

• 护理学 •

文章编号: 1002-0217(2016) 06-0609-03

弹性按压复位结合经皮椎弓根螺钉内固定术治疗胸腰椎骨折的护理

丁腊梅

(芜湖市中医医院 护理部 ,安徽 芜湖 241001)

【摘要】目的: 探讨弹性按压复位结合经皮椎弓根螺钉内固定术治疗胸腰椎骨折的护理。方法: 总结分析 27 例胸腰椎骨折患者实施弹性按压复位结合经皮椎弓根螺钉内固定术治疗的术前、术后护理。结果: 患者术前 VAS 评分为 8.0±0.83 ,术后第 5 天为 2.63±1.11 ,术后 2 周为 1.30±0.99 ,术前、术后 5 d VAS 评分比较差异具有统计学意义($P=0.000$) ; 术后 2 周 VAS 评分低于术后 5 d ,差异具有统计学意义($P=0.000$) 。27 例患者无 1 例发生手术并发症。患者椎体高度恢复满意。结论: 弹性按压复位结合微创治疗胸腰椎骨折临床效果良好。术前准确的护理评估、心理护理、体位训练及术后细致的病情观察及合理的功能锻炼是手术成功和康复的重要保障。

【关键词】弹性按压复位; 椎弓根螺钉; 内固定; 胸腰椎骨折; 护理

【中图分类号】R 473.6 **【文献标识码】**A

【DOI】10.3969/j.issn.1002-0217.2016.06.031

脊柱骨折占全身骨折的 5%~6% ,其中胸腰椎骨折最为常见^[1]。目前胸腰椎骨折常用治疗方法为切开复位后路椎弓根螺钉内固定术 ,且诸多临床实践显示该术式疗效肯定。然而术中韧带、肌肉及肌筋膜的长时间、反复牵拉及广泛剥离 ,造成肌肉纤维化或发生缺血性坏死 ,术后造成顽固性腰背部疼痛或僵硬^[2]。随着微创技术的飞速发展 ,胸腰椎骨折临床治疗中微创术式的应用逐渐增多。微创经皮椎弓根钉内固定术是目前比较先进的胸腰椎骨折治疗方法^[3] ,术后康复快的特点使其逐渐成为微创脊柱外科的基本技术手段之一^[4]。我院自 2014 年 1 月~2015 年 9 月对 27 例胸腰椎不稳定骨折的患者采用弹性按压复位结合经皮椎弓根螺钉内固定术 ,取得了较好的疗效 ,现将护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2014 年 1 月~2015 年 9 月共收治胸腰椎不稳定骨折患者 27 例 ,其中男性 14 例 ,女性 13 例 ,年龄 21~76 岁。椎体单纯性压缩性骨折 22 例 ,爆裂性骨折 5 例; 损伤节段: T₁₁ 2 例 , T₁₂ 8 例 , L₁ 11 例 , L₂ 3 例 , L₄ 1 例 , 2 例多节段(T₁₂、L₂) ; 损伤原因: 跌伤 25 例 ,车祸 1 例 ,砸伤 1 例。合并高血压 4 例 ,糖尿病 1 例。

1.2 治疗方法 全麻成功后 ,患者取俯卧位 ,屈髋屈膝 ,腹部悬空 ,以病椎为中心 ,过伸体位 ,行弹性按压伤椎复位。在透视下标记出伤椎邻近头尾侧椎体的椎弓根外侧中点 ,自皮下到关节突浸润 1:300 000 肾上腺素生理盐水 ,手术切口向外旁开标记处 1

cm ,锐刀切开皮肤皮下脂肪及深筋膜 ,克氏针穿刺定点位置 ,约在椎弓根透视影像 2 点及 10 点位置 ,将克氏针尖端敲入椎体后缘处 ,再次透视以正位见克氏针针尖在椎弓根透视影像内壁处 ,侧位平行于椎体上终板为标准。以克氏针为中心将切口扩大至 2.5 cm ,钝性分离肌肉直至关节突 ,顺克氏针环钻将克氏针入口处直径扩大 ,置入分离器逐级扩大置入套筒 ,拔除克氏针 ,自套筒内置入合适大小的椎弓根螺钉 ,选择合适的钛棒预弯 ,并安置钛棒 ,拧紧尾帽。再次透视检查骨折复位及置钉准确性。

