

1 例颈脊髓损伤合并急性脑梗塞患者的围手术期护理

曾雪萍

佛山复星禅诚医院脊柱外科二区 广东佛山 528000

摘要: 描述一位 67 岁男性摔倒致颈脊髓损伤, 术前出现急性脑梗塞的罕见情况。围绕术前抗凝治疗与护理和颈前路内固定手术的围手术期护理进行阐述, 其中护理要点包括: 颈脊髓损伤患者的病情观察、颈部固定及体位护理、呼吸道护理、肠道护理、饮食护理、泌尿道护理、皮肤护理、术后切口及引流管护理、心理护理、预防深静脉血栓形成和功能锻炼指导, 以及急性脑梗塞的观察要点和用药护理。结论: 针对患者病情变化的突发性, 护士敏锐的观察能力和准确的护理评估, 为患者现存或潜在的健康问题提供依据, 有助于医护提供正确的治疗和护理, 也有利于患者的快速康复。

关键词: 颈脊髓损伤; 急性脑梗塞; 围手术期护理

急性颈脊髓损伤是具有较高的致死率和致残率的一类严重损伤。急性颈脊髓损伤常见于外伤, 一般是指损伤后 72h 内, 任何年龄段均可发病。据统计, 全球范围内, 每年有 0.075% 的人群遭受创伤性脊髓损伤, 其中 33% 是由颈椎外伤造成的。急性颈脊髓损伤患者的病情往往复杂多变, 致死、致残率高。^[1]

外伤性脑梗塞是由于头部受到来自外界环境的击打而造成的头部症状。这种患者的患病特点是: 由于外部因素引起的突发性疾病, 病人在住院后的 1~3 天内会出现脑梗塞现象。^[8]

临床认为脑梗塞的治疗黄金时间是在发病后 6 h 以内, 患者此时接受治疗, 能够最大限度的挽救脑组织, 减少脑神经损伤, 对患者的远期预后与生活质量均有较大的帮助^[7]。在临床中, 急性脑梗塞是较为常见的脑血管疾病, 它发病急、病症重而且还会反复发作。相关调查显示, 该病致死率高达 70%, 对患者和家庭的健康发展具有极强的抑制作用。同时, 患者发病后会产生诸多并发症, 若得不到及时诊治, 会严重威胁生命安全^[3]。目前临床上关于颈脊髓损伤合并急性脑梗塞的病例罕见。2023 年 9 月, 我科收治 1 例因颈脊髓损伤入院, 拟行手术治疗, 术前出现急性脑梗塞。经过治疗, 患者康复良好, 现汇报如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者, 男, 67 岁, 入院诊断: 颈部脊髓损伤, 入院时间: 2023 年 9 月 19 日。因 2 天前不慎摔倒后开始颈部疼痛, 活

动颈部加重明显, 平卧休息稍缓解, 伴双上肢麻木、疼痛, 有四肢乏力感, 双上肢为甚, 无手笨拙感觉, 无头晕、头痛、逆行性遗忘等不适。曾于当地医院就诊, 予“甲泼尼龙”等对症处理, 症状稍缓解, 今至我院门诊就诊, 为进一步诊治, 其他医疗机构转入拟“颈部脊髓损伤”收住我科。查体: 平车入院, 颈托外固定状态, 头面部可见多处擦挫伤, 局部已结痂, 颈项部肿胀、压痛(+), 活动轻度受限, 双侧三角肌、肩胛提肌、肱二头肌、肱三头肌Ⅲ级, 双侧腕屈肌、腕伸肌、拇长伸肌、指伸肌、指屈肌肌力Ⅱ级, 双手握力: 4 级, 肌张力正常。双肘关节以下感觉减退。头颅和颈椎 MRI 结果示: 右侧基底节区局灶性急性脑梗塞; 双侧基底节区-放射冠、丘脑、半卵圆中心多发慢性缺血、梗塞灶; 脑白质变性; 轻度脑萎缩; 双侧筛窦、上颌窦及蝶窦、蝶窦慢性炎症; C3/4-C5/6 椎间盘膨出并向后突出(中央型), 相应节段椎管狭窄; C6/7 椎间盘向膨出并向左后突出(中央旁型), 继发椎管狭窄; 颈椎退行性变伴 C5 椎体失稳, 椎间盘变性; C5/6、C6/7 双侧钩突骨质增生, 相应椎间孔变; 颈段椎前、椎后软组织肿胀。中段尿培养结果示: 大肠埃希菌。

