

# 一例脊髓型颈椎病合并糖尿病、癫痫患者的护理

李晓燕 荣 燕

(江苏省昆山市第一人民医院脊柱外科 江苏 昆山 215300)

**【摘要】**颈椎前路减压术为颈椎病手术治疗常用的方式,但极易出现多类术后并发症,如植骨块移位、气道受压、椎动脉出血、损伤脊髓、形成血肿、损伤食管、异常发音、吞咽困难、硬膜破裂等,上述并发症中吞咽困难最为常见<sup>[1]</sup>。洼田饮水的试验为评定吞咽障碍常规实验方法,提出者为日本学者洼田俊夫,具备简便的操作,清楚明确的分级,有助于指导进食呛咳患者正确饮食。2019年10月,我科收治一例脊髓型颈椎病合并多种既往史的病例,通过对该病例的护理,制定了颈椎术后洼田饮食试验的规范操作方法及时机。

**【关键词】**脊髓型颈椎病;糖尿病;癫痫患者的护理;洼田饮水试验

**【中图分类号】**R47 **【文献标识码】**B

## 1 临床资料

患者胡\*\*,65岁,性别男,双下肢由于无力、行走不稳,此症状持续3个月入院,检查CT后可见,C3/4 C4/5 C6/7椎间盘突出,对应两侧神经根、平面椎管出口狭窄。入院专科查体:患者右小指外展肌力4级,左小指外展肌力因外伤无法测得,余肌力正常感觉正常,双下肢肌力感觉正常。患者右小指及左大拇指青紫肿胀,会阴青紫肿胀。双下肢静脉曲张,肿胀+,足背动脉搏动良好。患者既往有小儿麻痹症,遗留右下肢短小;高血压病6年,自服吲达帕胺1#BID;糖尿病6年,自服阿卡波糖1#TID,格列美脲1#TID,二甲双胍1#TID,入院后血糖控制不佳,内分泌科会诊后予胰岛素注射治疗;癫痫3年,自服丙戊酸钠缓释片1片BID;脑梗2年,自服西洛他唑1#BID。患者入院后在全麻下行C3/4.C4/5.C6/7前路减压融合内固定术,术后生命体征正常,发音正常,返房后侧卧位饮水试验正常。术后第一日晨再次行洼田饮水试验,结果正常,给予半流质饮食。术后第二日凌晨,患者出现双手颤抖,家属主诉前一晚丙戊酸钠片服用失败,晨患者腋温39.4℃。晨间交班:患者意识呈嗜睡状,能唤醒,能回答简单问题。肌力感觉测定无法配合,患者巴氏征阴性,膝反射存在,肱二头肌、肱三头肌反射存在,肌张力正常。喉部痰鸣音明显,SP0286%,即刻予持续氧疗,予沐舒坦静推,普米克+富露施雾化吸入,翻身拍背,指导患者行呼吸训练及有效咳嗽咳痰。患者有呛咳,洼田饮水试验4级。经呼吸科会诊后,予以鼻饲治疗,震动排痰20分钟BID,更换抗生素治疗。营养科会诊,根据患者各营养指标,结合患者鼻饲后的反应,选择合适的鼻饲液。患者白天持续低速鼻饲后,无法行三餐前胰岛素注射,血糖控制不稳定,内分泌科会诊,指导鼻饲下如何正确使用胰岛素,控制血糖,期间患者未发生低血糖及酮症算中毒。患者反复嗜睡、癫痫发作,因患者平时服用丙戊酸钠缓释片,在鼻饲期间予掰开碾碎服用,失去效用。更换丙戊酸钠片后未达到正常服用剂量,导致患者血药浓度低下。神经内科会诊指导丙戊酸钠正确用药。经护士观察发现患者左侧半卧位进食时呛咳症状较轻,经临床实践循证后指导患者左侧卧位进食糊状饮食。患者逐渐体温正常,肺部感染好转,能够左侧卧位进食,血糖控制正常,患者于2019年12月康复出院。

## 2 护理体会

### 2.1 呼吸道护理

2.1.1 保持呼吸道通畅 患者术后第二日SP02降低,咳嗽咳痰,看见黄粘痰,极难咳出。术后将吸氧、吸痰装置常备于床边。取化痰药物,给药方式可选择静脉推注或雾化吸入。帮助患者翻身、拍背,机械振动排痰的BID。借助机械排痰能够在一定程度上提升病患肺部血液循环和呼吸机恢复,继而有效促进患者咳嗽反射顺利形成。同时,以患者肺部实际感染的状

