

27 例寰枢椎半脱位保守治疗护理体会

夏书勤

(中国人民解放军联勤保障部队第九二〇医院 云南 昆明 邮编 650000)

摘要: 总结 27 例寰枢椎半脱位颅骨牵引和枕颌带牵引保守治疗护理经验。护理要点包括, 患者住院 1-3 周内保持有效牵引, 做好牵引过程中的安全管理, 预防皮肤压力性溃疡、钉道感染、肺部感染、肌肉萎缩和关节僵硬、深静脉血栓等并发症, 指导患者视力保护方法, 饮食宣教和出院教育。本研究患者均随访 3 个月, 复诊影像检查提示寰枢椎半脱位全部恢复正常。

关键词: 寰枢关节; 半脱位; 保守治疗; 护理

寰枢关节是脊柱运动范围最大关节, 承担着颈椎 50% 的旋转和 12% 的侧屈运动, 因此维持寰枢关节稳定性非常重要^[1]。寰枢椎半脱位常有上呼吸道感染、外伤等病史, 临床主要表现为颈部疼痛、头部歪斜、颈椎活动受限等, X 线、CT、MRI 检查可协助诊断, 治疗不及时可导致高位颈髓损伤、截瘫, 危及生命^[2]。经保守治疗多数患者疗效满意且医疗费用低, 深受广大患者欢迎^[3]。我科 2016 年 1 月 1 日至 2020 年 5 月 31 日共收治 27 例寰枢椎半脱位患者, 保守治疗后效果满意, 现将护理体会报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 19 例, 女 8 例, 年龄 6~54 岁, 平均 24.7 岁, 起病 7 小时至 3 月余, 平均住院时间 9.9 天。有明确外伤史者 9 例, 无明显诱因 18 例。24 例头颈部旋转活动受限, 头部向左侧偏斜, 21 例颈肩部肌紧张按压痛(+), 压痛明显, 疼痛症状逐渐加重, 颈部活动障碍; 16 例患者四肢肌力正常, 11 例四肢肌力减退, 4 例四肢肌力 V 级, 7 例四肢肌力 IV 级; 13 例感觉正常, 14 例主诉双上肢感觉异常, 有麻木感、烧灼感、触电感。12 例患者平车推入, 15 例步行入科。27 例均通过颈椎张口位片或 CT 扫描三维重建诊断为 C1~2 半脱位。

1.2 临床症状

寰枢关节活动范围大, 其后部为生命中枢延髓, 被颈脊髓、脊神经、交感神经、椎动脉等结构包绕, 解剖位移影响到周围组织时出现复杂的症状。主要有旋转绞锁固定症、椎基底动脉缺血症状、C2 脊神经受刺激症状、颈髓受压症状, 出现颈部僵直疼痛, 旋转活动受限, 伴有或不伴四肢肌力下降、张力升高, 步态不稳等表现, 一些患者会因椎基底动脉受压导致大脑缺血出现失眠、多梦、记忆力减退、恶心呕吐、视物不清等症状^[4]。其中旋转绞锁固定症又称知更鸟头位^[5]。

1.3 诊断方法

颈椎正侧位及动力位摄片、颈椎 CT 平扫及三维重建、颈椎 MRI。

X 线检查: 主要包括颈椎张口正位片、颈椎左右旋转各 15° 开口位片、颈椎侧屈 15° 开口位片、颈椎侧位片。诊断标准为颈椎张口正位片寰齿间隙差值 ≥ 3 mm, 寰底线中点垂线偏离齿状突轴线 ≥ 1 mm, 主要观察寰齿侧块间隙及枢椎棘突偏歪情况; 颈椎侧位片寰齿间距 (atlantodental interval, ADI) ≥ 5 mm, 主要观察寰齿前间隙, 即寰椎前弓后缘与齿状突前缘之间的距离^[6-7]。

CT 平扫: CT 三维重建 (CT 3D) 包括多平面重组 (Multiplanar reformatting, MPR) 和表面遮盖法 (Surface Shade Display, SSD) 两

种方法, 是诊断寰枢椎半脱位的金标准, 逐渐成为首选^[8]。CT 扫描图像经处理后, 显示脱位征象直观、清楚, 提高诊断率, 减少误诊率。

MRI: MRI 清晰显示异常骨性结构、肿瘤和炎症等病变范围及与周围组织的关系, 确定位置并准确判断脊髓受压程度和部位, 诊断价值明确^[9]。

1.4 治疗方法

1.4.1 颅骨骨牵引: 患者头发剃光, 取仰卧位, 抬高床头, 在外耳道连线与眉弓水平连线相交处用龙胆紫做标记, 2% 利多卡因 10ml 加盐酸肾上腺素浸润麻醉, 两边各做一个小横切口直至骨膜并略作剥离, 向头顶方向适当牵引, 颈肩两侧沙袋制动。牵引过程中牵引砝码悬空, 离地面 20 cm 为宜。牵引砝码重量需根据体重、年龄及脱位程度综合考虑, 一般为体重的 1/12 约 3kg~5kg, 必要时可增加到 6kg~10kg, 同时将头稍屈曲以利复位^[10]。

