般起源于附件,仅累及椎体的少见[1-2],本组符合上述特征,4例起源于附件。

对于骨母细胞瘤而言,保守治疗无效,手术切除肿瘤是唯一有效的治疗方式[3]。由于颈椎附件中椎动脉的存在,使这一部位的手术切除比胸椎和腰椎更复杂。椎动脉的处理是切除颈椎横突肿瘤的一个重要环节。目前常用术前介入栓塞[4]和术中直视下结扎[5]两种方法。与术中直视下进行椎动脉结扎相比,术前在病变部位上下栓塞椎动脉的操作,相对安全简单,可以在栓塞前通过Masta's Test检测是否有椎动脉缺血的表现,提高安全系数,但费用昂贵,不适合本组病例。本组选择直视下处理椎动脉,除了经济原因,还因为肿瘤的长期慢性压迫导致病变侧椎动脉血流量明显减少(MRA证实,且术中探查可见病变部位椎动脉受压变细),对侧椎动脉已有适应性代偿,不用担心结扎病变侧后造成椎-基底动脉系统缺血和Wallenberg综合征。通过精细的手术操作,本组病例无1例出现与椎动脉结扎相关的术中、术后并发症,提示对于横突部肿瘤患者进行病变侧椎动脉的结扎是安全的。

对于脊柱肿瘤而言,由于有脊髓等重要组织,传统意义上的"整块切除"(en bloc)并不适用。因此本组病例更多地通过获得足够的切除范围来减少肿瘤复发的可能性,从目前结果看,预后良好。如对于WBB分期3~5区B~C层的患者,扩大切除的范围为2~7区。在重建稳定性时,则尽量减少融合节段(本组均融合2个运动单位),最大程度保留其活动度。充分的切除范围和最小的融合节段是本组病例近期无局部复发和优良的颈椎功能的重要原因。因为无法确定局部金属内植物对放射治疗的反应程度及后果,而且术中较广泛地切除了病灶,本组术后没有进行常规的放射治疗,亦取得满意效果。但仍需大宗病例研究来确定其安全性。

对于接受前路手术的青少年患者而言,前路融合节段的生长潜能被终止,而对应节段后路小关节的生长潜能仍存在。本组3例接受单纯前路手术的患者年纪偏大(其中1例Risser征4度,另1例未查),生长潜能不大,结合WBB分期,故未进行后路手术;2例接受前-后路联合手术的患者,亦以WBB分期作为手术策略制定的主要依据,结合Risser征均为3度,故手术终止了椎间三关节复合体的生长潜力,旨在避免晚期的局限性后凸。虽本组未发现迟发性局部后凸,但是本组病例少,随访时间短,需要进一步随访。

[参考文献]

[1] 赵建华,李 明,金大地. 脊柱外科实用技术[M]. 北京:人民军医出版社,2005.

[2] Kan P, Schmidt MH. Osteoid osteoma and osteoblastoma of the spine [J]. Neurosurg Clin N Am, 2008, 19(1): 65-70.

[3] Boriani S, Weinstein JN, Biagini R. Primary bone tumors of the spine. Terminology and surgical staging[J]. Spine, 1997, 22(9): 1036-1044.

[4] 周 政,张可成,钟建光. 介入栓塞椎动脉在颈椎横突部肿瘤的术前应用[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 1998, 8(4): 183-185.

[5] Burke JP, Gerszten PC, Welch WC. Iatrogenic vertebral artery injury during anterior cervical spine surgery[J]. Spine J, 2005, 5(5): 508-514.

(编辑:余汇洋)

·个案与短篇·

颈椎手术患者术后不舒适因素分析及护理对策

杨晓蓉,涂 羽,伍红萍 (第三军医大学大坪医院野战外科研究所脊柱外科,重庆 400042)

[关键词] 颈椎手术;不舒适;护理
[中图分类号] R64 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2010)05-0358-01

不舒适是指个体身心不健全或有缺陷,对周围环境有不良刺激、负荷极重的一种感觉[1]。颈椎手术患者术后大多存在不舒适的感觉,通过责任护士与患者的沟通以及观察患者的表情和行为,评估造成患者不舒适的相关因素,再采取个性化的护理措施,可使患者在心理、生理、社会等方面达到最佳状态或降低不愉快的程度,从而减少了术后并发症的发生。现将我科2010年1月至4月共收治的32例颈椎手术患者术后不舒适因素分析及护理对策报告如下。

1 临床资料

本组患者32例,男17例,女15例;年龄17~71岁。经诊断:颈椎病20例,颈椎损伤伴截瘫6例,外伤性颈椎间盘突出、C_2齿突骨折、寰枢椎不稳症、颈椎结核、寰枢椎畸形伴脊髓受压

[收稿日期] 2010-06-23 [修回日期] 2010-07-20

(下转第361页)

于颈椎的过伸而使手术视野变得狭小、深在。在显露寰枢椎骨性标志时应注意紧贴后弓在骨膜下操作，软组织的剥离范围应限定在中线外20 mm内，不要在寰椎后弓上缘外侧进行锐性剥离。术中应尽量减少对寰枢椎侧块之间静脉丛的剥离，只要能小范围显露进钉点即可，也不必刻意去显露椎动脉。术中准确地植钉是寰枢椎经椎弓根固定术的关键，这就要求术者术前必须对椎弓根的大小、方向、有无变异等问题进行仔细评估[8]。手术操作时，术者对螺钉直径、长度、方向等参数要了然于心，一旦确定了合适的进钉点，力争一次性植钉成功。总之，后路寰枢椎椎弓根螺钉内固定技术治疗陈旧性齿突骨折有着复位明显、固定牢固和植骨融合可靠的优点，为陈旧性齿突骨折特别是伴寰枢椎不稳患者提供了一种切实有效的手术方法。

[参考文献]

[1] Dai LY, Yuan W, Ni B, et al. Surgical treatment of nonunited fractures of the odontoid process, with special reference to occipitocervical fusion for unreducible atlantoaxial subluxation or instability[J]. Eur Spine J, 2000, 9(2): 118-122.

