



交通性脑积水患者应用腰大池-腹腔分流术治疗的围术期护理

郑 缘 (厦门第五医院神经外科 福建厦门 361000)

摘要: **目的** 探讨交通性脑积水患者应用腰大池-腹腔分流术治疗的围术期护理措施及效果。**方法** 选取腰大池-腹腔分流术治疗的交通性脑积水患者20例,对其进行全面的围术期护理,观察并发症发生情况及护理效果。**结果** 经护理,17例患者情况改善;2例患者出现分流管堵塞;1例患者出现下肢疼痛,其护理效果显著。**结论** 对交通性脑积水实施腰大池-腹腔分流术治疗患者在围术期进行有效的综合护理后,可减轻并发症发生,护理效果显著。

关键词: 腰大池-腹腔分流术 交通性脑积水 围手术期护理

中图分类号: R473.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2017)02-223-02

交通性脑积水是指脑脊液能从脑室系统流至蛛网膜下腔,但因蛛网膜吸收障碍或脑脊液分泌过多而导致脑脊液在脑室系统和蛛网膜下腔积聚并不断增加,其临床常用的治疗方法为立体定向内镜下三脑室底造瘘术、腰大池-腹腔分流术、脑室-腹腔分流术^[1]。其中,腰大池-腹腔分流术(LPS)常采用微创手术方式来治疗脑积水,将腰段蛛网膜下腔的脑脊液分流到腹腔,避免了分流管的堵塞。本研究对20例腰大池-腹腔分流术治疗交通性脑积水患者进行了围手术期护理干预,临床效果显著,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选取自2015年1月至2016年1月收治的腰大池-腹腔分流术治疗交通性脑积水患者20例,男12例、女8例,年龄20~75岁。其中4例动脉瘤破裂后脑积水;8例脑外伤后脑积水;8例高血压脑出血后脑积水。术前10例患者GCS评分为8分;6例患者GCS评分为9~12分;4例患者GCS评分为13~15分。术前腰穿测压8.82~24.5kPa(90~250cmH₂O)。患者均伴有不同程度的神经功能障碍,其中,行走不稳1例,伴发癫痫2例,伴尿失禁4例,浅昏迷者6例,反应迟钝8例。术前20例患者头颅CT均见脑室扩大,双额角径比同一层面的颅内径(Evans指数)>0.3,提示脑积水。头颅及颈胸腰椎MRI排除梗阻性脑积水,脑脊液常规及生化检查正常,术后根据患者脑室回缩情况及意识恢复情况调节调压阀压力。

1.2 方法

20例患者均实施SophySa调压分流管行脑大池-腹腔分流术。

1.3 结果

20例腰大池-腹腔分流术治疗交通性脑积水患者进行围术期的护理后,其中17例患者情况有所改善,GCS评分提高,头颅CT检查显示Evans指数明显降低;2例患者分流管堵塞;1例患者下肢疼痛;1例患者伤口发生渗血;对4例患者进行有效治疗及护理后缓解。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理:由于颅脑外部受到严重创伤,引发颅脑出血导致脑脊液循环堵塞,患者会出现恶心、头痛、呕吐等症状,加之担心手术过程中出现意外情况,留有后遗症甚至致残等,都会增加患者负性情绪。护理人员应根据患者的情况与之进行密切交流,赢得患者的信任,减少其顾虑,使患者积极配合治疗。

2.1.2 术前常规检查:术前对患者进行头颅CT以及MRI等检查后,还要对患者进行腰穿检查,检测腰大池穿刺、置管的难易程度,检测颅内和椎管内蛛网膜下腔是否出现吸收障碍及积聚堵塞并辅助判断分流管压力;进行脑脊液引流测压,观察分流的效果;进行脑脊液常规和生化检查,可确认颅内感染情况。

2.1.3 皮肤及饮食准备:手术前,要对患者会阴部、下腹部及腰背部进行备皮,对手术区皮肤进行严格消毒,预防腰背部皮肤感染;手术前的1天,患者可饮用流食,术前8小时禁食禁水。术前一天晚间灌肠排空胃肠道。

2.2 术后护理

2.2.1 一般护理:手术完成后,将患者送至病房去枕平卧,头偏向一侧,血压平稳后,将患者抬高床头15°~30°。仔细观察患者的生命体征、意识变化、瞳孔变化及颅内压变化情况,一旦出现异常及时进行处理,并做好记录,保证患者呼吸通畅,吸氧2~4L/min。鼓励清醒患者有效咳嗽,帮助昏迷患者清理呼吸道分泌物,翻身拍背2h/次,防止肺部感染。每日按压阀门1次至2次,保证分流管通畅。仔细观察腹部体征变化,患者恢复肛门排气后,可食用流质食物。本次研究的20患者在1至3天内均恢复肛门排气。

