

· 护理园地 ·

脊柱手术后并发脑脊液漏患者的观察及护理

吴伟华¹, 张海军², 张琳¹, 朱冬梅³

[摘要] **目的** 总结脊柱手术后并发脑脊液漏患者的观察及护理。**方法** 2013 年 1 月-2015 年 4 月, 1320 例患者行脊柱手术, 24 例发生脑脊液漏。术后对患者做好伤口及引流管护理、监测生命体征, 做好体位护理, 腰大池引流的护理, 心理护理及基础护理。**结果** 22 例脑脊液漏患者切口一期愈合, 2 例并发脊髓炎患者行腰大池引流, 切口延期愈合。无一例发生硬脊膜假性囊肿及感染。**结论** 规范的术后护理能有效地促进脊柱手术后的脑脊液漏患者伤口的愈合。

[关键词] 脊柱手术; 脑脊液漏; 观察; 护理

[中图分类号] R687.3; R473.6 **[文献标志码]** B **doi:** 10.3969/j.issn.1672-271X.2015.06.033

脊柱手术脑脊液漏是常见的并发症, 其发生率为 1.8%~17.4%^[1], 脑脊液漏一旦发生, 应立即采取措施, 常规以非手术治疗为主, 治疗原则为尽量降低脑脊液压力差, 促进硬膜及周围软组织愈合。如处理不当可造成术区感染、硬脊膜假性囊肿或电解质紊乱甚至合并颅内出血危及患者生命^[2]。我院 2013 年 1 月-2015 年 4 月对 1320 例患者行脊柱手术, 发生脑脊液漏 24 例, 对脑脊液漏患者实行规范护理干预, 取得效果报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 24 例, 男 13 例, 女 11 例, 年龄 30~64.5 (41.5±0.4) 岁。退行性腰椎管狭窄症 6 例, 腰椎间盘突出症 10 例, 腰椎骨折 4 例, 腰椎滑脱症 2 例, 腰椎肿瘤 2 例, 均行脊柱后路手术。

1.2 发现脊液漏方法及时间 方法: 术后 24 h 内引流液为血性液体, 一般不超过 100 mL, 如 24 h 后还有淡红色血性液体流出且量较多, 而颜色变浅应高度警惕, 考虑为脑脊液漏的可能。将引流液滴于纱布上, 若血迹周围出现淡红色血晕即为脑脊液漏。时间: 术后 3~4 d 20 例, 术后 6~9 d 4 例, 术中均未发现脑脊液漏。

1.3 结果 脑脊液漏 24 例患者切口一期愈合, 2 例并发脊髓炎行腰大池引流, 切口延期愈合。无一例发生硬脊膜假性囊肿及感染。

2 护理方法

2.1 引流管护理 早期发现脑脊液漏, 做好伤口引

流管的护理是关键。①脑脊液漏患者, 引流管由负压改为常压引流, 观察记录引流量及性状, 保持引流管通畅, 引流袋的位置不能高于切口平面, 防止引流液倒流引起逆行感染。不能过低, 以免导致脑脊液流出过快, 以距离手术切口 20 cm 为宜^[3]; ②第 3 天开始间断夹闭引流管, 夹闭 3 h 开放 1 h, 第 5 天夹闭 4 h 开放 1 h, 第 6 天夹闭 6 h 开放 1 h, 引流量 24 h 少于 30 mL 拔除引流管。床尾建立观察记录单, 记录引流管开放的时间及引流液的量色、性状。拔除引流管后局部用沙袋加压包扎。间断夹闭引流管时脑脊液外流到周围组织之间, 当周围组织压力达到椎管内压力时破损的硬膜口可以闭合, 为损伤口愈合创造机会。随着夹闭时间的不断增加, 其得到愈合的时间越来越长, 破损口越来越小, 从而最终愈合。

2.2 生命体征观察 责任护士应及时询问手术医师及麻醉师术中情况, 严密监测记录患者生命体征, 观察患者有无意识障碍变化。本组有 3 例出现头昏、头痛、喷射性呕吐等低颅内压症状, 立即报告医生遵医嘱给予静脉补液, 协助患者取头低足高位, 症状很快缓解。

2.3 体位护理 患者应绝对卧床休息, 避免脊柱扭曲。采用头低足高位 (垫高床尾 15~20 cm)。指导患者如何正确变换体位, 俯卧位和侧卧位交替使用, 俯卧位时脑脊液因重力作用而聚集于硬脊膜腔的腹侧^[4], 减少腰椎脑脊液的漏出, 减轻对伤口的压力, 利于伤口愈合。待脑脊液漏消失后, 继续保持上面体位 48 h 以上。在脑脊液漏愈合前, 禁止坐起或下床活动^[5]。