[2] Govenders, Maharau JF, Haffajee MR. Fractures of the odontoid process [J]. Bone Joint Surg(Br), 2000, 82(8): 1143-1147.

[3] Henriques T, Cunningham BW, Olerud C, et al. Biomechanical comparison of five different atlantoaxial posterior fixation techniques [J]. Spine, 2000, 25(22): 2877-2883.

[4] 瞿东滨，金大地，欧阳钧，等. 几种寰枢椎后路内固定术的生物力学评价[J]. 医用生物力学，1999，14(3)：198-201.

[5] Grob D. Transarticular screw fixation for atlanto-occipital dislocation [J]. Spine, 2001, 26(6): 703-707.

[6] Resnick DK, Lapsiwala S, Trost GR. Anatomic suitability of the C1-C2 complex for pedicle screw fixation[J]. Spine (Phila Pa 1976), 2002, 27(14): 1494-1498.

[7] 王 超，闫 明，周海涛，等. 前路松解复位后路内固定治疗难复性寰枢关节脱位[J]. 中国脊柱脊髓杂志，2003，13(10)：583-586.

[8] 马向阳，钟世镇，刘景发，等. 经后路寰椎椎弓根螺钉固定的置钉研究[J]. 中国修复重建外科杂志，2004，18(5)：392-395.

（编辑：左艳芳）

（上接第358页）

和C_5骨母细胞瘤各1例。手术入路：前路手术22例，后路手术6例，前后路联合手术4例；经过我科护士的精心护理与观察，32例患者全部康复出院，无不良反应。

2 不舒适因素分析及护理对策

2.1 生理因素

疼痛是最常见且最严重的一种不适，可致患者中枢神经系统功能紊乱，体内儿茶酚胺分泌增加，使患者出现焦虑、烦躁、心率加快、血压上升等情况，严重影响患者的舒适度。术后24 h内疼痛最为强烈，这与手术创伤及患者的活动、咳嗽咳痰有关。疼痛是患者的主观感受，护理过程中应充分重视患者对疼痛的描述，并采用分散注意力、解释安慰患者等方法减轻疼痛。协助患者拍背或行超声雾化吸入帮助排痰，对咳嗽无力、痰液不易咳出者，使用中心负压吸引吸出痰液。颈椎患者术后翻身时，应有专人托扶颈部，并注意轴式翻身。

良好的体位可使患者肌肉放松，有利于患者疾病的康复。术后给予去枕平卧位4~6 h，一般2~3 h协助患者翻身1次并注意轴式翻身。平卧时，用薄颈枕或软毛巾填塞悬空的颈部，另外用砂袋固定颈部两侧；侧卧时用软枕垫头颈部，使颈部与肩同高并使颈部与躯干保持成直线。翻身同时帮助其拍背，按摩患者四肢肌肉可促进血液循环，增加患者的舒适感。术后2~3 d，指导患者用颈托固定颈部，逐渐开始下床活动。对于截瘫患者，可在颈托保护下给予半卧位。对采用浅静脉留置针或深静脉留置针的患者，告诉患者留置针既便于固定、保护血管，又可增加患者肢体活动度。同时，指导患者正确摆放和活动有留置针的肢体。指导患者进行四肢肌肉及关节活动。

良好的睡眠能促进切口愈合及康复[2]。因此加强对患者睡眠的护理显得尤为重要。护士应多与患者沟通，了解患者的需要并及时提供帮助，减轻患者紧张焦虑的情绪，提醒患者减少日间睡眠时间。各种护理操作尽量安排在日间进行，并做到走路轻、说话轻、操作轻、开关门轻，保证患者的休息和睡眠。

2.2 心理因素

术前责任护士为患者讲解手术的方法，并让患者与已行手术治疗的同类患者进行交流，让其能放心地接受手术治疗；术后护士应及时到床旁关心患者，观察其四肢运动、感觉情况，并告诉患者手术非常顺利，让患者放心，主动配合术后治疗。患者特别需要家属的关心和照料，住院期间护士应多与患者及家属交流，了解患者的生理和心理需求并及时提供帮助，同时给予适当的生活护理技术指导，让患者在家属的日常生活照料的关爱中获得安全感和舒适感[3]。

颈椎手术患者术后有诸多因素影响患者的舒适度。但是，通过责任护士对患者不舒适因素的分析和舒适度的评估，再采取个性化的舒适护理措施，满足患者的舒适需求，有效地帮助患者减少疾病带来的不舒适感，减少了并发症的发生，同时提高了患者的生活质量及护理满意度。

[参考文献]

[1] 姜安丽，石 琴. 新编护理学基础[M]. 北京：高等教育出版社，2004.

[2] 王克芳，李绍忱，冯美丽. 在基础护理中增加睡眠评估的探讨[J]. 中华护理杂志，2004，39(1)：58-59.

[3] 林丽芳，罗宝凤. 颈椎损伤67例舒适护理[J]. 齐鲁护理杂志，2010，16(2)：60-61.

（编辑：何泓睿）