

## · 短篇论著 ·

## 58 例胸椎结核患者经前路行病灶清除植骨融合术的围手术期护理

霍雪娥 常小利 李绒 陈其亮

脊柱结核发病率约占骨关节结核的 50%<sup>[1]</sup>。胸椎结核仅次于腰椎结核,但较颈椎结核发病率高,达 39.6% 左右<sup>[2]</sup>。胸椎结核常导致椎体破坏,造成脊柱后凸畸形、椎管受压,影响脊柱稳定性。经过多年的探索,手术已成为治疗脊柱结核的重要手段<sup>[3]</sup>。胸椎骨质破坏可导致胸椎畸形和截瘫,胸椎结核较腰椎结核具有更大的危险性<sup>[2]</sup>。手术治疗胸椎结核的主要目的是清除病灶、椎管减压、植骨融合、矫正后凸畸形<sup>[4-5]</sup>。为降低胸椎结核致残率,构建脊柱稳定性,开展植骨内固定术和做好术前术后各项护理工作成为术后患者恢复的关键环节,对预防术后并发症有着重要的意义。现将 2009 年 1 月至 2012 年 1 月在我院采用经前路行病灶清除植骨内固定融合术治疗胸椎结核 58 例护理体会总结如下。

## 资料和方法

## 一、基本资料

58 例患者,其中男 36 例,女 22 例,年龄 20~68 岁,平均年龄(40±8.9)岁。其中 T<sub>3-5</sub> 椎体结核 8 例, T<sub>6-8</sub> 椎体结核 22 例, T<sub>4-8</sub> 椎体结核 1 例, T<sub>9-10</sub> 椎体结核 25 例, T<sub>11</sub> 椎体结核 2 例;其中 46 例患者合并有肺结核(38 例肺结核为陈旧性病灶),5 例患者合并有髋关节结核,3 例患者合并有骶髂关节结核,3 例患者合并有结核性胸膜炎;患者均有不同程度的发热、椎体破坏和椎旁脓肿形成;15 例伴有脊髓压迫症状,其中全瘫伴感觉障碍 1 例,合并 III 期压疮;不全瘫痪伴感觉障碍 14 例。神经功能按美国脊柱损伤协会(ASIA)神经功能分级<sup>[6]</sup>:B 级 1 例,C 级 24 例,D 级 17 例,E 级 16 例;胸椎结核手术适应证<sup>[7]</sup>:(1)椎体破坏,大块死骨形成;(2)椎旁脓肿较大;(3)椎体后缘破坏侵及椎管,并有较重的疼痛不能缓解;(4)伴有脊髓受压,特别是出现不全瘫痪及截瘫者应尽早手术治疗。手术入路:右开胸入路 56 例,左前方胸膜外入路 2 例,均采用病灶清除取同侧部分肋骨植骨融合术。

## 二、护理

## (一)一般护理

告知结核病方面的知识及治疗效果,耐心解答患者心存的疑虑,消除患者的紧张情绪。增加患者战胜疾病的信心,使其积极配合医务人员进行规范治疗。患者需绝对卧床休息,减轻脊髓压迫,防止瘫痪加重。根据患者的各项指标,制定治疗方案。用药方案:INH、RFP、PZA、EMB 及 Lfx。使用抗结核药治疗 3~4 周,待患者结核中毒症状减轻,拟定手术方案。合并截瘫的患者手术时机的选择,不应

过分强调强化抗结核治疗的时间及血红细胞沉降率的下降情况,应尽快进行术前准备,进行强化抗结核治疗及营养支持治疗的同时,尽早实施手术。

## (二)术前护理

1. 护理评估:患者文化程度、结核病相关知识的掌握程度;肢体的感觉、运动减退或消失的程度;大小便是否正常,以便判断脊髓压迫的平面范围。

2. 心理护理:告知患者手术目的、必要性、安全性和注意事项。耐心解答患者的疑虑,并让其与恢复期的患者交流,消除其紧张情绪,并告知大致的手术流程,使其积极配合医务人员开展手术。因术后仍需绝对卧床,术前练习床上使用大小便器,以及如何轴线翻身。

