 探讨产房助产士护理存在的风险因素以及防范措施 [J]. 世界最新医学信息文摘(电子版). 2016(2).181-182

[3] 王晖. 产房助产士护理风险因素与对策探索 [J]. 中国继续医学教育. 2015(4).158-159

[4] 陆丽, 钟丽红, 代莉等. 产房助产士护理风险因素及防范分析 [J]. 中国当代医药. 2012(5).126-127

(上接第370页)

疾。待患者麻醉完全清醒后，密切观察双下肢的运动、感觉情况及大小便反射功能。指导患者主动足趾和踝关节伸屈活动，并与术前作比较。若出现肢体感觉减退或障碍加重，应考虑是否因过度矫正或切口内血肿形成，要立即报告医生给予处理。

1.5 出院指导

在医生的指导下佩戴支具，保持腰椎正确姿势，卧位应选择硬板床，坐姿应选择高而有靠背的椅子，不要长时间处于一种姿势，避免久坐久站，避免弯腰拾物，教会患者日常生活正确的姿势如拾物、坐、站、行走等；负重及功能锻炼时要循序渐进，加强自我保护，半年内避免重体力劳动，佩戴支具6个月~1年；加强营养，多食蔬菜水果，预防便秘；医生指导下，连续服用抗结核药物2年左右，没有特殊情况不可随意间断，并注意观察药物的副作用；每月到医院复查血常规、

血沉、肝肾功能。定期门诊随访。

2 小结

肩胛骨下胸腔入路手术治疗上胸椎结核手术过程复杂，术后易发生并发症，对护理工作提出了更高的要求，因此，要严格掌握手术的适应证，是提高手术成功率的重要环节。而完善的术前准备是手术顺利进行的保证，术后病情观察、预防术后并发症及早期功能训练从而确保手术的成功。术后病情观察、预防术后并发症及早期功能训练是降低并发症发生率，提高手术治疗有效率的关键。本组21例患者均取得了满意的效果，无并发症发生。

参考文献

[1] 詹新立, 肖增明, 贺茂林, 等. 前方经胸骨或侧前方经肩胛下入路手术治疗上胸椎结核 [J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2009, 19(11): 808 - 812.