

术前气管食管推移训练在颈椎前路手术的应用价值

杨梅 刘燕芳 曾伟萍 方菊飞

广西医科大学第一附属医院, 广西 南宁 530021

摘要: 目的: 探讨术前气管食管推移训练在颈椎前路手术患者中的应用价值。方法: 选择我院 2018 年 1 月至 2019 年 12 月收治的 100 例颈椎前路手术的患者, 随机分为研究组和对照组, 各 50 例。对照组采用常规术前准备, 研究组在对照组的基础上增加术前气管食管推移训练, 对比两组术后情况。结果: 研究组术中平均血压高于对照组、平均心率及平均呼吸均低于对照组 ($P < 0.05$)。研究组并发症发生率为 16.00%, 低于对照组的 48.00% ($P < 0.05$)。结论: 术前行气管食管推移训练在颈椎前路手术中的应用价值高, 可使患者术中血压、心率、呼吸更加平稳, 手术安全性更高, 术后并发症减少, 恢复加快, 值得推广应用。

关键词: 颈椎前路; 术前; 气管食管推移训练; 价值

颈椎前路手术是临床上治疗颈椎骨折、颈椎病的常用手术方式, 并可获得较好的预后^[1]。为了清晰显示术野, 该术式中需要将气管和食管牵向一侧, 增加了患者刺激性呛咳、气道压力增高等的风险, 增加手术操作难度以及手术风险, 并可导致患者术后咽喉血管神经性水肿、吞咽困难、呼吸困难等并发症^[2]。气管食管推移训练是给予准备接受颈椎前路手术患者的一种护理措施, 其应用价值目前少有报道。术前进行气管食管推移训练已有一定的研究, 但不够充分, 主要通过术前向手术对侧推移气管帮助术中手术暴露。本研究对我院 2018 年 1 月至 2019 年 12 月收治的 100 例颈椎前路手术的患者进行探讨, 随机抽取 50 例患者纳入研究组, 并在对照组常规术前准备的基础上增加术前气管食管推移训练, 研究分析此组患者术中、术后各项监测指标, 探讨气管食管推移训练在颈椎前路手术中的应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究纳入我院 2018 年 1 月至 2019 年 12 月收治的 100 例颈椎前路手术的患者, 随机分为研究组和对照组, 各 50

观察两组患者术中生命体征变化及术后并发症情况。

1.5 统计分析

统计学处理采用 SPSS19.0 软件, 计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示并进行 t 检验。计数资料应用率表示并采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术中生命体征比较

研究组术中平均血压高于对照组、平均心率及平均呼吸均低于对照组。见表 1。

表 1 两组术中生命体征比较

组别	n	平均血压 (mmHg)	平均心率 (次/分)	平均呼吸 (次/分)
研究组	50	93.16 ± 6.12	75.38 ± 7.17	16.25 ± 3.32
对照组	50	75.25 ± 6.04	91.36 ± 8.38	21.33 ± 2.44
t 值		7.49	8.31	8.04
P 值		<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组术后并发症对比

研究组术后并发症发生率为 16.00%, 低于对照组 48.00% ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组术后并发症对比

组别	例数 (n=)	咽喉疼痛	喉部异物感	吞咽困难	饮水呛咳	声音嘶哑	发生率 %
研究组 (n/%)	50	4 (8.00)	2 (4.00)	1 (2.00)	0 (0.00)	1 (2.00)	8 (16.00)
对照组 (n/%)	50	12 (24.00)	5 (10.00)	4 (8.00)	1 (2.00)	2 (4.00)	24 (48.00)
χ^2 值							5.71
P 值							<0.05

例。其中研究组男 32 例, 女 18 例, 患者年龄范围为 37 岁~73 岁, 平均年龄为 56.2 ± 4.6 岁。对照组男 30 例, 女 20 例, 患者年龄范围为 36 岁~71 岁, 平均年龄为 56.6 ± 4.5 岁。两组间基线数据比较 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: (1) 患者临床上符合颈椎前路手术指征, 病历完整。(2) 患者签署本研究知情同意书。排除标准: (1) 不符合颈椎前路手术指征的患者。(2) 妊娠期或哺乳期女性患者。(3) 合并精神分裂症等严重精神障碍性疾病不能配合的患者。(4) 合并严重感染性疾病且尚未控制的患者。(5) 恶性肿瘤转移至颈椎的患者。(6) 合并严重凝血功能障碍、急性心肌梗死的患者等不具备手术指征的患者。