3. 饮食护理:结核病是慢性消耗性疾病,长期的低热、盗汗,机体消耗增加,指导患者多摄取高热量、高蛋白、高维生素饮食,确保身体所需,增加身体抵抗力。

4. 体位护理:需绝对卧床休息。因局部骨质破坏,脊柱缺乏稳定性,卧床可减轻椎体压力,防止病理性骨折或脊髓受压。

5. 呼吸道的准备:麻醉方式为全身麻醉,术前 1 周需戒烟,并作呼吸功能锻炼,练习腹式呼吸和咳嗽方法等。

6. 消化道的准备:术前 1 日摄取易消化饮食,术前通便灌肠,留置导尿。术前 12 h 禁食,4 h 禁饮。

7. 皮肤的准备:术前 1 日剪去手术野周围 20 cm 范围皮肤上汗毛,并洗澡清洁皮肤。卧床患者,需进行床上擦浴,有瘰道口的患者清洁皮肤时避开瘰道口,防止污液流入,造成潜在感染。清洁皮肤后应更换干净衣物。

8. 术前给予留置导尿,遵医嘱术前 0.5 h 给予静脉滴注二代或三代以上头孢菌素类抗生素预防感染,以及复方氯化钠 1000 ml 静脉滴注,肌肉注射阿托品 0.5 mg,苯巴比妥 0.1 g。

## (三)术后护理

1. 术后进入监护室,按全麻术后护理常规进行护理:卧硬板床,患者未完全清醒时,给予去枕平卧,头偏向一侧,确保呼吸道畅通,必要时吸痰。持续低流量氧气吸入,2~4 L/min,密切观察患者的意识、体温、心率、呼吸、血压、血氧饱和度及伤口敷料有无渗血等;必要时给予加被保暖,并妥善固定各种引流管。

2. 呼吸道的护理:术后需长期卧床,要预防肺部感染发生,应尽早鼓励患者行有效咳嗽,将深部痰液咯出;必要时,遵医嘱给予雾化吸入,0.9% NaCl 20 ml+庆大霉素 8 万单位+α-糜蛋白酶 4000 U 进行雾化,可将痰液稀释,使其易于咯出,也可起到预防肺部感染的作用;深呼吸,3 次/d,15 min/次,或练习吹气球、吹泡泡,均可促进肺复张。

3. 消化道护理:术后需卧床 3~4 周,活动量少,代谢缓慢,肠蠕动次数较术前减少,易引起便秘;饮食应注意食用易

消化的营养饮食。如患者大便干燥,不易排出,可使用适量开塞露从肛门挤入,待 5~10 min,即可将粪块排出。如果此方法无效,可使用温生理盐水给予缓慢灌肠,以软化粪块,予以排出。同时应询问患者近日的饮食状况,观察患者的舌苔变白增厚,表明消化不佳,可建议服用健胃消食片等帮助消化,同时检查是否由药物不良反应引起的消化系统功能失调。

4. 胸腔闭式引流管的护理:妥善固定、瓶口应低于患者胸腔 40~60 cm,定时挤压引流管、观察引流液的量、颜色及波动范围,如引流液持续大于 100 ml/h,且引流液颜色鲜红或暗红,黏稠易凝固,疑有活动性出血,应立即告知医生及时处理。术后 48~72 h 患者病情平稳,日引流液 < 50 ml,且随着患者的呼吸,胸腔闭式引流瓶内的水柱波动不明显,X线胸片显示肺部膨胀良好,可考虑拔管;拔管后需观察患者有无胸闷、气短等不适症状。

5. 压疮的预防:因脊柱术后卧床时间较长,神经压迫导致肢体感觉减弱的患者,较其他疾病更易发生压疮。应该制定翻身计划,2~4 h 翻身 1 次,观察受压皮肤的色泽情况。如发现受压,增加翻身次数,并给予局部按摩或用百多邦(莫匹罗星软膏)外敷,促进血液循环。还要根据实际情况对受压部位进行评估并分期,以便制定相应的护理措施,杜绝压疮病情进一步发展。术后初期伤口周围有敷料覆盖,易被忽略,此处透气性差,也应定时观察伤口周围皮肤的受压情况。

6. 术后运动感觉恢复情况观察及护理:观察术前的神经压迫症状有无减轻或进行性加重,术后每日观察腹壁及下肢皮肤有无感觉(痛觉、温度、知觉等)变化,以及下肢肌力恢复情况和有无排尿障碍,有异常情况时及时告知医生处理。

7. 功能锻炼:早期的功能锻炼对手术后伤口的愈合、肌肉群的锻炼、防止下肢静脉曲张形成有明显作用。术后第 1 天开始下肢功能锻炼,在许可的情况下,做直腿抬高运动,双腿交替进行。58 例手术患者均采用自身手术同侧的髂骨进行植骨,患者因疼痛而不愿将此侧下肢抬离床面,也可做等长收缩给予被动活动,也可以将弹性小的垫子放在床尾,患者用脚掌进行踩蹬,以促进下肢肌肉群的锻炼,3 次/d,30 个/次,此法效果良好。任何功能训练都要遵循循序渐进的原则,时间由短到长,强度由弱至强,次数逐渐增加,以肌肉无酸痛为宜。术后卧床 1 个月后佩戴支具下地活动,支具需佩戴保护 3 个月<sup>[8]</sup>。佩戴支架的目的是保持胸椎正常功能位,增加脊柱的稳定性,防止胸椎过度旋转,加快植骨融合。