1.2 治疗及转归

患者入院后完善相关检查, 拟 2023 年 9 月 21 日行手术治疗, 术前评估患者出现肌力下降, 报告医生予急查头颅 MRI, 结果示: 右侧基底节区局灶性急性脑梗塞, 请神经内科会诊协助治疗, 神经内科诊疗建议: 建议完善 MRA 排除右侧大脑中动脉狭窄, 请麻醉科会诊评估全麻风险, 我科情况如无禁忌症加予阿司匹林 100mg qd、瑞舒伐他汀 10mg

qd 口服 II 级预防, 控制血压。予取消手术, 予低分子量肝素钙注射液替代治疗。拟 2023 年 9 月 25 日在插管全麻下行 C5/6 前入路颈椎融合术, 术后转 ICU 监护。次日安返病房, 停留一条颈部切口引流管及尿管, 引流共 55ml, 左手握力 5 级, 右手握力 4 级, 四肢感觉正常; 2023 年 9 月 27 日予拔除切口引流管, 予颈托护颈下床活动, 左手握力 5 级, 右手握力 4 级, 四肢感觉正常; 2023 年 9 月 28 日患者四肢感觉肌力正常; 2023 年 9 月 30 日康复出院。

2 颈脊髓损伤护理

2.1 病情观察

入院后尽量安置靠近护士站的病房, 给予患者心电监护及氧气吸入, 注意生命体征的变化。动态评估患者的感觉肌力的变化和肌张力, 初步确定脊髓损伤平面及程度, 记录检查结果。应注意检查脊髓损伤平面以下有无并发伤^[5]。观察患者二便及腹部情况, 注意评估各项检验以及各项检查结果, 评估有无其他合并症。对于异常检验检查结果, 及时通知医师给予对症处理。在护理过程中, 注意术前术后患者感觉肌力的对比, 及时发现问题, 报告医生并对症处理。

2.2 颈部固定及体位护理

患者使用颈托外固定入院, 佩戴颈托时注意观察皮肤的情况, 避免皮肤受压, 可以使用一些敷料衬垫或者安普贴等敷料保护。患者采取轴线翻身, 体位变换时注意保持头颈胸躯干在同一水平线上。在送手术和手术完成过床时, 应佩戴颈托, 五人搬运, 其中一人在头侧, 四人分别站两边, 头位者发号司令, 同时翻身过床, 防止二次损伤。

2.3 呼吸道护理

术前注意患者呼吸情况, 注意有无咳嗽、咳痰情况, 如有报告医生予对症处理, 指导患者进行呼吸功能锻炼、咳嗽和咳痰训练。

前入路手术患者根据患者的病情, 指导患者术前进行气管、食管推移训练。行颈椎前路手术患者, 术前 1-2 天开始, 患者用自己 2-4 指的指腹将气管、食管持续地向非手术一侧推移, 将气管和食管推移过中线, 每次坚持 5-10 分钟, 以患者感到轻度憋气为宜。以适应术中牵拉气管、食管引起的不适。

术后鼓励患者主动进行深呼吸, 有效咳嗽、咳痰训练, 遵医嘱给予氧气雾化吸入每天 2 次。注意观察患者的呼吸和血氧饱和度变化, 如患者出现呼吸困难, 血氧饱和度下降,