1.3 护理

1.3.1 术前护理

1.3.1.1 翻身护理 翻身时给予轴线翻身 ,嘱其挺胸绷紧腰背部肌肉 ,双膝部屈曲 ,扶着患者的肩部和髋部同时翻动 ,避免扭曲 ,保持躯干部呈一直线。侧卧后 ,腰背部用枕头顶住 ,使患者舒适。

1.3.1.2 体位训练 为提高患者术中对体位的耐受能力 ,避免因俯卧时间过长造成的不适及呼吸障碍。术前 2 d 指导患者进行体位训练。协助患者取俯卧位 ,头偏向一侧 ,双手放于头部两侧 ,头部及腹部垫软枕 ,维持此姿势 1 h。训练过程中要观察患者的面色 ,倾听患者主诉 ,如有不适及时调整体位。

1.3.1.3 合并高血压的护理 术前监测血压变化 ,遵医嘱服用降压药 ,指导患者服药的方法 ,观察服药后的血压变化及不良反应。指导患者多食新鲜水果及蔬菜 ,限制钠盐的摄入 ,避免辛辣刺激、肥甘厚味的饮食。保持大便通畅 ,必要时遵医嘱给予缓泻剂 ,避免用力排便引起血压升高。

收稿日期: 2016-04-28

作者简介: 丁腊梅(1968-) ,女 ,主管护师 (电话) 13956184080 (电子信箱) 2580009403@ qq.com.

1.3.1.4 腹胀的护理 胸腰椎骨折后 12 h 易出现腹胀症状,腹胀发生率约为 40%~80%^[5]。腹胀时给予腹部穴位按摩,无效时遵医嘱给予缓泻剂及肛管排气、灌肠等措施。给予清淡、易消化的食物,忌辛辣刺激、肥甘厚味之品,多饮水,保持大便通畅。

1.3.1.5 术前准备 认真采集病史,女性患者询问是否在经期,完善术前各项检查,如血常规、肝肾功能、凝血功能以及心电图等,排除手术禁忌症。术前 1~2 d 禁食易产气食物,如土豆、豆制品等,保持大便通畅,防止胀气。术前禁食 8 h,禁水 6 h。

1.3.1.6 心理护理 弹性按压复位结合微创治疗胸腰椎不稳定骨折属于创新技术,由于缺乏对此项新技术的认知,患者可能存在恐惧心理,尤其担心手术是否安全有效,麻醉意外及术后神经恢复对日常生活是否造成影响等,护理过程应根据这些心理进行指导,向患者介绍手术优点及以往成功的病例,多与患者及其家属沟通,消除患者紧张恐惧心理,使患者积极配合治疗。本组 27 例患者无 1 例因心理因素放弃手术。

1.3.2 术后护理

1.3.2.1 体位护理 术后去枕平卧硬板床 6 h,6 h 后每 2 h 翻身 1 次。指导患者正确翻身,避免腰部扭曲。嘱其挺直胸腰部,屈膝,协助者一手置于肩部,一手置于臀部,使患者腰背部呈一直线翻身,保持完全侧卧位。嘱患者不可强行自主翻身,避免脊柱不正当用力或扭曲。

1.3.2.2 病情观察 给予全麻后护理常规,心电及血氧监测 6 h 以上,监测血压、心率及呼吸情况,术后 3 d 监测体温的变化。严密观察双下肢运动、感觉情况及切口敷料渗血、渗液情况。

1.3.2.3 疼痛护理 观察疼痛的部位、性质及持续时间,采用视觉模拟评分(visual analogue scale, VAS)观察疼痛的程度,利用标尺上的 6 个面部表情(从微笑至悲伤至哭泣),由病人根据疼痛情况进行自评:0 级为无痛,1~3 级为轻度疼痛,4~6 级为中度疼痛,7~10 级为重度疼痛。对于轻中度疼痛患者通过点按合谷穴、听音乐、交谈等措施分散注意力,缓解疼痛。重度疼痛患者及时汇报医生,遵医嘱给予止痛剂,观察用药后的效果。协助患者更换体位,减少不适感。

