

强直性脊柱炎胸腰椎骨折合并后凸畸形患者行截骨矫形内固定术的护理

李晓林, 宋亚红

(上海第二军医大学附属长征医院骨科, 上海, 200003)

[摘要] 目的 探讨强直性脊柱炎胸腰椎骨折合并后凸畸形患者行截骨矫形内固定术的护理方法。方法 回顾性分析 8 例强直性脊柱炎胸腰椎骨折合并后凸畸形患者的临行截骨矫形内固定术的护理经验。结果 8 例患者均顺利度过围手术期, 术后患者脊柱后凸均得到矫正, 无 1 例出现肺部感染、泌尿系感染等并发症。结论 针对性的护理措施及良好的专科指导能有效提高矫形内固定术治疗强直性脊柱炎胸腰椎骨折合并后凸畸形患者的临床治愈率, 减少并发症, 促进术后患者机体康复。

[关键词] 强直性脊柱炎; 胸腰椎骨折; 矫形内固定术; 护理

[中图分类号] R473.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8283(2013)02-0060-03 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2013.02.019

Experience of nursing AS patients with fractures of thoracolumbar vertebra combined with kyphotic deformity treated with osteotomy and internal fixation

Li Xiaolin, Song Yahong // Modern Clinical Nursing, -2013, 12(2):60.

[Abstract] **Objective** To explore the strategies for nursing the ankylosing spondylitis (AS) patients with fractures of thoracolumbar vertebra combined with kyphotic deformity treated with osteotomy and internal fixation. **Method** The nursing histories of 8 AS patients with fractures of thoracolumbar vertebra combined with kyphotic deformity treated with osteotomy and internal fixation were retrospectively analyzed to summarize the nursing strategies. **Result** All the 8 patients lived through the perioperative periods, with kyphotic derformity corrected and no complications like pulmonary or urinary system infections. **Conclusion** Pertinent care and effective special instructions to the patients may be clinically effective in improvement of heal rates of fractures of thoracolumbar vertebra combined with kyphotic deformity, reduction of complications and facilitation of their rehabilitation.

[Key words] ankylosing spondylitis; fracture of thoracolumbar vertebra; internal fixation; nursing

强直性脊柱炎 (ankylosing spondylitis, AS) 是以中轴关节慢性炎症为特征的一种原因不明的全身性疾病, 临床上以脊柱畸形强直、弯腰活动障碍为主要特征^[1]。AS 病史较长的患者, 常形成僵硬、固定的脊柱畸形^[2]。由于脊柱运动节段僵硬、骨质疏松, 轻度的创伤、甚至无外力作用即可产生脊柱骨折^[3]。AS 脊柱骨折最常见于下颈椎, 其次为胸腰椎和腰椎^[4]。后凸畸形是 AS 病变后期造成的矢状面上的脊柱畸形, 此时进行脊柱截骨矫正手术是唯一的治疗方法^[5], 而优质的术前、术后护理是保证患者手术安全, 减少手术并发症, 提高手术疗效的关键。本科室自 2010 年 6 月 ~ 2011 年 6 月采取胸腰椎后路 / 前后联合入路矫形内固定术治疗 AS 胸腰椎骨折并后凸畸形患者 8 例, 取得满意效果。现将围手术期护理体会报道如下。

[收稿日期] 2012-09-15

[作者简介] 李晓林 (1981-), 女, 江苏盐城人, 护师, 本科, 主要从事临床护理工作。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2010 年 6 月 ~ 2011 年 6 月本科室收治 8 例 AS 胸腰椎骨折患者, 其中男 7 例, 女 1 例, 年龄 30 ~ 64 岁, 平均 (47.0 ± 5.2) 岁; 病程 8 ~ 37 年, 平均 (15.8 ± 4.3) 年。8 例患者均有程度不等的胸腰段脊柱后凸畸形, Cobb 角 14.5° ~ 36.9°, 平均 (18.5 ± 0.3)°。所有患者的 X 线片均符合 AS 的诊断标准, 且均伴有骨质疏松。血清 HLA-B27 检查结果均为阳性。术前肺功能检查显示 3 例存在一定程度的限制性通气功能障碍。

1.2 手术方法

手术均在全麻下进行, 7 例行胸腰椎后路截骨矫形植骨融合内固定术, 1 例行后路截骨矫形内固定术 + 前路植骨融合术。后路手术时, 手术台头端必须屈曲来适应后凸畸形; 前路手术时, 患者头部和上胸椎用垫子和枕头来支撑。