况为依据择选更具针对性的抗生素展开治疗<sup>[2]</sup>。

2.1.2 合理氧疗 剩余碱 $acf:5.5\text{ mmol/LH}$ ,剩余碱 $(B):5.1\text{ mmol/LH}$ , $CO_2\ 30\text{ mmHg}$ , $SP0286\%$ ,予面罩高流量吸氧,待 $SP02$ 提升至95%以上,更换鼻导管低流量吸氧。

2.1.3 呼吸训练 在患者病情趋于稳定时,指导患者训练呼吸<sup>[3]</sup>,确保咳嗽咳痰的有效性。指导其呼吸方式,如缩唇、腹式。主要方法是:在患者呼气时将嘴唇缩成笛状,缓缓呼出气体;而腹式呼吸则依靠膈肌收缩佳以呼吸,叮嘱患者将手放于腹部,用于感受脐腹部上下起伏,每日进行3次,每次进行时间为10-15min。依照病患具体耐受程度,动态性调整训练时间。

2.1.4 合理饮食,避免呛咳 停止经口进食,给予鼻饲行胃肠内营养治疗;根据患者情况适当予以经口糊状饮食。

### 2.2 血糖管理

因患者自身有糖尿病存在,入院后借助口服药控制血糖的作用不甚理想,调整了控制方案,改用餐前速效胰岛素及睡前长效胰岛素注射,监测餐后2小时血糖及空腹血糖。但患者后因进食呛咳改为持续鼻饲治疗,血糖控制增加了难度,而患者又长期服用丙戊酸钠缓释片。研究显示:VPA有着减少空腹血糖浓度的效用。接受VPA治疗的全身性肥胖患者大都存在胰岛素抵抗以及脂肪联素水平降低的情况,其可能会引发胰岛素抵抗<sup>[4]</sup>。

如果血糖值过高,会加大糖化肌红蛋白、糖基蛋白升高幅度,另外也会造成毛细血管基底膜厚度水平增加。令病患的组织细胞处于缺氧状态,就此削减了病患机体预防疾病的能力,引发其免疫机制受损。无益于疾病康复。因此,有必要结合患者实际情况,科学应用胰岛素。同时也要有效甄别患者低血糖以及酮症,做好对症化处理工作。

### 2.3 颈椎术进食困难管理

研究表明,颈椎前路执行手术损伤喉上神经的几率约为0.9%~3%。可将喉上神经分为两支,即一内一外,咽部的感觉由内支配。多类因素与之风险相关,如性别、高龄、手术的时间、入路、吸烟、牵拉的时间、手术高位节段(C3/4)、椎前软组织的厚度等。颈椎前路的手术牵拉时间一旦较长,会对颈前的软组织产生损伤,也会损伤食道及附近的组织,牵拉喉上、喉返神经的时间长,约15%的几率会发生损伤。内固定者选择钛板者术后发生吞咽困难的几率>25%,椎间置入cage者几率<8%,而选择椎间单纯植骨、人工植入术的患者术后未见此类症状。全身短时间内需给予地塞米松,或以甲强龙替代。多为暂时性,手术后1-6个月可恢复。针对此患者行不同体位的洼田饮水试验,发现患者抬高床头45°,饮水试验IV级;90°坐位,饮水试验IV级;抬高床头30°左侧卧位,饮水试验II级;抬高床头45°左侧卧位,饮水试验II级。吃厚度合

适的糊状，一小勺一小口的缓慢的吃，全部咽下后再吃下一口，偶尔会有呛。根据该患者情况，前期予鼻饲胃肠内营养，伴随患者肺部感染症状缓解，逐渐增加经口进食糊状饮食，后患者拔除鼻饲管。

#### 2.4 预防癫痫发作

患者术后多次发生嗜睡、谵妄现象，检测丙戊酸钠血药浓度偏低，神经内科会诊后调整用药剂量及方法。经测定，患者2次血钠时均在132mmol/L以上。应用丙戊酸会导致患者血压上升，但值得注意的是，并不是所有血压上升的患者都会发生VHE<sup>[7]</sup>。针对于轻度一过性血压上升无症状者，不需要停药。而情况严重者应马上停药，同时也要检查患者血氨、药物浓度水平以及心电图等资料。

