

理[J]. 当代护士杂志, 2008, 13(3): 27-28.

[2] 吕笑吹, 吕爱香. 颈椎间盘突出症前路手术的围手术期护理[J]. 现代中西医结合杂志, 2007, 16(4): 542.

[3] 葛九干. 42 例颈椎前路手术的临床护理分析[J]. 中国医药指南, 2009, 7(8): 125-126.

[4] 林芬, 袁彩根. 颈椎间盘前路摘除 BAK 植入术患者的呼吸管理[J]. 护理与康复, 2002, 5(5): 14-15.

[5] 史晓娟, 杨卫红, 张瑶, 等. 颈椎前路手术患者舒适度的探讨与护理[J]. 护士进修杂志, 2007, 12(24): 2258-2260.

[6] 张玉静. 颈椎前路手术围术期 28 例护理[J]. 基层医学论

坛, 2010, 8(14): 706-707.

[7] 吉冬梅. 颈前路手术 67 例护理体会[J]. 海南医学, 2010, 21(5): 149-150.

[8] 李小娥, 农秀芳. 颈椎前路手术的护理体会[J]. 医学理论与实践, 2005, 18(11): 1346.

[9] 胡必杰, 郭燕红, 高光明, 等. 医院感染预防与控制标准操作规程[M]. 上海: 上海科技出版社, 2010: 125.

(收稿日期: 2011-01-28)

过伸过屈位颈髓损伤患者术后肺部感染的护理

张红艳(湖北省谷城县人民医院护理部 441700)

【摘要】 目的 总结过伸过屈位颈髓损伤患者术后肺部感染的护理措施。**方法** 对 10 例过伸过屈位颈髓损伤术后并发肺部感染的患者进行细心护理, 包括生命体征监护、心理护理、体位护理、雾化吸入、营养支持护理、高热护理、气管切开等。**结果** 10 例过伸过屈位颈髓损伤患者术后肺部感染均得到有效控制, 无 1 例出现感染加重或因痰液堵塞而发生窒息死亡。**结论** 加强护理可间接治疗过伸过屈位颈髓损伤术后并发的肺部感染。

【关键词】 颈髓损伤; 肺部感染; 护理
DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2011. 12. 063 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)12-1522-02

过伸过屈位颈髓损伤是一种严重的脊柱创伤, 影像学检查没有骨折、脱位征象, 却会出现不同程度的颈髓损伤表现, 也称为无骨折脱位型颈髓损伤, 占颈部外伤的 3. 19%^[1], 分为不伴有颈椎退行性疾病和伴有颈椎退行性疾病 2 种类型, 临床上易被误诊为脑血管疾病或颅脑损伤。随着现代影像学特别是磁共振技术的发展, 无骨折脱位型颈髓损伤逐渐受到人们的重视。2010 年以来, 本院骨科手术治疗此类损伤 30 例, 术后有 10 例发生了不同程度的肺部感染, 经精心治疗与护理取得了较好疗效, 现将其护理体会报道如下。

1 临床资料

本组病例共 10 例, 其中男 6 例, 女 4 例, 年龄 20~56 岁, 平均年龄 40. 3 岁, 颈髓损伤平面为颈 3 至颈 6。不伴有颈椎退行性疾病 5 例, 伴有颈椎退行性疾病 5 例。颈脊髓损伤均经磁共振检查证实。其中, 行颈前路椎体次全切钢板内固定术 3 例, 后路单开门椎管成形术 4 例, 后路椎板切除减压内固定术 3 例。以上患者术后均出现了不同程度的肺部感染, 主要表现为: 双肺可闻及湿性罗音, 痰鸣音明显, 呼吸深快达到 28~35 次/分, 体温中度热, 呼吸道分泌物增多。胸部 X 线片检查有炎性浸润改变。肺部感染的诊断标准: (1) 咳嗽、咳痰, 呼吸深快; (2) 发热, 体温 37. 5 ℃ 以上, 周围血细胞及中性粒细胞升高; (3) 肺部出现痰鸣音或者干湿性罗音; (4) X 线检查显示胸部有炎性浸润性改变; (5) 痰液细菌培养致病菌阳性。共同出现 3 项或 3 项以上者诊断为肺部感染^[2]。

1. 2 护理方法

1. 2. 1 生命体征监护 颈椎手术后必须常规给予心电监护, 监测呼吸、脉搏、血压及血氧饱和度的变化, 因为颈髓损伤常常导致呼吸肌麻痹、膈肌麻痹, 术后由于喉头水肿、切口内血肿形成等原因, 均可造成呼吸困难, 所以应密切观察患者口唇和甲床颜色、呼吸频率及血氧饱和度等情况变化, 凡血氧饱和度低于 90% 均提示严重缺氧, 需分析缺氧原因, 必要时予血气分析, 及时发现呼吸状况的变化, 并通知医生进行相应的处理。