1.3.2.4 功能锻炼 向患者详细讲解骨折术后功能锻炼的目的和方法,消除早期因切口疼痛害怕心理,鼓励其配合康复计划积极锻炼。具体锻炼内容①术后 6 h 待麻醉清醒后即指导患者行股四头肌舒缩运动及踝泵运动,防止静脉血栓形成。②术后 1 d,指

导患者行直腿抬高运动:绷紧腿部肌肉并抬高,从 30°开始,抬高到 30°后尽可能维持直至难以支撑,后放下换另一侧肢体,左右腿交替进行,每天运动 3~5 次,根据患者的耐受程度选择锻炼的时间,一般为 10~15 min/次。③腰背肌功能锻炼:术后第 3 天指导患者在床上行五点式锻炼,术后 5 d 改为三点支撑法。

1.3.2.5 出院健康指导 出院后继续卧硬板床休息 1 个月,指导其在床上进行股四头肌及腰背部功能锻炼。3 个月内需佩戴腰围下床活动,下床时保持腰部挺直,不可弯腰负重,避免长时间站立和活动。继续加强腰背肌功能锻炼,需坚持半年以上,锻炼的时间和强度在原功能锻炼计划上增加,根据患者的耐受程度循序渐进,持之以恒。避免外伤、受凉,避免风寒湿邪侵袭。加强营养,遵医嘱补充钙剂。定期复查,不适时随诊。

1.4 观察指标

1.4.1 VAS 评分 观察患者术前、术后 5 d 和术后 2 周 VAS 评分变化。

1.4.2 术后患者并发症情况 观察患者有无脑脊液漏、伤口感染、神经功能缺损(下肢肌力)、内固定情况。

2 结果

2.1 术前、术后 5 d 和术后 2 周 VAS 评分变化 术前 VAS 评分为 8.0±0.83,术后第 5 天和 2 周评分分别为 2.63±1.11 和 1.30±0.99,随着术后时间的延长,VAS 得分逐渐降低,3 组差异有统计学意义($F=349.30, P<0.01$);采用 LSD- t 检验进行两两比较发现:术前与术后 5 d 和术后 2 周,术后 5 d 和术后 2 周比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。

2.2 术后患者并发症情况 术后患者无脑脊液漏发生,无伤口感染,无下肢神经损伤情况,术后行 X 线检查,所有患者椎体高度恢复满意,内固定位置良好。

3 讨论

脊柱骨折中有 90% 以上属于胸腰段骨折,通常情况下,胸腰椎骨折患者发生胸外伤的几率较高,给患者的生命健康构成了严重的威胁^[6]。传统开放手术需要广泛组织切开,进行螺钉置入和棒的安装,组织创伤大,失血量多,明显影响患者术后恢复。医源性肌肉软组织损伤已经引起越来越多外科术者的注意^[7]。经皮椎弓根内固定术中无需广泛剥离骶棘肌,对椎旁肌肉及其支配神经的干扰小,能

最大限度地保留脊柱的后柱结构;可节约手术时间、减少术中出血量;具有创伤小、出血少、疼痛轻、恢复快、住院日短等治疗效果^[8]。患者术前VAS评分为 8.0 ± 0.83 ,术后第5天为 2.63 ± 1.11 ,术后2周VAS评分 1.30 ± 0.99 ,患者疼痛较术前好转是由于弹性按压复位能够有效地恢复椎体高度,复位伤椎,其优良率达80.70%^[9],同时微创椎弓根系统对患者康复有利,患者疗效良好,恢复快。

该术式为新方法,手术创伤小,术后患者无并发症发生,术后所有患者椎体高度恢复满意,内固定位置良好。术前通过细致的术前准备,对合并症患者进行对症护理,使患者以最佳的状态进行手术。术后通过观察患者的病情变化、监测生命体征,使患者安全地度过围手术期。为患者制定康复计划,指导患者进行正确有效的功能锻炼,是促进患者康复的重要手段之一,是术后患者康复,重返工作的重要保证。

