

# 一例肥胖患者颈椎术后颈深部血肿

赵 嫵 代极静 汪子寒

安徽医科大学第一附属医院 安徽 合肥 230022

**【摘要】**：目的：探讨肥胖患者颈椎术后发生颈深部血肿的处理措施。方法：抽选医院收治的1例肥胖患者颈椎术后发生颈深部血肿的患者，对其诊疗和护理经过进行总结，并结合患者恢复情况对干预措施的效果进行分析。结果：结合患者特殊性和疾病治疗需求为其提供了系统性、个体化护理，患者最终能够顺利康复出院。结论：通过对肥胖患者颈椎术后发生颈深部血肿进行护理分析，结合护理问题进行针对性干预可有效加速患者的康复进程，预防其他并发症发生，改善患者预后。

**【关键词】**：肥胖；颈椎术后；颈深部血肿；气道管理；疼痛管理

DOI:10.12417/2811-051X.26.06.088

## 前言

肥胖患者接受颈椎术后发生颈深部血肿的风险比正常体重的人群更高，主要是因为肥胖患者颈部脂肪层厚，肌肉间隙暴露困难，导致术中肌纤维损伤风险更大，且脂肪含有大量的促炎因子，因而会影响其凝血功能和伤口愈合速度<sup>[1]</sup>。同时，肥胖患者手术切口相对更深，手术止血难度较大，且缝合易遗留死腔，造成血液积聚风险更高，术后颈深部血肿发生概率显著增加。针对肥胖患者的特殊性，在实施颈椎术后通过对患者进行系统性的护理评估，尽早识别潜在的风险问题，并基于多学科协作加强对患者的伤口护理、体位管理、并发症预防等一系列护理措施，可加快颈深部血肿恢复速度，保障患者的手术治疗效果。本次护理报告将对医院收治的1例肥胖患者颈椎术后发生颈深部血肿的护理干预措施进行总结，并分析其应用效果，报告内容如下。

## 1 病史摘要

患者性别男，年龄32岁，身高1.74m，体重105.5公斤，BMI值34.85 kg/m<sup>2</sup>。现病史：车祸伤至颈痛半双上肢麻木。医院诊断：颈椎间盘突出症，颈部脊髓水肿。体格检查：T：36.9℃，P：98次/分，R：26次/分，BP：133/85mmHg，SpO<sub>2</sub>94%（吸氧下）。专科检查：双侧肱二头肌、肱三头肌肌力IV级，双手握力减弱。

诊疗经过：完善相关检查，患者在全麻下行前路颈椎融合术。术后患者全麻清醒，护送病房，患者主诉呼吸不畅，予雾化吸入。1小时后观察患者切口肿胀明显，立即通知医生，与氧气5L/分钟持续吸入，床旁备抢救车、吸引器、静脉切开包，并建立静脉通道。医生予床旁切口处缝线拆除，清除血肿，联系麻醉科行床旁气管插管，接入手术室行清创缝合术。术后转入ICU，两天后由ICU转入病房，患者神志清楚，切口处引流管两根，四肢肌力正常，双手握力正常。患者颈部切口处因敷料过敏，周围红疹伴瘙痒，请皮肤科会诊予炉甘石外涂，维生素E外用，切口处改纱布覆盖效果不明显，改水胶体敷料，于术后九天康复出院。

