态学检查发现单核细胞增高,后确诊为单核细胞白血病,转入血液病科积极治疗,症状缓解。由此可见,重视血液细胞形态学检查和细胞形态学改变的变化规律,能为疾病的诊疗和预后观察提供实验室依据[1],同时对及时诊断血液肿瘤及与其他疾病的鉴别十分重要,这说明了细胞形态检查是临床检验中不可缺少的重要环节。血液细胞形态学检查具有方法简便、应用范围广泛、准确率高等优点,对临床诊断有着关键性作用,因此对细胞形态检查的意义重大。

3.2 影响血液细胞形态学检查开展的不良因素

当前影响细胞形态学检查的因素较多,具体包括以下 3 点:①随着医疗科技的发展,大量的自动化设备也应用到检验工作中,检验人员由于过分依赖仪器检查,甚至不做镜检,容易出现误诊和漏诊现象。例如对白血病患者进行白细胞分类时,仪器对异常的白细胞、幼稚细胞难以甄别,若不在镜下做细胞形态检查就易被漏诊。②在制片过程中,如果染色质量差,影响细胞形态的观察,尤其对病变细胞难以辨认,直接影响临床医生的正确诊断与治疗,另外在临床工作中也经常出现因此而引起的医疗纠纷。③检验人员由于专业水平低,平时缺乏学习,对血液细胞形态变化不能准确辨认,尤其对血液恶性肿瘤的鉴别往往需要靠资深、有经验的高级检验人员复片会诊,有的还需配合做骨髓穿刺检查方能确诊。

鉴于血液细胞形态学检查对诊断血液各类疾病的重要性,以及存在影响血液细胞形态学检查开展的不良因素,我们认为首先要提高检验人员的思想认识和专业技术水平。其次,医院要将血液细胞形态学检查做为血液疾病诊断的重要方法,需要建立标准且规范的提取方法和检测方法[2],如制片染色严格按标准化程序进行染色,组织检验人员参加省市有关血液细胞形态检查的培训班,检验人员也应到临床学习,多参加会诊和有关血液疾病的病案讨论,结合有价值的存档涂片资料加深理解自己对血液细胞形态的识别能力和诊断水平。既然细胞形态学检查是技术高、难度大的检验科学,尤其对血液疾病的诊断至关重要,因此,实际工作中加以重视,注重区分[3],扩大思维,保证检验质量,最大限度地减少和杜绝对血液病和其他疾病的误诊、漏诊,更好地为临床广大患者服务。

[参考文献]

[1] 金艳慧,王明山,谢耀盛,等. 血液分析仪 VCS 参数分析应激反应时中性粒细胞形态改变的价值[J]. 临床检验杂志,2010 年 28(1):40.
[2] 徐志伟,孙晓彤. 检测血清 micro RNA 对糖尿病诊断的潜在价值[J]. 临床检验杂志,2012,30(9):656.
[3] 宋 军,史 敏,高占玺,等. 真性红细胞增多症与原发性血小板增多症的实验室检查特征[J]. 临床检验杂志,2013,31(4):311.

(编辑:杨 颖)

经口入路寰枢椎脱位围手术期的护理干预

Perioperative nursing intervention on patients undergone atlantoaxial dislocation

吴新军,侯天勇,徐耀琴,方 青 (第三军医大学西南医院骨科,重庆 400038)

[**关键词**] 经口入路;寰枢椎脱位;护理干预
[**中图分类号**] R248.2 [**文献标识码**] B [**文章编号**] 1672-5042(2014)02-0209-02

枢椎脱位是常见的上颈椎疾患,由于寰枢椎正对口咽后方,手术入路仅能通过经口方式来进行[1]。口腔为有菌环境,为Ⅱ类手术切口。因此,围手术期的护理尤其重要,我科对采用经口入路行寰枢椎脱位的患者进行围手术期的护理干预,取得了满意疗效,现将护理体会总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