### 三、出院指导

1. 用药指导:结核病为慢性消耗性疾病,疗程长,强化期为 2~3 个月,巩固期需 6~18 个月,出院后按照化疗方案(2HRZE/4HR)继续巩固治疗。定期复查血常规、红细胞沉降率、肝肾功能,绝不可因为不适症状消失随意停药或增减药物剂量;每 3 个月复查 X 线胸片 1 次,观察植骨融合情况和病情稳定情况,直到骨质愈合。

2. 饮食指导:加强饮食营养,避免辛辣刺激性食物,应多食高蛋白饮食,以增加抵抗力。

3. 生活起居指导:卧硬板床,活动时佩戴支具,避免负重、过度转身、弯腰等动作,活动要适量,以不劳累为宜。

4. 防止呼吸道感染:根据季节变化适当加减衣物,避免受凉。有不适,及时就诊。

## 结 果

58 例胸椎结核经前路病灶清除植骨融合术治疗,通过术前、术后耐心细致地对患者进行心理及身体护理,增强了患者的身体素质和抵抗力;充分地进行术前准备,加强术前、术后护理,正确指导患者进行术后的功能锻炼,系统、科学、规范地坚持治疗,58 例胸椎结核患者术后均骨质恢复良好,临床治愈 57 例、好转 1 例;其中有 1 例发生 3 级压疮,经过精心护理,愈合良好,康复出院。58 例患者随访期 6 个月至 18 个月不等,治疗效果均满意,无护理并发症发生。

## 讨 论

胸椎结核的治疗是长期的过程,疗效较慢,部分患者又出现脊髓压迫症状,患者思想负担重,对预后持有怀疑态度。而手术治疗又是一个重要环节,所以做好术前、术后护理是手术成功的一个重要条件。做好术前各项准备工作,使其增加战胜疾病的信心,积极配合医务人员开展手术。术前耐心细致的心理护理,告知手术目的、必要性和安全性及术后身体机能可能的恢复情况;术后严密观察病情变化。对年龄偏大的患者和术前有脊髓压迫症状的患者术后的护理尤为重要,应积极预防各项并发症的发生,术后及时翻身拍背,促使痰液的排出,防止发生坠积性肺炎,定时翻身,防止压疮的形成,正确指导患者早期功能锻炼。使其早日康复,重归社会。制定详细周密的围手术期护理计划,在患者脊柱结核治疗过程中起着至关重要的作用。

通过 58 例患者的临床实践,笔者认为有效的围手术期护理,对经前路病灶清除植骨融合术治疗胸椎结核患者的手术成功、预防并发症发生及预防术后复发起着关键的作用。

## 参 考 文 献

- [1] Gautam MP, Karki P, Rijal S, et al. Pott's spine and paraplegia. JNMA J Nepal Med Assoc, 2005, 44(159):106-115.
- [2] 崔旭. 胸椎结核治疗的术式选择. 中华临床医师杂志(电子版), 2012, 6(17): 5024-5025.
- [3] 金大地. 化疗和外科干预并重,进一步提高脊柱结核治疗水平. 中华骨科杂志, 2005, 25(2): 65-67.
- [4] 李力韬, 马远征, 李大伟, 等. 21 例耐多药脊柱结核手术联合个体化化疗的临床分析. 中国防痨杂志, 2013, 35(5): 311-315.
- [5] 马远征. 重视脊柱结核 提高诊疗水平. 中国防痨杂志, 2013, 35(5):297-298.
- [6] Marino RJ, Barros T, Biering-Sorensen F, et al. International standards for neurological classification of spinal cord injury. J Spinal Cord Med, 2003, 26 Suppl 1: S50-56.
- [7] 孔金海, 吕国华, 康意军, 等. 一期前后路联合手术治疗胸椎多节段结核. 中国脊柱脊髓杂志, 2008, 18(8):594-599.
- [8] 叶永平, 符臣学, 袁俊, 等. 胸腰椎结核的前路手术治疗探讨. 中国矫形外科杂志, 2007, 15(5):355-358.

(收稿日期:2014-04-25)

(本文编辑:郭萌)