



•临床护理•

颅内动脉瘤栓塞术后持续腰大池引流的护理

成珊珊

常德市第一人民医院神经外科 湖南常德 415000

摘要 目的 探讨持续腰大池引流在颅内动脉瘤栓塞术后应用的护理效果。方法 对48例颅内动脉瘤术后行腰大池持续引流患者进行护理,加强引流管的管理,观察引流量及引流液性状变化,调整引流速度,预防感染。结果 48例患者引流5-14d,平均7d,1例出现低颅内压症状,均顺利拔管,无脑疝,颅内感染等严重并发症发生。结论 通过对颅内动脉瘤术后持续腰大池引流的护理,能显著提高治疗效果,减少并发症。

关键词 颅内动脉瘤 持续腰大池引流 护理

中图分类号 : R256.12

文献标识码 : A

文章编号 : 1009-5187 (2017) 15-167-01

颅内动脉瘤术后持续腰大池置管,持续腰大池引流血性脑脊液,具有创伤小,避免反复腰椎穿刺的优点,能显著降低颅内压,而且可促进脑脊液循环通畅,减轻脑水肿,减少脑积水,临床上广泛应用于脑脊液漏,蛛网膜下腔出血,颅内感染等治疗中【1】。从2017年1月至2017年6月,我科对48例颅内动脉瘤病人行动脉瘤栓塞术后,24h内进行持续腰大池引流术。通过严密的监测,细致的护理,严格无菌操作,除1例出现低颅内压症状,经处理后好转,无脑疝,颅内感染,脑脊液漏等并发症的发生,临床疗效满意,现将护理体会报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组48例患者,男28例,女20例,年龄25-72岁,平均48.5岁,其中前交通动脉瘤14例,大脑中动脉11例,后交通动脉瘤9例,大脑后动脉瘤5例,颈内动脉瘤5例,颅内多发动脉瘤4例,均于术后24h内在局麻下行腰大池置管持续引流,置管5-14d,平均7d。

1.2 方法 颅内动脉瘤栓塞术后24h内进行持续腰大池引流术,患者取侧卧位,脊部向外,腰部后弓,髋关节与膝关节尽量屈曲,头颈部向膝关节靠拢,大腿紧贴腹部。选择L3-4或L4-5椎间隙为穿刺点,严格消毒皮肤后行局部麻醉,采用直径1mm硬膜外穿刺针缓缓刺入皮肤。进入蛛网膜下腔后,见有脑脊液流出后测压,再将硬膜外导管向患者头侧置入6-10cm,导管用透明3m敷巾固定,外接腰大池引流器。

2 结果

本组48例患者引流5-14天,平均7天,引流脑脊液由血性逐渐变为清亮,CT提示蛛网膜下腔出血基本消失,脑脊液常规生化基本正常后拔管,其中1例出现体位改变性头痛考虑为低颅内压症状,经输液、抬高引流袋控制引流后好转,引流过程中未发生脑疝,颅内感染,脑脊液漏等并发症,均顺利拔除引流管。

3 护理

3.1.1 严密监测病情变化:对于腰大池引流的患者,绝对卧床休息,保持环境安静,需要严密观察其意识状态,生命体征及神经系统症状。正确区分颅内高压与颅内低压性头痛,颅内高压引起的头痛剧烈,伴喷射性呕吐,脑膜刺激征阳性。颅内低压引起的头痛其自身特点,可在抬高床头或坐立时加重,放低床头或减慢引流速度后头痛得到缓解。发现异常及时报告医师处理。置管初期,引流液为红色或淡血性,以后逐渐转为淡黄色,直至最后转为无色透明状液体。若引流液颜色变深或呈鲜红色,提示颅内出血,应立即报告医师,若引流液由清亮变为混浊,应警惕颅内感染的发生,宜留取少量的引流液送检【2】。

3.2 引流管的护理

3.2.1 妥善固定引流装置,动脉瘤术后早期患者大多烦躁不安,引流管极易滑脱或被患者拔出,要做好患者及家属的宣教工作,讲解引流管的重要性,加强巡视,固定时用3M贴膜应将引流管沿脊柱侧

向头部方向延长固定,切勿靠近肛门,脑大池引流器悬挂高度可根据颅内压情况进行调整,一般位置控制在外耳道上10CM左右,神志不清或躁动不安患者使用约束带,报告医师,遵医嘱予药物镇静,引流管长度做好标志,留意引流管是否有脱出,进行翻身、拍背、外出检查时,尽量勿牵拉引流管,以免人为拔出。

3.2.2 控制引流总量及引流速度,保持引流通畅:引流外引流装置固定在引流架上后,根据引流量及引流速度调整引流高度,患者改变体位前先夹闭引流管,根据改变后体位,重新调整引流高度,以免造成人为高度误差,防引流过度,持续外引流过程中要特别注意保持匀速,防止引流速度大幅度变化,流速一般控制在2-5滴/min,约10ml/h,引流量每天控制在150-200ml,过快容易引流过度,造成低颅压甚至脑疝,过慢,因动脉瘤栓塞术后,脑脊液中蛋白含量较高,容易堵塞引流管,本组1例因引流过度,出现头痛、呕吐,等低颅内压症状,遵医嘱予暂时关闭引流管,补足液体量后症状缓解【3】。

3.2.3 预防感染:腰大池引流管放置时间过长,容易引起颅内感染。因此需要保持置管部位的敷料清洁干燥,注意观察置管部位皮肤有无红肿、渗出。每日消毒穿刺部位,更换无菌敷料,患者出汗较多时,应随时更换敷料。严格无菌技术操作原则,引流管与引流袋接口处用无菌纱布包裹。在护理过程中需要注意患者体温是否正常,并观察引流脑脊液的性状,定期做脑脊液生化常规及培养,如发现脑脊液变混浊,提示存在颅内感染,需及时向医生汇报。

3.2.4 拔管护理:患者引流液转清或症状好转后需及时拔除引流管,拔管前常规夹管1-2d,并复查头颅CT,夹管期间注意观察患者神志、瞳孔等生命体征变化。病情稳定者,配合医生拔除引流管;拔管后嘱去枕平卧4-6h;观察敷料渗出情况,如穿刺处有脑脊液漏,及时通知医生。

小结 本组病例表明,持续腰大池引流能有效清除颅内动脉瘤术后蛛网膜下腔的积血,缓解脑血管痉挛,促进脑脊液循环和吸收,减轻脑水肿,减少脑积水。在临床护理中,我们发现通过细心认真的临床观察颜色,维持通畅的引流,严格控制引流量和引流速度,采取有效的护理措施预防感染,能有效提高腰大池引流的疗效,减少并发症

参考文献

- [1]刘晶,张冰,陈洁,穆菊,李萍.动脉瘤性蛛网膜下腔出血栓塞术后持续腰大池引流放液护理体会[J].中国社区医师(医学专业).2016,2(07):81-82.
- [2]王春玲.蛛网膜下腔出血头痛患者的临床护理观察[J].临床医药文献电子杂志.2017,11(30):1023-1024.
- [3]周颜君.脑动脉瘤介入栓塞术治疗蛛网膜下腔出血的护理对策探讨[J].中国医药指南.2017,6(19):30.