警惕呼吸道阻塞, 及时启动早期预警; 如出现呼吸心脏骤停, 启动成人蓝色。

2.4 肠道护理

指导患者多进食粗纤维食物和新鲜蔬菜水果, 每天饮水量为 2500 ~ 3000ml, 饮食以清淡、易消化的食物为主, 饭后半小时顺时针按摩脐周。

对于排便困难的患者, 无禁忌症情况下可使用开塞露塞肛辅助排便, 必要时使用通便药物, 并注意观察药物的不良反应。

2.5 饮食护理

根据营养风险筛查 2002 (NRS 2002) 评估患者的营养状况, 给予相应的营养支持, 必要时请营养科介入治疗。注意观察患者有无低蛋白血症和低钠血症的临床表现, 以及相关营养指标的关注。术后患者清醒, 饮水实验阴性即可少量饮水, 4h 后可进食流质, 次日无吞咽困难可正常饮食, 指导患者以易消化、清淡、高营养饮食为主, 禁食用辛辣、油腻、生冷等刺激性的食物。护士如遇到患者进食时出现伤口疼痛引起吞咽困难或者术后吞咽有异物感的情况应及时解释, 细心安慰患者, 这能有效减少患者术后焦虑和不安等不良情绪。

2.6 泌尿系护理

急性脊髓损伤患者, 易出现尿潴留, 注意观察患者每次排尿的次数和量, 及时发现尿潴留, 并处理。该患者入院时留取的中段尿培养有菌, 患者无尿频、尿急、尿痛等不适, 指导患者多饮水, 必要时遵医嘱使用抗菌药物, 定期复查。术后留置尿管期间严格无菌操作, 妥善固定尿管, 翻身时注意保持尿管的通畅, 避免折叠、扭曲, 保持尿袋位置低于膀胱水平; 指导患者多饮水, 告知患者能起到冲洗尿道的作用, 预防泌尿系感染, 提高依从性; 保持会阴清洁, 每日 2 次进行尿道口消毒。拔除尿管后注意观察患者的排尿情况, 包括量、颜色及形状。

2.7 皮肤护理

颈脊髓损伤患者由于活动受限, 极易发生压力性损伤。护士正确评估《压疮危险护理单》。消除诱发因素, 在工作中要勤观察。每班切实落实防范措施, 班班交接。Q2h 轴线翻身, 注意保护骨隆突处, 避免拖拉, 减少摩擦力和剪切力。保持皮肤清洁, 保持床单为平整, 清洁。加强功能锻炼及营养的摄入。向患者及家属进行相关知识和如何治疗护理的健

康宣教,取得患者及家属的配合。

2.8 术后切口及引流护理

观察切口渗血情况,妥善固定引流管,护士定时由近心端向远心端挤捏,确保引流通畅。观察并记录引流的量、性状和颜色,若引流量减少、切口渗血增多,查看是否有引流管压折、堵塞现象,警惕出现术后血肿,及时报告医师,并给予对症处理。若引流液增多,颜色鲜红,应警惕活动性出血,应报告医师及时采取相应的处理措施。若患者出现头晕、头痛、恶心、呕吐等症状,引流液为淡红色或清亮,应考虑为脑脊液漏,遵医嘱取适宜体位,并对症处理,避免用力咳嗽及排便。拔除引流管后仍需注意观察患者的切口周围有无肿胀,警惕血肿的发生。

2.9 疼痛护理

告知患者疼痛评估的方法,根据疼痛评估单,正确评估,根据得分,给予相应的疼痛护理,遵医嘱正确执行药物治疗。在疼痛管理过程中,要密切关注患者的药物反应,根据情况调整止痛方案。

2.10 预防深静脉血栓形成

早期评估患者发生深静脉血栓的风险。根据评估结果采取基础预防,如指导患者进行踝泵运动,多喝水,清淡饮食等;在没有禁忌症情况下可使用间歇充气加压装置进行物理预防。必要时遵医嘱使用药物预防,加强药物使用的观察。向患者及家属进行相关知识的健康宣教。

2.11 心理护理

颈脊髓损伤患者的心理干预应贯穿整个治疗过程,对于外伤后脊髓损伤患者会出现不同程度的出现创伤性心理障碍,在护理过程中,护士正确评估患者情绪,积极与患者沟通,耐心倾听患者想法,向患者介绍疾病的相关知识,讲述一些成功案例。此外,鼓励患者家属多陪伴患者,给予患者支持,家属也应保持一个积极的心态,从而提高患者配合积极性。