1.4.2 颌枕带牵引: 枕颌带兜住下颌包裹面部, 牵引时肩部垫 2~3cm 的棉垫或大浴巾使颈椎处于轻度过伸位, 向反方向牵引, 床头放置滑轮, 抬高床头, 取正中位。初始牵引重量参考患者体重计算, 牵引过程中根据 X 线或 CT 复查调整牵引重量和方向^[11]。最大牵引力不超过人体体重的 15%~20%。

2 护理

2.1 保持有效牵引

持续牵引过程中可采取仰卧位和侧卧位, 牵引方向根据寰枢关节脱位方向决定。告知家属牵引重量由护士根据医嘱调整, 不可自行随意增减。当患者诉疼痛或其他不适时, 及时与医生沟通, 不可自行变更体位或减轻牵引重量。外出检查时, 需卧床推床外出, 行驶过程中取下砝码, 以防摆动及意外撞击加重脱位。复查影像时, 在维持牵引下拍摄。

2.2 牵引过程中安全管理

保证牵引力量处于中间位置, 颅环弓受力均匀避免倾斜。护士加强巡视牵引装置, 检查牵引力线是否偏倚, 查看颅骨牵引螺丝有无松动, 牵引针两头小玻璃瓶, 以免牵引针头刺伤病人或划破床单。观察询问患者牵引有无头昏、呕吐、呼吸困难、四肢麻木等不适, 发现异常及时告知医生协助共同调整。在床尾悬挂牵引卡, 详细记录牵引重量、牵引时间、皮肤情况。夜间病区应打开地灯在过道行走时注意不要触碰牵引装置, 防止二次损伤发生。

2.3 钉道感染

寰枢椎半脱位保守治疗经枕颌带牵引复位不佳、依从性差的患者医生会改为颅骨骨牵引。为避免出现钉道感染, 行颅骨骨牵引前嘱家属帮

助患者清洗头发,男患者请理发师将头发修剪至长约 0.5cm,女患者可只将钉道处头发剃光,范围为切口前后 1cm,其余长发根据患者要求编制,既有效暴露穿刺部位又传递人文关怀,提高患者满意度^[12]。颅骨螺钉留置时间越长,发生钉道感染风险越大,护士需注意钉道有无分泌物,皮肤有无红肿,如果钉道局部出现红肿伴黄色分泌物,及时报告主管医生遵医嘱给予抗炎消肿药物治疗,同时更换钉道处包裹纱布,采用棉签蘸取 75%酒精擦拭钉道处分泌物早晚各一次进行消毒,保持针眼处清洁干燥。

2.4 基础护理

2.4.1 皮肤压力性溃疡

寰枢椎半脱位保守治疗需患者长时间卧硬板床,枕骨粗隆、肩胛部、骶尾部及足跟部是皮肤压力性溃疡高发部位。可准备中空海绵垫或纱布圈,减轻骨突部压迫。在持续牵引过程中 2 名护士协助患者定时轴线翻身,一名护理人员一只手牵拉牵引弓保持反作用力,另一手协助头颈的转动,另一名同时用力,翻身时头、躯干、下肢三点一线,防止冰钳滑脱,如不慎滑脱,立即用沙袋固定颈部两侧制动,重新消毒冰钳后再插入。并嘱家属定时按摩骨突部,改善局部血液循环。

2.4.2 饮食宣教

病房环境明亮干净,患者被动体位依靠家属喂食,在每次进食时垫一块毛巾避免污染,用餐完毕及时清理食物残渣,保持床单元干净,营造一个良好的就餐环境增进患者食欲。患者长期卧床缺乏运动,肠蠕动减慢,食物宜多以清淡易消化、软烂易咀嚼为主,避免进食花生、坚果类硬质食物导致窒息危险。

2.4.3 心理护理

持续牵引活动被限制加上疾病带来的疼痛,患者会产生恐惧和烦躁心理不配合工作。特别对于患儿,对治疗不能正确理解,语言表达能力较弱,常出现哭闹、抗拒等情绪。责任护士可根据患儿的个性,安排听音乐、讲故事等互动,给患儿糖果奖励,用鼓励教育赢得患儿的配合。

2.5 并发症的观察和预防

2.5.1 肺部感染

牵引卧床缺乏运动容易导致坠积性肺炎。指导患者左右手分别放在上腹部和胸前,吸气时缩唇如口哨样,缓慢呼气,吸呼比 1:2 或 1:3,想象吹蜡烛火焰缓缓吐气,深吸缓呼重复三次以上,最后深吸一口气后屏气 3~5 秒,嘱其咳嗽时收缩腹肌或用手按压上腹部帮助咳嗽,一般进行 2~3 次短促而有力咳嗽促进排痰。配合不良或理解力差的患者可吹气球,每天不限时间及次数,要求尽量采用一口气连续吹气的方式训练,辅雾化治疗效果更好。

