

[8] 杨振兴, 孙阳阳, 苏芳琴, 等. 经股静脉-面静脉-眼上静脉入路治疗海绵窦区硬脑膜动静脉瘘的临床效果分析[J]. 中华神经外科杂志, 2021, 37(3): 240-244.

[9] 李亚兰, 华莎, 马廉亭. 创伤性颈内动脉海绵窦瘘血管内治疗围手术期的护理[J]. 中国临床神经外科杂志, 2020, 25(12): 879-880.

[10] 张莎, 严秋萍. 边缘不足房间隔缺损病人介入治疗围术期护理[J]. 护理学杂志, 2020, 35(24): 44-46.

[11] 王启弘, 周良辅, 毛颖. 闭塞载瘤动脉术前脑缺血耐受性的预测和价值[J]. 国外医学(脑血管疾病分册), 2005, 13(3): 213-216.

[12] 叶向红, 江方正, 郑桃花, 等. 肢体功能锻炼强度对外科 ICU 病人康复效果的影响[J]. 中华护理杂志, 2014, 49(2): 143-147.

(2021-07-02 收稿, 2021-08-15 修回)

椎管内肿瘤术后护理体会

胡丹 华莎 宋娟

【摘要】目的 总结椎管内肿瘤术后护理经验。**方法** 回顾性分析 2014~2020 年手术治疗的 431 例椎管内肿瘤的临床资料, 总结术后护理经验。**结果** 术后症状改善率为 97.4%。术后发生切口感染及愈合不良 7 例(1.6%), 泌尿系统感染 10 例(2.3%), 脑脊液漏 3 例(0.7%), 压疮 2 例(0.05%)。**结论** 对于手术治疗的椎管内肿瘤病人, 术后严密监测病情变化, 有利于预防和及时发现并发症, 一旦发现并发症, 需积极采取有效的护理和治疗措施, 促进病人康复。

【关键词】 椎管内肿瘤; 手术; 术后护理

【文章编号】 1009-153X(2021)09-0722-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 739.42; R 473.6

手术是椎管内肿瘤的有效治疗方法, 术后易出现感染、脑脊液漏、压疮等, 影响病人预后^[1,2]。良好的护理有助于减少并发症, 改善病人预后。本文总结椎管内肿瘤术后护理经验, 为临床提供参考。

1 资料与方法

1.1 研究对象 回顾性分析 2014~2020 年手术治疗的 431 例椎管内肿瘤的临床资料, 其中男 261 例, 女 170 例; 年龄 5~77 岁, 平均(49.1±15.1)岁。肢体疼痛麻木 131 例, 运动障碍 236 例, 括约肌功能障碍 64 例。

1.2 结果 术后疼痛麻木缓解 128 例(97.7%), 运动障碍改善 230 例(97.5%), 括约肌功能障碍改善 62 例(96.9%)。术后发生切口感染及愈合不良 7 例(1.6%), 泌尿系统感染 10 例(2.3%), 脑脊液漏 3 例(0.7%), 压疮 2 例(0.05%)。

2 术后护理

2.1 体位护理 术后 2 h 内平卧以压迫切口减少出

血, 2 h 后协助轴型翻身。注意保持头、颈、躯干呈一直线, 防止脊柱扭曲发生意外。按手术部位取不同体位, 包括仰卧位、侧卧位、半侧卧位、俯卧位^[3]。

2.2 引流管护理 保持引流管固定、通畅, 注意观察引流液的性质、颜色、量。防止导管扭曲、牵拉和脱落, 更换体位、搬运时应由数名护士共同完成, 操作完毕后再次确认引流管。严格遵守无菌操作原则, 更换引流袋, 注意观察并详细做好记录。引流管放置时间不可过长, 以免延长伤口愈合, 增加感染。

2.3 脊柱不稳定的护理 术后用轴线方法协助病人翻身, 每两小时进行一次, 根据病人皮肤受压情况酌情调整翻身时间。可取仰卧位或 45°侧卧位, 保持脊柱的生理曲度, 背部垫软枕。做内固定手术病人, 可在医护人员指导下, 术后 3 周起佩带护具下床活动训练^[4]。

2.4 脊髓神经功能的观察 脊髓压迫症是由于术中牵拉脊髓或术后水肿、血肿压迫脊髓而发生的神经系统症状^[5]。术后指导病人进行抬手、腿, 活动脚趾、手指, 用手或棉签触摸病人不同部位询问病人感觉并与术前做对比, 出现感觉、运动、疼痛障碍加深, 及时上报医生进行处理。

2.5 功能锻炼 卧床期间应行主动或被动直腿抬高锻炼、踝泵运动、股四头肌等长收缩等, 循序渐进, 防止神经根粘连及预防下肢深静脉血栓形成。同时鼓

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2021.09.024

作者单位: 430070 武汉, 中国人民解放军中部战区总医院神经外科 (胡丹、宋娟、华莎)

