

· 护理园地 ·

颅脑手术后术区引流管的护理

张友琴, 杨艳萍, 蒋莉莉

[关键词] 颅脑手术; 引流管; 并发症

[中图分类号] R473.6 [文献标志码] B [文章编号] 1672-271X(2011)05-0454-02

颅脑手术后一般要求在术区放置硬膜外或硬膜下引流管, 如果是脑室手术也同时有脑室引流管, 手术后引流管的护理对术后良好恢复至关重要。专科护理性质非常强, 要求高。2009 年 5 月至 2011 年 3 月发生引流管并发症 26 例, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 467 例, 男 312 例, 女 155 例, 年龄 2~91 岁。平均 33.2 岁。脑外伤 256 例、高血压脑出血 15 例、脑肿瘤 107 例(其中脑室内肿瘤 3 例)、脑动脉瘤 71 例及脑动静脉畸形 18 例。

1.2 引流管放置情况 硬膜外引流管 186 例、硬膜下脑表引流管 274 例, 脑内引流管 10 例, 脑室内引流管 3 例, 其中 6 例 2 根引流管。

1.3 方法 对 467 例颅脑手术后放置引流管的结果进行总结, 手术医师及主任认为是与引流管有关的并发症, 护理组讨论认定结果。

1.4 结果 3 例颅内感染, 16 例术区积血需再手术, 4 例引流过度出现远隔部位血肿, 3 例术后躁动引流管被拔除, 认定与引流不当相关, 并发症占 5.57%。

1.5 引流管护理

1.5.1 引流管固定及头位 引流管固定处近段应留有一定长度以防止患者头部活动时即被拔出, 固定点应在患者头顶上方的床面上, 不能太紧, 以轻拔即能分离为妥, 即便患者突然抬头也不会因固定太紧造成引流管从切口内被拔出。其次也要考虑其他护理治疗的方便, 林蕾蕾等^[1]认为: 护士在进行口腔护理、吸痰或翻身更换体位等操作时动作不当或用力过猛会导致导管被牵拉过度而脱出。引流袋应放置于床下悬挂, 不能高于头部以免发生反流, 脑室引流袋一般放置于床旁平头位置, 以防发生虹吸现

象。同时观察患者神志情况, 躁动患者容易发生自伤及伤害家属、医务人员等不安全行为, 或造成各种意外拔管^[2], 如需要应及时加束缚带控制; 意识清醒、血压平稳者, 宜采用头部抬高 15°~30°, 斜坡卧位, 避免头部过屈或过低, 避免颈静脉扭曲, 以利静脉回流, 降低颅内压, 有效预防术后颅内血肿的发生^[3]。

1.5.2 引流液的观察 首先与手术医师确认引流类型。硬膜外、下引流管中一般为血性液, 混有生理盐水或脑脊液, 引流久置可见分层, 上面为脑脊液下面为红细胞。脑肿瘤及动脉瘤手术往往需切开蛛网膜以放出脑脊液, 手术后引流时间长, 存在脑脊液过度引流情况, 如观察到引流管中脑脊液成分占多数, 或分层现象, 需要重新拔开引流管接头, 以防止出现虹吸现象, 或适当抬高引流管位置。脑室引流管中一般为生理盐水或脑脊液或混有极少量血性液体。通过引流管引流可了解颅内压及颅内出血情况^[4], 如引流管中突然出现完全血性液或暗红血性液应注意观察血压及瞳孔情况, 以确定是否为再出血及颅内高压情况出现, 必要时及时复查 CT, 以及时确定是否出现病情变化。脑室引流管情况亦然, 通过脑室引流管可以观察颅内压力情况, 出现脑室脑脊液引流连续不断现象, 可能说明脑室系统梗阻, 或存在远隔部位的血肿, 要及时复查 CT。

1.5.3 引流速度及通畅情况 一般硬膜外、下引流需先重点观察通畅情况, 引流管要保持低位。脑室引流需保持在 150~200 mm 高度, 接抗虹吸管引流注意引流管中脑脊液波动情况。无论是血性液或脑脊液均不可引流过快, 有大量血性液短时间内流出, 首先要考虑再出血问题; 大量脑脊液短时间流出, 应首先考虑虹吸现象, 排除后颅压下降出现倒吸现象。引流过程中由于有血块存在或引流速度慢管腔中形成血块, 可能造成引流速度过慢或不通, 应遵医嘱定时用手由近段向远段挤压引流管腔, 以防逆流造成感染, 同时做好引流量记录。