2.4 腰大池引流患者护理 对脑脊液漏并发脊髓炎患者行腰大池引流, 即将引流管置入蛛网膜下腔引流。本组 2 例患者行腰大池引流术。患者术后

作者单位: 210002 江苏南京, 解放军 81 医院, 1. 骨科, 2. 耳鼻喉科, 3. 护理部

通讯作者: 朱冬梅, E-mail: nj81zdm@yeah.net

10 d 左右突发高热、头痛等症状,脑脊液培养为金黄色葡萄球菌,血常规白细胞总数 $(15 \sim 17) \times 10^9/L$,中性 $>85\%$ 。遵医嘱使用抗生素,每日监测患者体温变化,警惕颅内感染。体温超过 $38.6\text{ }^{\circ}\text{C}$,使用冰袋物理降温。根据细菌培养结果选用高效、广谱抗生素治疗^[6]。在引流过程中要注意匀速,防止因颅内压的瞬间较大波动而导致脑疝等并发症发生。通过调节器将脑脊液引流速度控制在 $2 \sim 4$ 滴/min,每小时引流量 $6 \sim 12\text{ mL}$ ^[7]。1 例患者引流管拔除后,皮下深层组织未能正常愈合形成空腔,切口周边膨隆,翻身活动时明显加重,汇报医生行穿刺治疗,用 2 mL 注射器针头在膨隆处穿刺,引流出过多脑脊液,使皮下软组织间相互贴附,切口愈合^[8]。

2.5 心理护理 患者发生脑脊液漏后,长时间持续引流往往出现紧张、焦虑情绪。对于不配合卧床休息的患者,讲解卧床休息的重要性及意义。按时巡视病房,及时解答患者的各种疑惑,让患者保持稳定的情绪,积极配合治疗与护理。

2.6 基础护理 ①保持病床单的清洁,温湿度适宜,减少病室人员流动。室内紫外线每天消毒两次,每次 30 min 。及时更换患者潮湿衣服。引流管拔出后指导患者循序渐进功能锻炼,如:直腿抬高,股四头肌等长收缩等。②脑脊液漏严重者,警惕体液丢失引起电解质紊乱,应监测血清电解质的变化,遵医嘱

嘱进行补液治疗,严重者补充白蛋白及血浆,增强抵抗力^[9]。③术后防止患者受凉感冒,尽量避免用力咳嗽、打喷嚏。指导患者深呼吸及有效咳嗽。对于痰液多且黏稠的患者遵医嘱予以生理盐水 10 mL 十氨溴索 60 mg 雾化吸入,每天 2 次。

【参考文献】

- [1] Ahn Y, Lee HY, Lee SH, et al. Dural tears in percutaneous endoscopic lumbar discectomy[J]. Eur Spine J, 2011, 20(1): 58-64.
- [2] 陈柏龄, 于滨生, 郑召民, 等. 脊柱手术后脑脊液漏的治疗[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2009, 19(2): 113-116.
- [3] 董丰琴. 脊柱术后并发脑脊液漏病人的观察与护理[J]. 全科护理, 2014, 12(8): 697.
- [4] 支立娟, 吴新军. 脊柱侧凸围手术期护理体会[J]. 局解手术学杂志, 2006, 15(3): 212.
- [5] 王华云. 30 例腰椎术后脑脊液漏的护理体会[J]. 中外医疗, 2012, 31(1): 150.
- [6] 陈云美. 腰椎手术合并脑脊液漏及硬脊膜损伤的护理[J]. 全科护理, 2015, 13(5): 439-440.
- [7] 安如俊, 黄 辉, 段丽萍, 等. 持续腰大池引流脑脊液治疗 34 例蛛网膜下腔出血患者的术后护理[J]. 中华护理杂志, 2006, 41(9): 789-790.
- [8] 江 峰, 肖建如, 崔安明. 脊柱肿瘤术后并发脑脊液漏治疗体会[J]. 东南国防医药, 2006, 8(4): 279-280.
- [9] 严晓云, 李玉伟, 岳文丽, 等. 脊柱返修手术并发脑脊液漏的护理[J]. 中国现代医药杂志, 2014, 16(2): 96-97.

(收稿日期: 2015-06-30; 修回日期: 2015-08-17)

(本文编辑: 黄攸生)