该病患者存在癫痫的情况。对于此，除却对患者科学用药以外，也应当为其提供安静的环境。动态性观察患者疾病改变，如发现其存在癫痫先兆时，应当将其取头低侧卧位或者取用平卧位头部固定在一侧，保证呼吸道畅通。同时按压合谷穴、人中穴用以缓解抽搐。床边放置好吸引器以及器械包，开展行之有效的预防跌倒举措<sup>[8]</sup>。定期查看患者机体血药浓度以及肝肾功能。另外，对于此类患者应当做好谵妄评估工作。不要单纯凭借个人经验以及主观感觉予以决断，正确评估患者的拔管风险，做好预防举措。

#### 3 结果

患者接受相关临床治疗以及护理之后，肺部感染症状缓解。血糖值稳定在正常标准，生活质量得以提升。癫痫未再发作，转归情况良好。家属以及患者本身对于临床护理的实施表示满意。

#### 4 总结

通过对该患者不同饮水试验，调整后注田饮食时机，提高准确性；对于有一侧喉上神经损伤导致进食困难者，予抬高床头左侧卧位进食糊状饮食，避免因呛咳导致的噎食及肺部感染；针对该患者癫痫疾病，合理规范用药对于预防癫痫发作的重要性，及时预防药物引起的副作用；进行呼吸训练，有效改善颈椎术后咳嗽咳痰，机械振动排痰可有效促进咳嗽无力者痰液的排出，减少肺部并发症。

#### 参考文献：

- [1] Danto J, DiCapua J, Nardi D, et al. Multiple cervical levels: increased risk of dysphagia and dysphonia during anterior cervical discectomy[J]. *J Neurosurg Anesthesiol*, 2012,24:350-355.
- [2] 刘芳. 护理干预对糖尿病合并癫痫患者生活质量的影响[J]. *糖尿病新世界*, 2018,21(16):158-159.
- [3] 郭佳宝, 朱毅. 吸气肌训练的临床研究进展[J]. *中国康复医学杂志*, 2014,29(9):888-892.
- [4] 陈哲, 杨松. 非脊髓型颈椎病患者玻璃体切除术的围手术期护理[J]. *吉林医药学院学报*, 2012,33(03):145-146.
- [5] 金大地, 王健, 瞿东滨. 颈椎前路手术早期并发症原因分析及对策[J]. *中华骨科杂志*, 2005, 25(2):102-106.
- [6] 陆英杰, 鲍卫国, 杨惠林, 等. 颈椎前路术后吞咽困难的研究进展[J]. *中华骨与关节外科杂志*, 2018,11(3):227-232.
- [7] 张英, 戴晓洁, 陈清清, 汪慧. 多节段脊髓型颈椎病老年患者前路手术47例的围术期护理[J]. *解放军护理杂志*, 2012,29(08):46-48.
- [8] 颜妙芳. 脊髓型颈椎病合并糖尿病患者前路手术围手术期护理[J]. *中国实用护理杂志*, 2008(32):27-28.

(上接第4页)

格差距，引导患者合理就医、合理用药，确保患者基本医疗费用负担不增加<sup>[3]</sup>。

#### 参考文献：

- [1] 黄辉, 陈坚, 单海华, 等. 某三甲公立医院医疗服务价格改革实施效果评价[J]. *中国医院管理*, 2017, 37(9): 25-27.
- [2] 陈丹妮, 顾建钧, 王兰钧, 等. 医药价格调整政策对公立医院经济运行影响研究[J]. *中国医院管理*, 2018, 38(9): 59-61.
- [3] 赵卫群, 傅开封, 王译靖. 等医改对省级妇女专科医院经济运行的影响分析[J]. *中国卫生经济*, 2017, 36(2): 74-78.

院经济运行的影响分析[J]. *中国卫生经济*, 2017, 36(2): 74-78.

- [4] 耿敏, 周典, 李娇龙, 等. 安徽省县级公立医院实施药品零加成现状调查[J]. *中国医院管理*, 2015, 35(4): 6-8.
- [5] 杨敬, 马伟杭, 王楨, 等. 浙江省县级公立医院综合改革的进展、挑战与对策[J]. *中国卫生政策研究*, 2013, 6(3): 1-4.
- [6] 王越, 吴硕, 张斌, 等. 医疗服务价格调整对医保住院患者费用结构的影响[J]. *中国医疗保险*, 2018, 9: 49-53.
- [7] 王炜. 医药价格改革对儿童专科医院运行的影响分析[J]. *卫生经济研究*, 2019, 36(4): 49-51.