2.2.2 术后并发症观察及处理

2.2.2.1 感染:观察患者体温变化情况,若患者术后出现持续高温并伴有颈项强直,可能发生颅内感染,检查腰穿脑脊液性状,并进行脑脊液培养,增强抗感染治疗,还可进行物理降温,严重患者可进行腰穿鞘内注射敏感抗生素,拔除引流管。若患者伴有腹痛、腹胀、腹泻、呕吐等症状,可能出现腹腔感染,应注意增加营养,补充液体。

2.2.2.2 引流过度或不足:如果患者出现头晕、头痛、恶心、呕吐以及坐起时加重等症状,可能是由于引流过度而导致的颅压过低,若存在头颅减压窗,可根据减压窗的凸凹来判断颅内压的高低^[2]。术前合理选择分流管,术后嘱患者平卧,调整合适体位,轻度症状者能够得到缓解,严重患者可进行生理盐水静脉输注。分流不足得患者可以选择其他的综合治疗。

2.2.2.3 颅内血肿:过度引流会导致脑组织塌陷,导静脉被损坏,引起硬膜下血肿。术后,护理人员要观察患者意识及瞳孔的变化情况,若出现意识障碍并伴有瞳孔改变,可能会发生颅内血肿,应及时检查头颅CT,如出现颅内血肿要及时进行清除手术。

2.2.2.4 分流管堵塞:护理人员要检测分流泵按压弹起情况,若出现按压或弹起困难,可能分流管流通受阻,应反复按压阀门直至分流管通畅,若无效可重新安置分流管^[3]。术后,护理人员要经常帮助患者变换体位,使分流管随肠蠕动自然伸直,避免分流管弯曲导致。

2.2.2.5 神经损伤:若患者出现下肢运动困难、失去知觉、大小便失禁等情况,可能为马尾神经或神经根损伤^[4],可通过营养神经药物治疗,严重患者应拔除分流管。本研究中有1例患者出现下肢疼痛,通过对静脉使用弥可保,一星期后症状有所缓解。

2.2.2.5 导管外露:对于皮下脂肪较少的患者,在切口设计时应尽量避免直接切口,弧形切口能够将压力阀囊深埋在皮瓣下。嘱患者注意睡眠过程中不要挤压切口,加强支持疗法以促进切口愈合。

2.2.2.6 癫痫:性分流术穿刺脑室会造成皮质损伤进而引发癫痫,通常额叶穿刺癫痫发生率较高,注意对患者进行观察,一旦发现神志不清应立即通知医生并配合处理。

2.2.3 术后伤口护理:腰大池腹腔分流分别在腰背和下腹部安置分流管两端,并于髂棘皮下埋放调压阀,护理人员要密切观察三处伤口,术后伤口敷料有无干燥,有无皮下积血、积液。本研究中有1例患者术后伤口出现渗血,给患者更换敷料,向患者解释渗血的原因。

3 讨论

近年来,我国在临床治疗交通性脑积水,主要选择腰大池-腹腔(下转第227页)



对比两组患者护理满意度结果, 试验组护理满意度 97.96 ± 1.35 (优) 明显高于对照组 88.09 ± 3.26 (良), 见表 2。

表 2: 对比两组患者护理满意度 [$n(\bar{x} \pm s)$]

组别	治疗效果 (50 分)	护理满意度 (50)	总分
对照组	40.26 ± 1.26	45.96 ± 1.45	88.09 ± 3.26 (良)
试验组	46.09 ± 2.56	46.96 ± 2.45	97.96 ± 1.35 (优)

3 结论

随着介入治疗术式及适用病种越来越多, 应用越来越广泛, 介入手术室的护理安全也需做出相应完善, 最大程度减少不良事件发生, 保障患者的预后^[6]。做为介入手术室护理人员, 除需定期进行相关知识的培训, 掌握最新介入术式的护理外, 手术室护理安全隐患也不容忽视, 需要给予重视。研究发现, 患者接受介入治疗容易发生坠床、无效造影、用药差错、迷走反射、仪器使用不当、护士职业暴露等不良事件^[4, 6]。我科护理人员通过制定针对性护理对策, 将经过优化的手术室护理工作落实于试验组接受治疗时期, 研究结果显示, 试验组患者手术室相关护理不良事件发生率明显低于对照组; 试验组患者对

护理工作满意度明显高于对照组。

综上所述, 重视手术室相关安全隐患, 对护理安全隐患加以分析, 制定并落实相应的解决措施, 是降低介入手术室护理不良事件发生率、提高护理满意度的关键, 更是提升介入治疗安全性的重要环节。

