

脊髓前动脉综合征 25 例护理

陈雪美

(浙江省丽水市中心医院 丽水 323000)

关键词: 脊髓前动脉综合征; 动脉闭塞; 中枢性瘫痪; 护理

中图分类号: R 744.1

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2005)01- 0078-01

脊髓前动脉综合征也称 Beck 综合征, 1908 年首先报道, 指脊髓前动脉发生闭塞, 其供应的脊髓腹侧 2/3 至 3/4 区域缺血, 引起病变水平以下中枢性瘫痪, 分离性感觉障碍和膀胱直肠功能障碍, 是神经系统疾病中较少见的疾病。此综合征症状复杂, 由多种病因引起^[1]。本文对我科 1980~2003 年收治的 25 例患者进行分析, 现将体会总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 25 例中男 13 例, 女 12 例; 发病 16~20 岁 6 例, 21~30 岁 2 例, 31~40 岁 2 例, 41~50 岁 2 例, 51~60 岁 7 例, 61~70 岁 6 例; 本组有明显诱因 8 例, 其中剧烈运动发病 5 例, 感冒受凉 3 例; 既往有高血压病 5 例, 有脑梗死 3 例, 颈椎病 3 例, 合并系统性红斑狼疮 1 例; 以颈痛、肩痛、胸背部或腰部痛等神经根痛首发 23 例, 占 92%; 双上肢麻木 5 例, 双下肢麻木 8 例, 双下肢瘫 9 例, 偏瘫 1 例, 单瘫 2 例, 四肢瘫 9 例; 出现呼吸困难 4 例, 尿潴留 22 例, 尿失禁 2 例。

1.2 治疗与转归 按缺血性血管病予血管扩张剂、改善微循环及细胞活化剂治疗, 平均住院 35d; 治愈 8 例, 好转 15 例。

2 护理

2.1 心理护理 患者往往有精神紧张、焦虑、抑郁等表现, 担心自己以后的生活以及拖累家庭等, 有明显的失助感及依赖心理, 需要医护人员对不同时期的心理反应和心理需求, 采取不同的护理措施。应以高度的同情心, 对患者多接近、多询问、多鼓励、多开导, 利用各种机会与其亲切交谈, 帮助病人正确认识疾病, 增强战胜疾病的信心。同时还应做好亲属的思想工作, 使他们积极配合医护人员消除病人的不良心理。

2.2 呼吸道护理 因呼吸困难, 呼吸肌麻痹, 严重时需气管切开和呼吸机维持, 呼吸道分泌物不易排出而易发生肺部感染。因此应保持病室空气新鲜、对流、温度适宜, 室温保持在 20~22℃, 注意保暖, 以免着凉。每日定时紫外线空气消毒。协助卧床病人经常更换卧位, 并拍背以助排痰。鼓励病人深呼吸及咳嗽, 口服化痰片, 做雾化吸入, 适当作一些体位引流, 以保持呼吸道通畅。教病人保持正确姿势, 作呼吸锻炼、胸壁运动等, 增加肺活量, 有助于呼吸。如有感染, 定期做痰培养加药敏试验, 以指导临床及时选用有效的抗生素达到控制感染的目的。

2.3 防治褥疮 褥疮是早期容易出现的并发症, 由于患者肢体运动和感觉功能都有不同成程度的障碍, 肢体血循环迟

缓, 受压部位易发生褥疮。故应经常翻身、按摩、擦洗, 保持局部清洁、干燥, 建立翻身卡, 一般 2h 1 次。增加营养, 提高病人的机体抵抗力, 对预防褥疮也有一定的作用。指导患者及亲属了解有关预防褥疮的知识, 一旦发生, 一定要给予高度重视, 以防感染和扩大。

2.4 防治泌尿系感染 由于尿潴留, 留置尿管时间长, 易发生泌尿系感染和结石。故行导尿术时, 应严格遵守无菌操作规程, 防止感染, 动作轻柔, 选用细导尿管, 避免泌尿道黏膜损伤。每日定时倾倒尿液, 记尿量, 更换引流袋, 清除尿道口分泌物, 用生理盐水或 1/5 000 呋喃西林冲洗膀胱, 1 d 2 次。每周更换尿管, 留标本作尿常规检查, 防逆行感染。定时夹管, 按时开放。鼓励病人多饮水, 每日饮水量保持 2500mL 以上, 抬高床头, 以利排尿。如有感染, 加用抗生素。对 S₂ 以上脊髓损伤者, 由于膀胱低级中枢未受损伤, 应训练其定时排尿, 逐渐建立反应性膀胱。

2.5 防治便秘 由于缺乏胃结肠反射、结肠蠕动减慢及直肠排便反射消失而使水分过多地吸收所致, 故应给富有粗纤维食物, 多饮水, 根据病前的排便习惯安排时间, 定时排便。训练排便反射, 作腹部按摩及深呼吸。也可用手指扩肛或局部热敷, 刺激肛门括约肌等, 促使排便。必要时, 用缓泻剂、灌肠、针灸等。

2.6 防止体温失调 由于植物神经功能紊乱, 对周围环境温度变化丧失调节和适应能力所致。常有高热 (40℃以上) 或低温 (35℃以下), 故应密切观察生命体征, 如有异常, 立即通知医生。高热时, 注意生命体征, 做好口腔护理, 给营养丰富的流质或半流质饮食; 采用物理降温及药物降温后, 半小时测体温。低温时, 首先提高室温, 保持在 24~26℃为宜, 即刻行人工调温和复温。随时监测 T、P、R、BP 及心率, 以便对症治疗。

2.7 慢性期康复锻炼 患者全身状况稳定后应尽快进行功能锻炼。逐渐练习起坐和从床到轮椅的转移训练, 在双下肢支架保护下练习站立和行走, 训练日常生活必需的技能。出院前应向家属详细指导在家庭护理中的注意事项, 并教会其操作方法。

参考文献

[1] 彭维, 于皆平, 郑守瑾, 等. 临床综合征学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1989. 328~329

(收稿日期: 2004-10-24)

(上接第 58 页)

[5] 赵玉芳, 江晓津, 韩仲岩, 等. 急性脑梗死患者血浆同型半胱氨酸、叶酸、维生素 B₁₂ 水平的测定及其临床意义[J]. 卒中与神经疾病, 2003, 10(5): 261

[6] 张颖冬, 朱志刚, 刘阳. 血浆 Hcy 水平及 MTHFR 基因多态性与脑梗死的关系[J]. 中风与神经疾病杂志, 2001, 18(4): 200

(收稿日期: 2004-08-05)