作者简介: 张友琴(1972-), 女, 浙江安吉人, 本科, 主管护师, 从事护理管理工作

作者单位: 310007 浙江杭州, 南京军区杭州疗养院护理部

1.5.4 搬动中的引流管处理 患者需要搬动时,对于硬膜外、下引流管,一般需排空引流袋并记录,夹闭引流管将引流袋放置胸前即可;脑室引流管需拔出尾端引流管,头端关闭并包扎。为避免颅内感染,均严格无菌操作,如更换头部敷料,更换引流袋等^[5]。检查完成后无菌操作接通引流,用手挤压管腔观察引流通畅情况及流速颜色。如与之前引流情况不同应及时报告医生采取处理措施。

1.5.5 引流管的拔除时间 一般硬膜外、下引流管拔除时间不超过 48 h,视引流情况或早或稍迟。脑室内引流管一般拔除时间在 3~5 d。拔管前 1 d 应夹闭引流管观察颅内压情况,夹管后患者无头痛呕吐等颅内压增高症状,呈正常耐受即可通知医生拔管。颅脑损伤手术后仍有脑水肿继续加重或再次出血的危险^[6],拔管后要严密观察生命体征和神志瞳孔,并需注意引流口敷料是否干燥,如脑脊液漏致敷料湿,需及时报告医生处理以防止逆行感染。

2 讨论

2.1 及时评估颅脑疾患术后情况有利于预防并发症 颅脑术后引流管的护理直接关系到术后患者的康复效果,故在护理过程中应充分了解手术解剖、手术特性,及时评估患者的神志、生命体征和病情变化。如外伤手术患者一般颅内压较高,引流观察相对简单,但对静脉窦区手术应特别注意观察暗红静脉血引流情况,并应适当抬高头位以利回流。而肿瘤手术患者因解剖蛛网膜池放出脑脊液的缘故,术后颅低压较多,部分患者会发生呕吐,极易污染切口造成颅内感染,本组中 3 例感染与此不无关系,因此,对评估颅内压低的患者应早期使用止吐药物。

另颅脑手术患者因病情或全麻原因极易躁动,本组有 3 例意外拔管患者,因此,对颅脑术后患者要充分评估意识状态,及时采取约束等防范措施。

2.2 严密观察脑脊液的引流性状有利于及早发现颅内的变化 对脑脊液的流量、流速、颜色的观察能及时发现再出血或颅内感染的可能。对于已处于临界压力状态的颅腔,释放少量的脑脊液就可以使颅内压明显降低,进而迅速提高脑组织的灌注压^[7],因此脑室的引流应特别注意速度,禁忌引流过快致患者颅内压骤然下降而引起脑出血或脑疝的危险。本组有 16 例术区积血再手术,4 例引流过度的情况,说明在引流管护理过程中严密观察引流性状、颅内压、控制引流速度的重要性,可及早发现颅内变化,有效减少颅脑术后并发症的发生。

【参考文献】

- [1] 林蕾蕾,颜美琼. 气管插管患者非计划性拔管的护理进展[J]. 上海护理,2008,8(5):69-71.
- [2] 刘淑美,王燕,徐艳. 改良手套式约束带的制作与应用[J]. 中华护理杂志,2011,46(5):517.
- [3] 王淑香. 钻孔引流术围手术期的观察与护理[J]. 医学理论与实践,2010,23(10):1256-1257.
- [4] 苏洁静. 外伤性颅内血肿清除术的护理[J]. 医学理论与实践,2008,21(2):220.
- [5] 梁青,张玲,孙林. 对重症颅脑损伤患者的留置导管的护理[J]. 现代预防医学,2007,34(14):2792-2793.
- [6] 高德彰. 外科护理学[M]. 北京:光明日报出版社,1991:110.
- [7] 金鑫,陈娜,王洪,等. 侧脑室穿刺外引流在颅脑损伤术后大面积脑梗死中的应用[J]. 中国医药指南,2011,9(8):95-96.

(收稿日期:2011-07-22;修回日期:2011-08-18)

(本文编辑:黄攸生)