2 结果

8例患者均顺利度过围手术期,术后患者脊柱后凸均得到矫正,无1例出现肺部感染、泌尿系感染等并发症,仅2例出现轻度脑脊液漏,经及时治疗及护理后痊愈。

3 护理

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理 功能削弱、严重的进展性胸椎后凸畸形伴平视能力丧失会对AS患者产生消极的社会和心理影响。它不仅使患者的日常活动如平卧、面对面的交流、驾车步行及个人卫生等受到明显的限制,而且造成患者情绪悲观,甚至由于患者对该手术了解甚少,从而产生恐惧、焦虑等心理。我们根据患者具体情况,术前1d耐心细致地向患者详细介绍手术目的、大致时间、麻醉方式、优点、适应证、手术效果,消除患者的手术顾虑,同时介绍主治医师的情况、成功的病例,使患者消除紧张情绪,树立其战胜疾病的信心,取得患者的合作,以利于手术顺利进行。

3.1.2 体检评估 为了减少AS胸腰段后凸畸形围手术期并发症,对患者进行全面的术前临床评估,包括全身情况的评估和与疾病有关的特殊情况的评价。

3.1.2.1 体态评估 观察患者直立时脊柱后凸程度及有无合并侧凸。让患者双腿伸直仰卧于床上,观察其头与床面间距离,评估其后凸程度。平卧时看其双腿能否平伸于床面,评估髋关节功能状态。

3.1.2.2 颈椎评估 先阅读病历,了解有无颈椎骨折或脱位、半脱位,颈椎后凸畸形^[6],无特殊情况时,在医护人员指导下让患者做低头及后仰、左右转头动作,评估颈椎受累程度,是便于麻醉气管插管的配合。

3.1.2.3 肩关节功能评估 检查患者两上肢上举是否受限;做扩胸、外展、内收运动,观察肩、肘关节有无活动受限。

3.1.2.4 髌、膝关节功能评估 患者做下蹲动作、立姿屈膝屈髌、卧位蹬足动作,观察患者关节功能,观察其下蹲时双膝是否能并拢(不能并拢时示髌关节有受累)。

3.1.2.5 肺功能的评估 AS患者由于肋椎关节骨化致胸壁的扩张运动减小、后凸畸形所产生的肺换气功能受限而严重影响肺功能。因此术前应根据血气分析及肺功能检查的结果,针对性地采取有效措施,避免并发症的发生。

3.1.3 术前训练

3.1.3.1 体位训练 对于需要俯卧位手术者,为了保证患者耐受此体位,配合手术顺利进行,术前需进行有效的体位训练。给患者翻身呈俯卧位,先用面包枕分别垫起两肩,头部垫小软枕,头偏向一侧;再用面包枕垫起两侧髂部;最后用面包枕垫起两侧肋部,使胸腹部悬空。两膝关节下垫膝圈,胫骨下垫大枕头,高度以足呈自然状态,不顶压大拇趾为宜,约束带固定大腿根部。两上肢向上呈自然屈曲状放在头两侧,前臂垫薄软枕^[7]。

3.1.3.2 呼吸训练 指导患者练习深呼吸,有效咳嗽。术前2~3d指导患者进行横膈式呼吸。方法:指导患者双手放置胸前闭嘴经鼻深吸一口气,并屏住10s后缩唇(吹哨样)缓慢呼气4~6s或呼出至尽,做3~5次/h,从而增加肺活量,防止术后因体位改变和伤口疼痛而不敢呼吸咳嗽或咯痰而引起肺部并发症。

3.1.3.3 排便训练 训练患者床上排便习惯,避免术后发生尿潴留及排便困难。

3.1.4 物品准备 术前责任护士参加主治医师查房和术前讨论,了解术中可能出现的问题,备好各种急救药品及器材。

3.2 术后护理

3.2.1 生命体征的监测 患者术后返回病房,与麻醉手术科室的医护人员交接患者的生命体征情况后,立即给予持续心电监护和氧气吸入,氧流量2L/min,严密监测生命体征和血氧饱和度,特别注意呼吸的频率、节律和强弱,保持呼吸道通畅。对于呼吸功能严重受损及矫形角度较大的患者,术后呼吸功能可能一过性恶化甚至呼吸衰竭,可带气管插管回病房密切观察,必要时使用呼吸机辅助呼吸。

3.2.2 体位护理 术后绝对卧床休息,保持脊柱的稳定性非常重要。由于脊柱的后凸畸形致使患者不能平卧,仰卧时必须根据患者的生理曲度摇高床头保持呈半坐卧位,同时膝关节摇高15~30°以防身体下滑保持舒适的体位;翻身时扶持肩胛部及髌部轴向翻身,保持脊柱为一直线;侧