我院 2009 年 5 月至 2012 年 12 月收治枢椎脱位患者 14 例,其中男 9 例,女 5 例,年龄 11~59 岁,平均 43.7 岁。外伤 6 例,畸形 4 例,结核 2 例,肿瘤 1 例,炎症 1 例,术前疼痛视觉模拟评分(Visual analog scale,VAS)为(6.2±1.2)分、日本骨科学会评分(JapaneseOrthopaedicAssociationScores,JOA)为(7.3±2.0)分。所有患者伴有不同程度的颈枕区疼痛,颈部活动受限,部分患者伴有不同程度的四肢感觉运动障碍。颈椎动力位片提示存在寰枢椎不稳或半脱位。

1.2 术前护理

1.2.1 口腔护理 由于手术为口腔入路,口咽部结构复杂,为有菌环境,属于Ⅱ类手术切口,术前了解有无鼻窦炎、牙龈炎、咽喉炎等口腔鼻腔疾患,如有相关疾病,需及时处理;进温凉软食,少食辛辣食品,禁止食粗糙食物,忌食烫食,避免损伤口腔黏膜。

1.2.2 心理护理 积极与患者沟通交流,耐心讲解手术前后的注意事项、术后可能出现的不适及减轻痛苦的方法,减少患者的心理顾虑,增强战胜疾病的勇气和信心,积极配合治疗。

1.2.3 术前训练 在护士的指导下循序渐进张口训练,使患者最大限度张大口腔,使口腔周围的肌肉松弛,防止术中长久撑开口腔导致下颌关节脱位及肌肉痉挛。指导并鼓励患者做深呼吸及吹气球、吹水泡训练,练习有效咳嗽:先深吸气,再

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201402044
[**收稿日期**] 2013-12-20 [**修回日期**] 2014-01-10

连续小声咳嗽,将痰液咳至支气管口,最后用力咳嗽,将痰液排出。行床上大小便训练以及训练病人学习用手势及写字交流,也可以使用面部表情表达不适感,以代替术后的发音困难。

1.3 术后护理

1.3.1 病情观察 严密监测生命体征,尤其是呼吸的情况,注意呼吸的频率、节律、深浅度,氧饱和度保持在 95% 以上,必要时接呼吸机辅助呼吸;严密观察有无呛咳、声音嘶哑,并与术前对比;重点预防脊髓创伤性水肿、血压增高、呼吸减慢等脊髓危象,发现异常及时报告医生[2];观察四肢动度、感觉情况。

1.3.2 呼吸道与口腔护理 保持呼吸道通畅,吸痰是首要措施,掌握正确的吸痰方法:每次吸痰不超过 15 s,密切观察血压、呼吸、氧饱和度,如有异常,立即停止吸痰。每日高频雾化吸入,雾化后行轴位翻身、拍背、排痰,每次吸痰时套管内加入 2 ~ 3 mL雾化液,防止痰液粘稠不易吸出。气管导管口用生理盐水纱布覆盖,定时更换纱布。

1.3.3 预防术后并发症与功能锻炼 预防肺部感染,翻身时戴好颈托,勿使颈部过伸或旋转;指导患者每日饮水 2 500 ~ 3 000 mL,必要时行膀胱冲洗,防止泌尿系统感染;避免发生压疮,协助患者翻身,及时发现颈部皮肤被颈托压伤,定时按摩受压部位;指导患者行床上双下肢锻炼,防止深静脉血栓形成。术后常规给予镇痛处理,如按压镇痛泵、肌内或静脉注射阿片类药物、口服非甾体抗炎药等,给予疼痛处理后 0.5 ~ 1 h 评估一次。诊疗时注意应用无痛技术,如无痛穿刺、无痛注射、无痛导尿等[3]。患者术后第 1 天开始进行床上四肢的功能锻炼,以增强肌力,术后 3 ~ 4 d 戴颈托床上坐起活动,逐渐床边活动,至自己行走,首次行走时间不超过 15 min[4],指导患者活动量由小到大,循序渐进。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 19.0 软件完成统计处理,术前、术后 VAS、JOA 评分数据采用配对 t 检验分析。$P < 0.05$ 为差异具有显著统计学意义。