1.3 术前准备方法

对照组采用常规术前准备, 研究组在对照组的基础上增加气管食管推移训练。常规术前准备包括完善血常规、凝血功能、感染指标等相关术前检查, 建议并监督患者戒烟, 手术区域备皮。研究组气管推移训练从术前 4-5 天开始, 训练时间通常为饭后 1 小时之后, 患者仰卧并向后仰头, 训练者采用拇指顺气管侧旁向非手术侧推移并超越中线, 训练次数为每天 3~4 次。训练过程中需要密切观察患者面色、呼吸等, 训练强度循序渐进, 逐渐延长推移牵拉时间并增大牵拉力, 但是应避免引起患者呛咳等不适。

1.4 观察指标

3 讨论

颈部前路手术是治疗多种颈部疾病的重要方式, 颈部疾病患者可在该术式的临床治疗中获益^[3]。颈椎前路手术主要经由内脏鞘和血管神经鞘到达椎体前方, 术中需要将内脏鞘推向内侧来获得较大的手术暴露视野^[5]。由于手术的牵拉, 部分患者术中会出现咽喉反射反应的情况, 导致手术过程不顺利和手术风险增加。同时术中容易导致气管、食管等组织损伤, 导致粘膜水肿, 出现术后呼吸道感染、吞咽困难等并发症^[7]。

气管食管推移训练是颈椎前路手术术前准备的一种训练模式^[4]。解剖学研究发现颈部内脏鞘和血管神经鞘之间主要为疏松结缔组织填充, 张力较小, 气管食管推移训练是通过使用手指将颈部内脏鞘推向内侧, 通过术前反复推移可以获得效果较好的松解^[6]。本研究对 100 例接受颈椎前路手术患者进行探讨, 比较研究组 50 例术前行气管食管推移训练和对照组 50 例术前常规术前准备的患者术中生命征和术后并发症情况。结果表明, 研究组术中平均血压、平均心率、平均呼吸均优于对照组 ($P < 0.05$), 且术后并发症发生率 16.00% 低于对照组 48.00% ($P < 0.05$)。可见, 术前气管食管推移训练可使患者术中血压、心率、呼吸更加平稳, 降低手术的风险, 使手术更加顺利, 减少术后的并发症, 加快患者恢复的进度。短脖子或肥胖患者行前路颈椎手术时术野的暴露往往更加困难, 术前气管食管推移训练可有效松弛局部组织, 使

手术更加顺利。因此,对于短脖子和肥胖患者,术前气管食管推移训练显得尤为重要。

综上所述,术前气管食管推移训练在颈椎前路手术的价值高,可使术中血压、心率、呼吸更加平稳,手术安全性更高,术后并发症更少,恢复更快,值得推广使用。但是,尽管术前严格的气管食管推移训练对于颈椎前路手术有诸多好处,临床上应该鼓励患者积极适应并参与配合,但对于因个人因素无法耐受严格的气管食管推移训练的患者不可强制进行训练。气管食管推移训练是否适合于所有颈椎手术患者及是否会出现远期并发症,需更大样本量、更多研究指标的研究进一步证实。

参考文献

[1]王芳,蒋耀颖,刘洁珍,董婉华,李凌云,温世锋.呼吸道梗阻风险评估表在预防颈椎前路手术患者术后呼吸道梗阻中的应用[J].中国实用医药,2017,12(09):165-167.

[2]刘静莉,肖强,李润香,黄海明,郭剑,刘筠,谢琴.撤针埋针联合气管推移训练治疗颈椎前路手术后早期吞咽困难 20 例[J].江西中医药,2017,48(11):54-56.

[3]袁雪丽,周宏玉.气管推移训练对颈椎病前路术后疼痛及并发症的影响[J].上海护理,2018,18(11):75-77.

[4]李茂华.颈椎病前路手术围手术期护理干预的观察[J].中国继续医学教育,2015,7(29):241-242.

[5]宋宇,田纪伟.两种手术方法治疗伴关节突交锁的下颈椎脱位的近期比较[J].中国矫形外科杂志,2019,27(24):2209-2213.

[6]吴中桓,姜福贵,田素魁,肖飞,杨标.零切迹颈椎前路融合固定系统在手术治疗外伤性颈椎间盘突出症中的应用[J].临床医学,2019,39(11):7-10.

[7]赵巍.颈椎前路手术治疗颈椎骨折脱位并发脊髓损伤的围手术期护理[J].中国医药指南,2019,17(30):302-303.

基金项目:广西壮族自治区卫生和计划生育委员会自筹科研课题(No. Z2015558)

作者简介:通讯作者:黄秋鸿 E-mail:183349983@qq.com.