弹性按压复位结合微创治疗胸腰椎骨折临床效果良好,应用前景广阔。术前准确的护理评估、心理护理、体位训练及术后细致的病情观察及合理的功

能锻炼是手术成功和功能恢复的重要保障。

【参考文献】

- [1] 杨国栋,张相弟,朱杰鹏,等.经伤椎椎体内植骨结合内固定治疗胸腰椎骨折[J].浙江中医药大学学报,2014,16(4):442-444.
- [2] 李青忠,姚志宏,王君,等.经椎旁肌间隙入路内固定治疗中青年胸腰椎骨折的临床分析[J].浙江实用医学,2014,19(3):186-188.
- [3] 何德英.经皮微创椎弓根内固定术围手术期的护理[J].护理研究,2014(4):349-350.
- [4] 张志珍.胸腰椎骨折的微创手术治疗围手术期护理[J].医学美容,2015(5):9.
- [5] 韩芳,许晓莺.胸腰椎骨折后腹胀原因分析及护理[J].实用心脑血管病杂志,2012,20(1):165.
- [6] 夏天,王雷,董双海,等.182例下腰椎骨折特点的描述性分析[J].中国矫形外科杂志,2012,11(4):298-302.
- [7] KAWAGUCHI Y, MATSUI H, GEJO R, et al. Preventive measures of back muscle injury after posterior lumbar spine surgery in rats[J]. Spine, 1998, 23: 2282-2287.
- [8] 陆孟旭,熊波.经皮椎弓根螺钉治疗胸腰椎骨折[J].吉林医学,2012,33(2):344-346.
- [9] 何升华,彭俊宇,赵祥.按压法治胸腰段压缩性骨折的临床研究[J].中国骨伤,2007,20(11):572-573.

· 短篇报道 ·

文章编号: 1002-0217(2016)06-0611-02

2例阿帕替尼致蛋白尿的中医辨证治疗

许林利, 查名宝, 李 晟

(芜湖市中医医院 肿瘤科, 安徽 芜湖 241000)

【摘要】目的: 报道阿帕替尼致蛋白尿的中医治疗经验。方法: 通过中医辨证论治方法治疗2例阿帕替尼后出现蛋白尿的晚期胃癌患者。结果: 口服中药后蛋白尿、血尿症状均缓解, 保证阿帕替尼维持治疗。结论: 中医辨证论治能有效缓解分子靶向药物毒副作用, 从而发挥中医特色。

【关键词】阿帕替尼; 不良反应; 蛋白尿; 中医

【中图分类号】R 735.2; R 273 **【文献标识码】**A

【DOI】10.3969/j.issn.1002-0217.2016.06.032

阿帕替尼是晚期胃癌有效的小分子抗血管生成靶向药物,也是晚期胃癌标准化疗失败后,明显延长生存期的单药,被推荐为三线治疗晚期胃癌药物,常见不良反应有血液学毒性和非血液学毒性(高血压、蛋白尿等)^[1],因应用于临床时间尚短,临床上针对这些不良反应还没有丰富临床经验,多数不良反应仅通过被迫减量或停药来控制 and 缓解。作者在临床上针对口服阿帕替尼所引起蛋白尿2例,通过

中医临床辨证论治均得到很好控制,现报道如下。

1 临床资料

例1,男,76岁,2013年1月确诊胃腺癌,后行根治术,临床分期 $T_4N_1M_0$ 。术后行辅助化疗六程,2015年8月患者感腰酸胀,CT提示腹膜后淋巴结肿大,CEA 58 ng/mL,CA-199 39.63 U/mL,临床考虑肿瘤进展,后行口服替吉奥单药四程,因不能耐受而

收稿日期: 2016-05-05

作者简介: 许林利(1982-),男,主治医师,硕士。(电话)13625531876。(电子信箱)38828056@qq.com。