通讯作者: 华莎, E-mail: huashahs@126.com

宋娟, E-mail: 1023395260@qq.com

励病人有效咳嗽、深呼吸、吹气球、扩胸运动,防止肺部感染。下床活动期间,需先佩戴好支具,在床上静坐 30 min,无头晕、眼花、恶心、心慌等感觉时,再于床旁由家属搀扶站立,无不适,方可辅助站立行走,行走时间应以病人耐受力为主。避免长时间卧床突然站立引起体位性低血压。

2.6 主要并发症的护理

2.6.1 切口感染 首先,术前需保持术区皮肤完整、清洁,避免皮肤破溃。其次,优化无菌理念,加强手术室环境、无菌物品、仪器设备管理和使用,定期检查并登记。定期进行手术室无菌知识培训并进行考核,考核成绩纳入绩效管理;强化医护人员无菌理念。术后保护病人术区皮肤,注意观察切口敷料情况,如有渗血、渗液及时通知医生处理。最后,加强基础护理,注意密切观察病人生命体征,特别是体温,如出现不明原因低热或高热,应警惕切口感染。

2.6.2 泌尿感染 严格无菌操作,选择合适尿管(包括大小、材质),以减少尿道机械损伤和刺激。选择抗逆流进口尿袋,每 7 天更换 1 次。定时倾倒尿液,记录尿量及性质,操作时避免引流管末端高于耻骨联合水平而发生逆行性感染。鼓励病人多饮水,增加排尿量,每日自少 2 次清洗尿道口预防感染。定时夹闭、开放尿管,训练膀胱收缩功能。

2.6.3 脑脊液漏 脑脊液漏是椎管内肿瘤术后常见并发症,如处理不当可继发切口感染、椎管内感染,甚至继发颅内感染,可能危及病人生命。合并脑积水、颅内压增高的椎管内肿瘤术后脑脊液漏病人,采用传统方法局部加压包扎、体位调节等疗效不佳,选择侧脑室-腹腔分术效果较好^[6,7]。

脑脊液漏的主要原因:①切口愈合不佳,术后颅内压过高,局部压力较大,导致切口处形成活瓣样结构,致脑脊液流出;②硬脊膜未缝合或缝合不紧密,手术过程中造成硬脊膜缺损但未予修补或修补不严密;③引流不当,引流口周围组织愈合不良或坏死^[8]。发现病人引流液呈淡红色、无色,应警惕脑脊液漏:病人应卧床休息,通知医生;采用头低足高位,直

到病人脑脊液漏消失为止。

2.6.4 压疮 压疮是在组织受到长期压迫而使得血液循环不畅通进而造成组织缺血或营养不良后出现的压力性溃疡^[8]。应加强皮肤护理,根据病人皮肤情况选择合适翻身时间,一般每 2 h 翻身 1 次,并使用辅助工具如气垫床、翻身枕、减压敷料等避免局部组织受压发生压疮。另外,减轻手术床的压迫,术前可根据手术体位,受压部位给与减压敷料预防压疮。对于尿失禁病人,可给予留置导管保护病人骶尾部皮肤,密切观察皮肤,可有效预防压疮。

总之,对于手术治疗的椎管内肿瘤病人,术后严密监测病情变化,有利于预防和及时发现并发症,一旦发现并发症,需积极采取有效的护理和治疗措施,促进病人康复。

【参考文献】

- [1] 张亚靖,史晓娟,吴琳,等. 椎管内肿瘤 26 例围手术期的护理[J]. 第四军医大学学报, 2001, (11): 977.
- [2] 任磊,蔡小军. 椎管内肿瘤手术并发症的防治进展[J]. 山东医药, 2016, 56(45): 105-107.
- [3] 欧阳良美,兰桂香,黎双双,等. 椎管内肿瘤围手术期护理干预[J]. 当代医学, 2016, 22(27): 116-117.
- [4] 曲艳. 临床护理路径对脊柱外科病人治疗中的效果观察[J]. 中外医疗, 2013, 32(10): 91-92.
- [5] 左金梅,李艳. 椎管内肿瘤术后并发症原因分析及护理[J]. 现代临床护理, 2008, 7(7): 43.
- [6] 邓强. 椎管内肿瘤术后脑脊液漏的原因分析及治疗[D]. 郑州大学, 2011.
- [7] 于滨生,郑召民,庄新明,等. 脊柱手术后脑脊液漏的治疗[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2009, (2): 113-116.
- [8] 周悦乔,林辉雄,刘志强. 新辅助化疗对晚期非小细胞肺癌患者疗效及血清学指标影响的研究[J]. 癌症进展, 2018, 16(9): 1170-1173.

(2020-12-31 收稿, 2021-08-14 修回)