2.12 功能锻炼指导

护士对患者术前术后肢体的功能变化进行仔细的评估,根据患者的恢复情况积极指导其进行康复运动。

①早期指导患者进行深呼吸、扩胸运动,吹气球等锻炼肺功能的训练,下肢进行踝泵运动和股四头肌等长收缩运动,每日三次,每次15-20组。

②术后给予踝泵运动,股四头肌等长收缩运动,腕关节运动,肘关节运动,肩周运动,握拳运动,对指运动,每

日三次,每次15-20组。③出院后指导患者佩戴颈托1个月,可适当进行爬墙运动,梳头动作,颈项对抗运动等。出院后定时复诊。

3 脑梗塞的观察要点与护理

急性脑梗塞发病突然,常于安静状态或是睡眠状态下发病,临床表现为:头晕、目眩、耳鸣或是半身不遂,并出现了吞咽困难、口齿不清晰等问题,严重时可出现大面积梗死,导致偏瘫、脑疝等危害患者生命健康的并发症^[4]。

3.1 病情观察

在护理过程中注意观察患者的生命体征、意识情况,特别是血压的变化,注意评估患者的肌力感觉情况,要进行前后的对比,以及观察有无进行性加重。手术后也要继续观察患者的生命体征、意识和感觉肌力的变化,警惕脑梗塞的再发。

3.2 药物护理

患者因手术治疗的原因,需要使用低分子肝素进行替代治疗,在使用此药物,要严密观察穿刺点有无出血、渗血、血肿,患者有无消化道、泌尿道等部位出血征象,向患者及家属讲明低分子肝素的作用、不良反应及注意事项,教会患者进行自我监测,用药期间禁止热敷腹部,尽量不要发生身体碰撞,尽量不要食用带刺的食物,以免增加出血的危险。^[9]

4 总结

患者病情随时可能发生变化,在日常护理中,护士敏锐的观察能力和准确的护理评估,为患者现存或潜在的健康问题提供依据,有助于医护提供正确的治疗和护理,也有利于患者的快速康复。通过对急性颈脊髓损伤患者的病情观察和相关护理及功能锻炼等方面进行了总结,指导下级护士进行基础和专科护理。在此护理过程中,重点观察患者的病情变化,包括生命体征的变化,脊髓损伤的评估,以及有无合并症的评估以及术后并发症的观察,这对于提高患者护理质量和改善疾病转归至关重要。但是,在临床护理工作中,应根据患者的具体情况对急性颈脊髓损伤患者采取个体化护理方案。

参考文献:

[1] 中国康复医学会脊柱脊髓护理学组,尹会,卢丹,等.急性颈脊髓损伤围手术期临床护理常见问题专家共识[J].中国医药指南,2024,22(12):1-7.

[2] 黄敏,蒋耀颖,董婉华,等.优质护理在脊髓

型颈椎病患者护理中的临床应用 [J]. 产业与科技论坛, 2019, 18(15): 49-51.

[3] 李霞. 全程优质护理对急性脑梗塞患者的效果 [J]. 西藏医药, 2020, 41(01): 136-137.

[4] 段汶兵. 急性脑梗塞临床规范化护理管理对预后影响分析 [J]. 中国卫生产业, 2020, 17(18): 81-83.

[5] 曹烈虎, 牛丰, 张文财, 等. 创伤性脊柱脊髓损伤康复治疗专家共识 (2020 版) [J]. 中华创伤杂志, 2020, 36(05): 385-392.

[6] 徐梦萍. 循证护理在脊髓损伤合并截瘫患者中的应用效果 [J]. 现代养生, 2023 年 8 月第 23 卷第 16 期

[7] 贾旭. 循证化个体护理对脑梗塞患者日常生活能力及后遗症的影响分析 [J]. 中国冶金工业医学杂志, 2023, 40(01): 36-37.

[8] 凯赛尔江·麦麦提依明. 外伤性脑梗塞 48 例临床分析 [J]. 现代养生, 2013(24): 68.

[9] 唐昌缘, 杨文笔. 使用低分子肝素钙的护理 [J]. 中国药物经济学, 2014, 9(11): 281-282.

作者简介:

曾雪萍 (1988—), 女, 广东佛山人, 汉族, 本科, 佛山复星禅诚医院脊柱外科二区, 主管护师, 从事脊柱外科临床护理工作。