## 2 护理评估

一般情况：患者系中年男性，肥胖体型（BMI34.85 kg/m<sup>2</sup>），颈部粗短，属于困难气道高危因素。

疼痛：主诉颈部胀痛明显，NRS评分6分，超过常规切口痛。

神经功能：术前JOA评分12分。颈部血肿发生时，患者诉上肢麻木感，双上肢肌力由下降至IV级，握力减弱。下肢肌力及感觉尚可。

心理社会：患者存在焦虑、恐惧，家属也较为紧张、无助。

皮肤：肥胖、颈部、背部、骶尾部等骨隆突处皮肤压疮风险高，风险评分13分（中风险）。

营养：术后吞咽不适，进食量少，营养风险1分。

活动：颈部严格制动，肥胖增加翻身困难，舒适度差。

其他评分：跌倒坠床评分2分，自理能力评分75分。

## 3 护理问题

1.低效性呼吸型态，与颈深部血肿压迫气管、肥胖等因素导致气道狭窄有关<sup>[2]</sup>。

2.急性疼痛，与手术创伤、血肿压迫等有关。

3.潜在并发症，与感染、压力性损伤、静脉血栓等有关。

4.活动受限，与颈椎制动、神经功能损伤、肥胖导致的行动不便有关。

5.皮肤完整性受损风险，与肥胖、颈部制动、汗液等有关。

6.焦虑、恐惧，与并发症、预后未知、呼吸困难等有关。

## 4 护理目标

1.确保气道安全，维持正常呼吸状态。

2.加强切口护理，实施多模式镇痛干预，减轻疼痛程度。

3.完善护理细节，预防并发症发生。

4.实施早期活动和康复训练指导，加速神经功能恢复。

5.加强皮肤管理，尤其注意皮肤皱褶处清洁，防止皮肤受

损。

6. 实施心理护理, 安抚患者不良情绪, 提高治疗依从性。

## 5 护理措施

### 1. 确保气道安全

采用语言、肢体或者文字的形式与患者交流, 了解其主诉, 并观察生命体征、症状表现。在患者出现呼吸不畅、颈部肿胀等异常情况时, 立即协助医生启动紧急救治干预。同时, 帮助患者调整为半卧位或坐位, 改善呼吸。在医生指导下, 将患者颈部敷料、颈托解除, 减轻外部压力, 并准备床旁抢救车、吸引器、静脉切开包等手术用具。血肿清除术后, 将患者送往ICU病房进行持续监测。患者卧床期间, 将床头抬高 $30^{\circ}$  -  $45^{\circ}$ , 促进颈部水肿缓解。遵医嘱实施雾化吸入, 以减轻喉头水肿、气道痉挛, 保持气道湿化。持续监测患者的呼吸频率、节律、深度及 $SpO_2$ , 结合患者主诉, 评估治疗效果。病情稳定后, 指导患者掌握有效咳嗽、深呼吸的技巧, 提醒患者避免剧烈、频繁咳嗽, 防止再出血。

### 2. 疼痛管理

定时检查引流管状态, 确保引流通畅、固定妥善, 防止患者活动、翻身牵拉引流管造成移位、打折。准确记录引流液的颜色、性状和量, 当引流量 $<30\text{ml}/24\text{h}$ 后, 可尝试拔管<sup>[3]</sup>。遵医嘱实施镇痛干预, 联合静脉和口服镇痛药增强镇痛效果。同时, 定期评估患者的疼痛程度, 了解患者是切口痛或者神经性疼痛, 再针对性进行干预。另外, 结合非药物镇痛方式进行干预, 如协助患者保持舒适体位, 定时翻身、按摩以放松肌肉, 或为患者播放舒缓、轻快的音乐放松紧张情绪, 或指导患者通过深呼吸、分散注意力减少关注。

### 3. 并发症预防

严格执行无菌操作要求, 并留意患者切口有无红、肿、热、痛及异常分泌物, 以及有无脂肪液化的情况发生。保持病房空气流通, 温湿度适宜, 减少细菌滋生。指导患者每天练习深呼吸、有效咳嗽咳痰, 防止肺部感染。使用交替式充气床垫减轻局部受压力, 并每2小时协助轴线翻身一次, 侧卧时可用软枕支撑后背, 预防压力性损伤<sup>[4]</sup>。邀请营养师会诊, 为患者制定高蛋白、高维生素、易消化的饮食方案, 注意控制热量摄入, 加速切口愈合。鼓励患者练习踝泵运动, 每小时10-15次, 并使用下肢间歇充气加压装置, 预防下肢静脉血栓。经过医生同意后, 协助患者尽早下床活动, 注意观察下肢有无肿胀、疼痛等情况发生。

### 4. 康复指导

定期评估患者的神经功能, 每4小时评估一次。重点观察患者双上肢、手指的精细活动以及下肢肌力及步态。同时, 检查患者肢体麻木、疼痛区域的变化情况, 及时发现异常情况并进行干预。了解患者大小便情况, 询问排尿排便是否顺利,

有无尿潴留、尿失禁或便秘等问题。卧床时, 使患者颈部保持中立位, 借助颈托稳定颈部。翻身时, 选择轴线翻身法, 并注意固定患者头部, 避免颈椎旋转、过伸或过屈。在医生和康复治疗师的指导下, 协助患者循序渐进地开展康复活动。术后早期以手指屈伸、握拳、踝泵运动等远端关节主动活动为主, 术后1周可尝试进行肩关节外展、前屈等训练, 并逐步完成独立床旁坐起、站立、行走<sup>[5]</sup>。在患者出院前, 提醒患者3个月内避免进行低头、仰头、转头等剧烈活动, 以及提重物、驾车。睡觉时, 选择高度适宜的枕头, 保持颈椎生理曲度。

