维普资讯 http://www.cqvip.com

等,容易滋生细菌。通常的消毒方法是采用大于500 mg/L的有效氯消毒液湿拖地面和擦拭操作台面,每日2次以上,设备台面采用95%乙醇擦拭消毒。

4 工作人员自身防护

手术器械回收清洗人员经常与各种污染器械接触,很容易受到锐器伤害、粘膜侵入伤害和气溶胶伤害而发生医院感染。必须对其采取标准防护,避免病人的血液、体液、分泌物等污染物不接触人体。①眼睛的防护:回收清洗人员操作时必须适当佩戴防护眼镜、防护眼罩或防护面罩等,以有效保护眼睛或面部皮肤受感染伤害,并在终末消毒和擦试紫外线灯管时也应配戴防护眼镜。②口腔和头部防护:帽子、口罩在佩戴时不宜过薄、过小,一旦工作中被血液溅污应立即更换。③躯干和下肢的防护:防护鞋、服必须具有隔水功效,并且符合国家相关标准。防护鞋应为靴子,防护服应为防水罩袍,以足够覆盖操作人员躯干前侧及双上臂,一旦破损或漏水则须立即更换。④手的防护:操作人员应戴两双手套,以降低锐器穿孔刺伤的皮肤的感染危险性;万一不慎被锐器致伤时,须保持镇静,迅速、敏捷按常规脱去双手手套,健侧手立即从近心端向远心端挤压受伤部位,使部分血液排出,以相对减少受污染的程度,在反复挤压的同时,用流动的净水冲洗,再用碘酒、酒精消毒受伤部位。

(编辑:余汇洋)

颈椎前路减压加植骨融合术治疗颈椎伤病的护理

黄崇平 (百色市人民医院骨科,广西 百色 533000)

[关键词]颈椎伤病;前路减压植骨融合术;护理
[中图分类号]R681.5 [文献标识码]B [文章编号]1672-5042(2006)06-0431-01

我科自2000年以来共行颈椎前路减压加植骨融合术治疗46例颈椎伤病,术后满意,现将护理体会报告如下。

1 临床资料

本组病例共46例,其中男38例,女8例,年龄25~65岁,平均41.5岁。因外伤致颈椎骨折脱位伴全瘫或不全瘫23例,颈脊髓损伤16例,脊髓型颈椎病7例。

2 术前训练

术前训练内容包括:①气管推移训练:因术中需要将甲状腺、气管牵向非手术侧,故术前要进行气管推移训练,以适应手术中的牵引和减少术后并发症的发生[1]。②床上排便训练:颈椎手术需卧床数日,床上大小便练习很重要,可避免术后排便困难给患者带来不适。③呼吸功能训练:指导病人进行深呼吸、有效咳嗽、吹气球等练习,目的是增加肺活量,促进痰液排出,减少术后并发症。④配置合适的颈托:颈部手术后需要颈托固定一段时间,术前应选好合适的颈托,目的是限制颈部伸屈活动,帮助颈部伤口愈合,促进植骨的融合。

3 术后护理

3.1 颈部的固定与制动

术后颈部两侧放置小园枕以防止颈部左右移动。颈部呈中立位或10°~15°屈曲位,防止颈部过仰,术后2~3 d患者可在颈托的保护下离床活动,颈托需戴2.5~3个月[2]。为保证颈椎的稳定性,患者术后24 h内应尽可能减少颈部的活动次数及幅度,同时局部制动还可减少术后出血;改变体位时须采用轴向翻身法,即保持头、颈、胸在同一直线上同时转动,防止颈部扭曲,避免再损伤。戴颈围期间要注意防止皮肤擦伤及压疮。

3.2 常见并发症的观察及护理

颈深部血肿多见于手术后当日,尤以12 h内多见,严重者可因血肿压迫气管而引起窒息导致死亡。术后密切观察颈部是否增粗,发音是否改变及有无呼吸困难等,一般术后24~48 h后,咽喉部水肿应逐渐消退,疼痛减轻,其吞咽与进食情况应逐渐好转,如反而加重,则有植骨块移位、脱落的可能,应报告医生及时采取相应措施。喉返神经损伤较常见,主要引起声带麻痹甚至发音障碍,多为暂时性,不用处理,伤后1~3个月可恢复。睡眠性窒息是一种十分容易造成严重后果的并发症,可见于术中更易发生手术后,多见于颈3~4水平以上脊髓创伤时,主要表现为直立性低血压或体位性低血压、心动过缓、呼吸功能不稳[3]。因此要加强对病人生命体征的监护,发现异常变化及时报告医师处理。

4 出院指导

出院指导内容:①需继续带颈托约3~5个月;②避免颈部剧烈运动,防止跌倒;③纠正与改变工作中的不良姿势;④继续加强肢体的功能锻炼;⑤定期门诊复查,复查时间为术后1个月、3个月、6个月和12个月。

[参考文献]

[1] 赵定麟.颈椎伤病学[M].上海:上海科学技术教育出版社,1995.294.
[2] 安林芝,金方运,李文平,等.颈前路减压植骨钢板内固定术围术期护理[J].解放军护理杂志,2004,21(2):64~65.
[3] 金 芳.骨科临床实用护理[M].北京:科学技术文献出版社,2005.334.

[收稿日期]2006-09-05 [修回日期]2006-10-16

(编辑:张天飞)