2.5.2 肌肉萎缩和关节僵硬

卧床时间较长肌肉和关节周围疏松结缔组织易变为致密结缔组织,预防出现肌肉萎缩和关节僵硬并发症。颈部制动不能活动,四肢应进行功能锻炼,在床单位上方悬挂皮球,让患者用手或脚去拍打,一般 10~15min/次,5~6 次/d。功能锻炼活动范围由小到大、强度由弱到强。

2.5.3 预防深静脉血栓

患者住院期间饮食清淡低脂,多饮水,每天饮水量在 1000~2000ml。教会患者在床上进行蹬单车、踝泵运动、直腿抬高运动等锻炼方式,加速下肢血液流动速度。休息时可抬高双腿,避免膝下单独垫枕或过度屈髋,以免影响静脉回流。结合抗血栓袜以及气压泵物理治疗措施加速静脉血液回流,减少血液瘀滞。

2.6 视力保护

患者卧床期间不可避免使用手机、ipad 等电子产品打发时间,牵引制动卧于床上仰视屏幕不方便且伤眼睛,佩戴折射眼镜避免颈部过度屈曲,保证病房光线充足适宜,提高患者观看舒适度和清晰度。严格对住院患者制定时间计划表,督促每次使用电子产品不应超过 40 分钟,暂停一段时间眼睛充分放松后再继续使用,一天总时长最多达 4 小时。提高护眼意识,指导患者做眼保健操,通过按摩穴位处的经络,增强眼部血液循环,缓解眼睛疲劳。夜间休息时关闭灯光禁止使用,合理用眼。

2.7 出院指导

出院时告知家属住院期间保守治疗寰枢关节基本复位,临床症状减轻或消失,回家后改为配带颈托或头颈胸支具固定 4~6 周,注意保持颈部稳定,避免颈部遭受外力撞击。颈部康复功能锻炼循序渐进,前屈、后仰、转侧等活动切勿过度,保持正确坐卧姿势,不可长时间低头保持同一姿势,避免剧烈活动。日常生活中颈部做好保暖措施,预防上呼吸道感染,枕头选择中央凹陷两边高的荞麦皮枕头即可。遵医嘱定期复查寰枢椎张口位 X 线片及颈椎 CT 了解寰枢关节复位情况,出现不适随时就医。

3 小结

寰枢椎半脱位病例较罕见,保守治疗需要长期卧床持续牵引,这对无疑给护理工作带来极大挑战。牵引期间采用真人示范和视频册子等教育方式,生动形象讲解寰枢椎半脱位护理难点与重点,做好患者的心理护理,赢得患者的积极配合,充分发挥家属的主观作用。对此,护士应具有扎实的专科知识、较强的专业能力和一颗关爱之心。

参考文献:

- [1] 许国华,李家顺,贾连顺,等.寰枢椎融合失败的原因探讨及其翻修术[J].中国脊柱脊髓杂志,2005,15(1):12-15.
- [2] 孙祥水,楼跃,范毓华,等.单中心儿童突发性颈部旋转受限 420 例[J].中华实用儿科临床杂志,2015,30(23):1801-1804.
- [3] 杜建明,汤建华,田小武,等.综合保守治疗寰枢关节半脱位(附 47 例报道)[J].中国现代医生,2007,16(3):56-57.
- [4] 李亨,曹亚飞,李晓晓,等.寰枢关节半脱位的诊断研究进展[J].按摩与康复医学,2018,07(3):1008-1879.
- [5] 王玉东,姜召福,孔丽丽,等.寰枢关节脱位的影像学表现及分型探讨[J].罕少疾病杂志,2016,20(3):22-26,36.
- [6] 张佐伦,王得杰,赵安仁,等.寰枢关节旋转半脱位的解剖变化及 X 线诊断[J].中华骨科杂志,1990,10(1):24-26.
- [7] 戴力扬.寰齿间距的放射学测量及其临床意义[J].中国临床解剖学杂志,1996,(3):212-213.
- [8] 陈君蓉,但倩,李旭雪. MSCT 对寰枢椎失稳的影像学评价及临床价值[J].中国中西医结合影像学杂志,2014,12(4):406-408.
- [9] 陈丹,张亚林,瞿中威,等. MRI 在寰枢关节韧带损伤中的应用价值[J].临床放射学杂志,2011,30(5):693-695.
- [10] 蒋婷,张伏元,苏三毛,等.27 例寰枢关节半脱位患儿行颅环弓牵引的护理[J].护理学报,2016,23(02),55-57.
- [11] 张立强,马跃文.两种牵引方式对寰枢关节半脱位的疗效观察[J].中国康复,2017,32(04),313-315.
- [12] 陈茂君,吴孟航,周良学.两种皮肤准备方法在颅脑择期手术中的效果比较[J].四川大学学报(医学版)2016,47(03),434-436.