### 5. 皮肤管理

保持床单位清洁干燥, 定期更换床单被褥。床单位被药渍、汗渍污染后, 应及时更换。每日使用温水协助患者进行擦浴, 尤其注意腋下、腹股沟、臀裂等褶皱处的清洁, 防止污渍堆积。在患者颈部两侧皮肤褶皱处, 使用柔软的吸水性敷料, 以保持干燥, 减少摩擦和浸渍。在红疹伴瘙痒处, 外用炉甘石和维生素E, 并提醒患者不用力抓挠皮肤。另外, 向患者演示颈托佩戴和清洗的正确方法, 注意松紧度, 以能插入一指为宜。

### 6. 心理疏导

主动与患者及其家属进行沟通, 解答相关疑问, 对其焦虑、紧张情绪进行语言安抚。选择通俗的语言向患者和家属讲述手术、并发症和护理相关的知识, 尤其强调颈部肿胀、呼吸困难、肢体麻木等问题发生的迹象以及处理办法, 提高患者自我管理意识和能力。向患者解释功能恢复锻炼的长期性, 及时鼓励微小进步, 增强患者治疗和康复信心。

## 6 护理评价

颈椎术后发生颈深部血肿是一种十分凶险的并发症, 肥胖患者是其独立高危人群, 主要是因术后椎旁肌肉、硬膜外静脉丛或骨创面活动性出血, 导致血液在颈深部筋膜间隙内积聚, 而形成张力性血肿。术后早期是颈深部血肿发生的高危时间段, 症状以颈部肿胀、进行性呼吸困难等为主, 需要及时给予患者针对性的治疗和护理, 才能最大程度保护患者的生命安全, 改善临床结局。

在本次报告中, 结合患者特殊性和疾病治疗需求为其提供了系统性、个体化护理, 患者最终能够顺利康复出院。通过实施呼吸和气道管理, 患者后续未发生呼吸困难等呼吸问题,  $SpO_2$ 能够维持在正常范围内, 且语言能力也逐渐恢复。针对患者的切口疼痛问题, 护理人员实施多模式疼痛管理, 以药物为主、非药物为辅, 患者切口愈合良好, 且无感染征象。同时, 严格执行无菌操作、皮肤护理、肢体活动指导等护理措施, 患者住院治疗期间未发生压力性损伤、感染等并发症, 身心舒适度改善显著。为促进患者神经功能恢复, 护理人员在术后开展早期活动指导, 并循序渐进地增加主动活动、下床活动等康复训练, 在患者出院时其肌力、神经功能改善显著, 基本自理活动能够

独立完成。此外，护理人员还关注患者及家属的心理需求，耐心解答相关疑问，并指导患者及家属掌握疾病治疗、并发症预防、康复训练等护理要点，有效地缓解了患者的焦虑情绪。

将本次所采用的护理干预模式用于医院收治的其他3例相

似病例的治疗中，患者病情均得到有效控制，且未出现严重并发症。可见，通过加强对肥胖患者颈椎术后颈深部血肿的全方位护理管理，有助于保障患者的治疗有效性，并加速患者康复速度，让患者获得更优质的医疗服务体验，可推广应用。

### 参考文献:

- [1] 王婧,褚婷婷.快速康复外科理念对行颈椎前路手术患者术后并发症发生率及康复效果的影响[J].中西医结合护理(中英文),2024,10(07):13-16.
- [2] 田晓芳.择期颈椎手术后症状性硬膜外血肿的临床特征和危险因素分析[J].颈腰痛杂志,2024,45(03):563-566.
- [3] 周迎超,梅伟,张振辉,等.颈椎手术患者术后发生硬膜外血肿危险因素的 Meta 分析[J].中国脊柱脊髓杂志,2024,34(05):505-512+531.
- [4] 齐昊,顾运涛,许春召,等.颈椎前路椎管减压术后并发早期硬膜外血肿的临床研究[J].实用骨科杂志,2023,29(06):481-486.
- [5] 吴问亮,王益朋,林斌斌,等.ERAS 理念在颈椎前路手术中的应用[J].中国临床神经外科杂志,2021,26(04):298-299.
- [6] 廖冬梅,李亮,李靖婧.5 例颈椎前路手术患者术后颈部血肿合并呼吸道梗阻的早期观察和救护[J].当代护士(下旬刊),2021,28(04):96-98.