1. 2. 2 心理护理 无骨折脱位型颈髓损伤患者往往由伤前完全健康的人突然转变为四肢瘫痪, 甚至危及生命, 患者及家属心理落差极大, 都会陷入非常的恐惧与茫然中^[3]。因此, 护理人员 and 医生应一起向患者及其家属认真做好宣教工作, 介绍颈髓损伤后各种并发症的危害性, 调节好患者的心理状态, 取得患者及其家属的信任与理解, 减轻患者的恐惧心理, 使患者能更好地配合医务人员进行治疗。

1. 2. 3 体位护理 定时翻身拍背排痰, 每隔 2 h 帮助患者翻身 1 次, 并进行辅助拍背排痰, 用空心掌轻叩背部, 由下至上, 由两侧至中央, 反复进行 5~10 min, 然后鼓励患者进行有效咳嗽, 咳嗽前嘱患者深吸气后用力将痰咳出, 咳嗽时护士将手固定在患者的胸部及上腹部并轻度加压, 帮助其增加胸廓的运动, 利于痰液排出。对年老体弱、无力咳嗽的患者, 床边应备好吸痰器, 一旦发现痰液阻塞气道, 应立即吸痰。

1. 2. 4 雾化吸入 雾化吸入有利于稀释痰液, 可起到局部抗菌消炎的作用。每天用庆大霉素 8~16 万单位、糜蛋白酶 4 000 U、生理盐水 30~50 mL 及地塞米松 5~10 mg 雾化吸入, 每天 2~3 次。并使用抗生素控制肺部感染。

1. 2. 5 营养支持护理 营养支持对于增强患者体质、抵抗细菌毒素起着重要作用。术后应鼓励患者进食, 要求食物高热量、高蛋白、高维生素、易消化。因术中操作对食管有刺激, 患者常有喉头水肿, 吞咽困难, 进食时易发生误吸及呛咳, 因此应以半流质饮食为主, 细嚼慢咽, 以防呛咳和窒息。留置胃管者每次鼻饲前需检查胃管位置, 防止误吸。

1. 2. 6 高热护理 颈髓损伤伴肺部感染患者常出现高热(达 40 ℃ 以上)。主要是细菌毒素致热作用, 加上自主神经系统功能紊乱, 对周围环境温度变化丧失了调节和适应能力所致。首先采取物理降温, 头部冰敷, 四肢大动脉处予 50% 乙醇擦浴、足下热敷, 保持室温 20~23 ℃, 同时补充足够水、电解质、氨基酸, 补偿高热消耗。必要时以冰生理盐水灌肠或消炎痛栓塞肛, 30 min 后观察体温变化。

1.2.7 气管切开 本组 3 例患者术后痰液较多,出现呼吸困难,经口鼻吸痰无效,立即通知医生,给予气管切开,直接给氧,2 L/min,对气管切开的患者,在护理中严密观察呼吸频率及节律变化。注意患者咳出物及其性状是否为脓性、血性或气管黏膜坏死脱落组织,对气道痰液阻塞者应迅速吸痰,选择粗细合适的吸痰管,吸痰时可适当调高吸氧浓度,动作轻柔迅速,每次不超过 15 s。吸引时避免吸痰管过深插入气道而加重气道损伤。妥善固定外套管,防止滑脱,每日更换套管处敷料一次。每日清洗并煮沸消毒内套管 2 次,每次 30 min,管口用一层盐水纱布覆盖,间断滴入湿化液,常用:生理盐水联合糜蛋白酶、庆大霉素,每次 2~3 mL。

1.3 疗效评定标准 痊愈:体温正常,症状、体征消失,周围血白细胞计数检查恢复正常,细菌培养转阴,胸部 X 线检查肺部阴影吸收。有效:体温正常,症状、体征显著好转,周围血白细胞计数恢复正常,细菌培养阴性或细菌培养仍为阳性,但临床症状消失,X 线胸片炎症阴影大部分吸收。无效:病情无改善或加重。

2 结 果

本组 10 例患者经过上述方法的积极治疗和护理,4 周内全部患者症状得以控制,无 1 例出现感染加重或因痰液堵塞而发生窒息死亡。其中痊愈 8 例,有效 2 例。

3 讨 论

高位颈髓损伤常引起呼吸肌麻痹,造成呼吸困难,患者排痰能力下降,加之长期卧床,抵抗力下降等因素,极易出现肺部感染,肺部感染是颈髓损伤的严重并发症,是颈髓损伤患者死

亡的主要原因之一。如不能保持呼吸道通畅,感染就不能很好的得到控制。因此,采取有效的护理手段和方法,保持呼吸道通畅,辅助患者排痰,及时清理呼吸道分泌物,是控制感染的重要措施。