2 结果

14 例患者术后寰枢椎复位满意,手术及护理后患者 VAS、JOA 分别为(2.2 ± 1.1) 分、(12.4 ± 2.0) 分,手术及护理前后两者具有统计学差异($P < 0.05$),所有患者术中暴露良好,无颞下颌关节脱臼发生。13 例患者术后均无并发症发生,预期出院,1 例患者切口愈合不良,经多次换药愈合,患者对护理质量满意。

3 讨论

随着脊柱外科技术水平的不断提高,对寰枢椎脱位患者采用经口咽入路手术越来越多,全新的手术方式给护理工作带来新的挑战。由于经口咽入路手术术野显露困难,手术风险较大,术后并发症较严重,患者常存在心理问题。由于手术部位的特殊,风险大,经口腔入路术后影响进食和交流,患者常有恐惧、焦虑和担心手术不成功等,护士应细心地进行心理疏导,通过成功病例的讲解,有效缓解患者的恐惧心理。术中要求患者仰卧,颈部处于过伸位,为了最大限度地暴露椎体,需较长时间将口腔撑开,为适应术中的变化,要求患者术前进行张口训练及体位练习。通过术前张口训练,一方面给手术带来便利,方面手术医师的操作。另一方面减少术后患者的不适感。本组患者通过护理干预,明显缓解患者的疼痛,术后患者的 VAS 评分明显降低,为术后的恢复提供有力的支撑。

由于手术切口位于咽后壁,患者气管插管须待术后咽后壁切口愈合及咽喉部气管、黏膜水肿消失后才能拔除气管插管,因此,需要进行术前和术后的口腔护理。经口入路手术最易出现的术后并发症是经口的医源性感染[5],通过本组病例的实践,本文认为保持咽后壁切口处清洁、干燥,做好饮食护理非常重要。术前应侧重于口腔黏膜屏障的保护,防止细菌和过于刺激的食物影响黏膜的屏障功能;术后应促进伤口愈合及损伤的黏膜恢复,可给予表皮生长因子加速黏膜的修复[6]。由于全麻鼻腔插管、手术操作等相关因素造成鼻咽喉、气管黏膜损伤,术后患者有可能感觉吞咽困难、颈部不适、咳嗽无力或不敢咳嗽,通过采取指导患者行深呼吸训练,翻身拍背、指导患者咳嗽、咳痰,有利于保持术后患者呼吸道的通畅,减少坠积性肺炎等并发症的发生;术后护理要严密观察病情变化,及时发现问题,及时处理。本组病例发现 1 例切口愈合不良,及时进行干预,最终愈合。因此,术前与术后早期护理干预是手术成功及提高疗效的重要环节之一。

[参考文献]

[1] Menendez JA, Wright NM. Techniques of posterior C1-C2 stabilization [J]. Neurosurgery, 2007, 60(1 Suppl 1): S103 - 111.

[2] 胡玉梅,许艳春,吴秀容. 颈后路单开门椎管扩大成形术治疗脊髓型颈椎病的护理[J]. 护士进修杂志,2001,16(1):70 - 71.

[3] 尹芝华,高 征,唐红英. 骨科建立无痛病房对术后疼痛控制的效果评价[J]. 局解手术学杂志,2013,2(5):485 - 487.

[4] 郑敬梅. 经口入路寰枢椎即时复位钢板内固定术的护理[J]. 南方护理学报,2004,11(2):43 - 44.

[5] 尹庆水,刘景发,夏 虹,等. 寰枢椎经口咽前路手术预防感染之经验[J]. 中华医院感染学杂志,2002,12(11):829 - 830.

[6] 刘 娟,梁海滨,梁 瑛. 预防经口咽手术患者感染的对策[J]. 解放军护理杂志,2002,1(2):17 - 18.

(编辑:左艳芳)