卧位时将下腿伸直上腿屈曲,两腿之间垫以软枕,外踝外用小海绵圈衬垫。

3.2.3 脑脊液漏护理 发生脑脊液漏的原因是因为术中硬膜缝合不严密或硬膜破损修补困难引起术后脑脊液流出体外,包括脑脊液从切口流出或伤口引流液中发现脑脊液。具体护理措施:①头低脚高、仰卧位;加强伤口换药;②延长切口引流管留置时间,并改为低压或正压引流;③如拔管者伤口局部加压;④消除一切可能引起腹压增高的因素,如剧烈咳嗽、尿潴留或便秘等;⑤口服醋酸酞胺,减少脑脊液分泌;⑥全身营养支持,维持水电解质平衡;⑦全身预防性应用广谱抗生素预防感染发生。本组有2例术后出现轻度的脑脊液漏,经全身抗生素治疗、正压引流,加强营养后于术后5d康复。

3.2.4 预防血肿形成 术后血肿与术中止血不彻底,术后引流不畅有关。护理措施:①观察伤口周围肿胀、伤口引流、双下肢感觉运动情况,如果出现伤口周围肿胀引流不畅、四肢感觉麻木进行性加重应警惕血肿的形成;②保持伤口负压球引流在位、通畅,给予持续负压吸引,并观察引流液的颜色、质、量;③一旦出现血肿,立即汇报医生,情况紧急在床旁给予拆除伤口缝线,放出瘀血。送手术室做进一步的清创;④耐心倾听患者的主诉;⑤遵医嘱使用给予甲基强的松龙冲击治疗,观察用药效果及反应。

3.2.5 预防压疮 引起压疮的主要原因是患者由于疼痛采取被迫体位,并与持续的时间长短有关。护理措施以预防为主。加强对局部受压部位皮肤的观察,间隙性接触压迫是预防压疮的首要措施,翻身是最简单而有效的压力解除法。一般每2h翻身1次,采用轴线翻身法,由2~3人将患者轻轻抬起移动翻转,避免拖拉造成患者皮肤破损。翻身时在骨突处,尤其是大转子及尾骶部垫一波浪形水垫,以保护受压的皮肤,并予局部按摩^[8]。同时,重视患者营养支持,提高机体抵抗力和组织修复力^[9]。

4 结论

对于AS伴有脊柱骨折的患者通常伴有全身其他脏器尤其是呼吸器官的损害,手术治疗并发症多,风险大,治疗效果欠佳,死亡率高^[10]。但随

着治疗方法不断改进,手术治疗安全性大大提高,可以很好地维持脊柱的稳定性,同时解除对神经的压迫,可有效避免因为长期牵引和外固定引起的并发症^[11]。细致周到、正确的护理措施可提高手术成功率,减少并发症的发生,提高治愈率。护理人员协助完善各项准备工作,做好患者围手术期的心理、生理等全面针对性护理,并指导患者积极的术后康复。

参考文献:

- [1] 陶婧,唐跃琼,屈丽.护理干预对强直性脊柱炎患者功能状态的影响[J].中国实用护理杂志,2006,22(10):28-29.
- [2] Chang KW, Tu MY, Huang HH, et al. Posterior correction and fixation without anterior fusion for pseudoarthrosis with kyphotic deformity in ankylosing spondylitis [J]. Spine, 2006, 31(13):408-413.
- [3] El Masry MA, Badawy WS, Chan D. Combined anterior and posterior stabilisation for treating an unstable cervical spine fracture in a patient with long standing ankylosing spondylitis [J]. Injury, 2004, 35(10):1064-1067.
- [4] Tico N, Ramon S, Garcia-Ortun F, et al. Traumatic spinal cord injury complicating ankylosing spondylitis [J]. Spinal Cord, 1998, 36(5):349-352.
- [5] 李景欣,瞿东滨,金大地.腰椎单节段经椎弓根椎体截骨术矫治强直性脊柱炎后凸畸形[J].中国矫形外科杂志,2008,16(3):182-184.
- [6] 钱邦平,邱勇,王斌,等.强直性脊柱炎胸腰椎后凸畸形的手术矫形时机选择[J].中华风湿病学杂志,2007,11(2):101-104.
- [7] 杨健,王巧桂.脊柱侧弯术中体位摆放的护理628例[J].中国实用护理杂志,2006,22(10):30.
- [8] 杨琳,陈秀君,夏一兰,等.化脓性脊柱炎患者的护理[J].中国实用护理杂志,2007,23(10):18-19.
- [9] 刘向群.波浪床联合封闭式负压引流治疗1例多发性压力性溃疡患者的护理[J].现代临床护理,2009,8(12):61-63
- [10] Shen FH, Samartzis D. Surgical management of lower cervical spine fracture in ankylosing spondylitis [J]. J Trauma, 2006, 61(4):1005-1009.
- [11] Zochling J, van der Heijde D, Burgos-Vargas R, et al. ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis [J]. Ann Rheum Dis, 2006, 65(4):442-452.