本组 10 例患者肺部感染均得到有效控制,本文认为:有效的护理措施是颈髓损伤患者并发肺部感染的重要环节,在护理过程中应指导患者坚持长期呼吸训练和膈肌力量训练,促进气体交换、痰液排出、缓解症状,以提高机体抵抗力和耐力,从而改善呼吸功能,使肺部感染得到有效地控制。

对于呼吸困难、呼吸道分泌物不易排出的危重患者,应果断实施气管切开,行气管切开后,由于气道开放,细菌可直接侵犯气管、肺脏而加重肺部感染,严重危及患者生命,应加强无菌技术操作、保持呼吸道通畅等措施,精心实施呼吸道管理,避免加重肺部感染,提高患者生存率。

参考文献

- [1] 杨明亮,王兰,关骅,等.无骨折脱位型颈髓损伤的临床研究[J].中国脊柱脊髓杂志,1998,8(3):135-137.
- [2] 徐光肯,陈燕.颈髓损伤并发肺部感染的护理对策[J].齐齐哈尔医学院学报,2004,25(8):942.
- [3] 剧玉琴,金红.心理应激与心理护理[J].实用护理杂志,2003,19(2):75.

(收稿日期:2011-03-18)

(上接第 1518 页)

助于异位妊娠的早期诊断,并使其得到及时治疗,有利于保留生育功能^[4]。

CA125 是一种来源于体腔上皮、生殖道黏膜和卵巢上皮细胞表面的衍生肿瘤抗原标志物,胎儿绒毛膜、羊水和母体蜕膜中均有大量的 CA125。有研究发现,孕早期、产后即刻、有阴道流血并即将流产的妇女 CA125 水平明显升高,提示蜕膜细胞破坏和滋养层细胞与蜕膜细胞分离是母体血清 CA125 的主要来源^[5]。因而,输卵管妊娠可引致血清 CA125 水平升高。异位妊娠者,输卵管黏膜破坏、以及滋养层细胞与蜕膜细胞使血 CA125 值明显升高。本文结果提示异位妊娠者 CA125 值高于正常妊娠,差异均有统计学意义,与相关研究相似^[6]。

VEGF 是目前所知的增加血管通透性最强的物质之一,能直接作用于血管内皮细胞,增加血管通透性,刺激血管内皮细胞有丝分裂,进而促进新生血管的形成。VEGF 属于血小板衍生因子,在受精、着床、胎盘血管形成及胎儿生长发育中起重要作用。有研究认为,VEGF 很可能在胚胎种植着床部位产生新生血管及人类胚胎植入过程中发挥重要作用^[7]。本研究结果显示,异位妊娠的 VEGF 值大于正常妊娠,差异具有统计学意义,对异位妊娠有一定的诊断价值。

综上所述,血清孕酮、 β -HCG、CA125 和 VEGF 联合检测,在异位妊娠的早期诊断中具有重要作用,可作为监测病情转归、判断疗效的指标,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] Cartwright J, Duncan WC, Critchley HO. Serum biomark-

ers of tubal ectopic pregnancy: current candidates and future possibilities[J]. Reproduction, 2009, 138(1): 9-22.

- [2] 余晓, 俎德学, 叶玲荣. 血清孕酮和 β -HCG 测定在早期异位妊娠诊断中的价值[J]. 中国妇幼保健, 2007, 22(30): 4309-4310.
- [3] 邓亚丽, 李晓玲. 血清孕酮测定对异位妊娠诊断与监测的价值[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2005, 21(2): 106.
- [4] 杜敏霞, 任利华, 黄林. 异位妊娠药物治疗中动态监测血清孕酮水平的价值[J]. 新乡医学院学报, 2008, 25(4): 369.
- [5] Predanic M. Differentiation tubal abortion from viable ectopic pregnancy with serum CA125 and beta-human chorionic gonadotropin determinations [J]. Fertil Steril, 2000, 73(3): 522-525.
- [6] 黄小敏, 简美好. 血清孕酮及 CA125 在诊断早期妊娠不良结局的作用[J]. 中国实用医药, 2009, 4(9): 25-26.
- [7] Krussel JS, Behr B, Milki AA, et al. Vascular endothelial growth factor(VEGF)mRNA splice variants are differentially expressed in human blastocysts[J]. Mol Hum Reprod, 2001, 7(1): 57-63.

(收稿日期:2011-02-17)