参考文献

- [1] 卫生部办公厅. 关于印发《手术安全核查制度》的通知[S]. 2010.
- [2] 白晓霞, 杜娟, 敬洁. 手术安全核查流程的实践[J]. 护士进修杂志, 2010, 25(19): 1742-1743.
- [3] 王滨, 曹贵文. 介入护理学, 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- [4] 黄景香, 许秀芳, 郭丽敏, 等. 介入手术室的护理安全隐患及对策[J]. 介入放射学杂志, 2013, 22(6): 517-519.
- [5] 毛慧萍, 张卫红, 卢群, 等. 7S 现场管理法在降低临床护理安全隐患发生率中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2014, 20(14): 1724-1727.
- [6] 陈艳. 介入手术室的护理安全隐患及处理对策分析[J]. 中国医药指南, 2015, 13(13): 238-239.

(上接第 222 页)

两组的纠纷和投诉的发生率, 研究组明显低于对照组, 两组对比差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$), 根据以上讨论, 在门诊护理工作中采用护患沟通的方式, 极大的提高了患者对医护人员的满意程度, 减少了医患的纠纷和投诉的发生, 效果极为显著, 临床中值得推广与使用。

参考文献

- [1] 吕卫新, 李春红, 孙红华, 等. 骨科门诊护理工作特征及护患沟通的技巧[J]. 中国医药导报, 2014, 11(12): 112-115, 119.

(上接第 223 页)

分流术 (LPS), 取代了 VPS 分流术, 两者手术方式相比, 腰大池腹腔分流术降低了颅内出血, 减少了癫痫的发生, 但也应注意相关并发症的预防。护理人员要帮助患者了解其相关理论知识, 做好交通性脑积水的围手术期护理指导, 进行有效的护理, 可减轻患者并发症的发生。通过对 20 例腰大池-腹腔分流术患者进行有效护理, 帮助患者进行心理疏导以及术前准备及各项常规检查, 术后密切观察患者的并发症情况, 及时做好预防和护理, 保证手术顺利完成, 提高治疗效果。

参考文献

- [2] 李娜. 护患沟通在护理工作的重要性[J]. 中外医学研究, 2012, 10(23): 73-74.
- [3] 贾美庆. 优质护理在门诊输液环节的应用[J]. 医院管理论坛, 2012, 29(5): 43-45.
- [4] 朱立新. 护患沟通在门诊输液室护理干预中的重要性探讨[J]. 中国现代药物应用, 2014, 8(21): 242-243.
- [5] 金芳, 化晓霞. 浅谈护患沟通技巧与对策[J]. 内蒙古中医药, 2012, 31(24): 149.
- [1] 冯家丰. 体外可调压分流管经皮穿刺腰大池-腹腔分流术治疗交通性脑积水[J]. 中国临床神经外科杂志, 2010, 23(01): 123-124.
- [2] 彭东君, 黄蓉. 腰池-腹腔分流术的手术配合[J]. 西部医学, 2011, 26(08): 267-268.
- [3] 王海燕. 腰池-腹腔分流术治疗特发性良性颅内压高的临床观察[J]. 现代护理, 2004, 13(12): 236-237.
- [4] 万艳慧, 赵乐, 顾小花, 等. 微创腰大池-腹腔分流术治疗交通性脑积水病人的护理[J]. 护理研究, 2013, 24(28): 365-366.

(上接第 224 页)

adaptation model[J]. Nurs Sci Quart, 2011, 24(4): 337-344.

- [2] 殷文珍, 梁银爱, 莫小燕, 等. 罗伊适应模式对髋臼骨折患者围术期心理及生活质量的影响[J]. 国际护理学杂志, 2014, 33(4): 923-925.
- [3] 唐敏. R oy 适应模式在主动脉夹层病人护理中的应用[J].

护理研究, 2015, 29(7): 2664-2666.

- [4] 张丽, 唐雯琦, 章左艳. 临床护士对罗伊适应模式护理理论的认知调查[J]. 护理研究, 2012, 26(4): 1096-1097.
- [5] 刘爱梅. 运用 R oy 适应模式构建概念图改进《耳鼻喉科护理学》教学[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(36): 70-72.

(上接第 225 页)

自身解剖和生理上的原因, 容易出现多种并发症。这些并发症可严重影响骨折患者的健康, 必须引起人们的高度重视。所以在肱骨骨折手术上, 预后工作不容忽视。

个性化护理通过术前的心理疏导和相关知识指导, 使患者消除了焦虑, 增加了信心, 有利于配合治疗; 其次通过环境、饮食、预防并发症等一些护理措施, 为肱骨骨折手术的做好了合理的预后工作。

通过本文研究结果得出, 在对比疼痛度上 (VAS)、不良反应发生率以及患者的满意度方面, 护理组患者明显优于普通组。由此说明个性化护理干预可以降低患者的痛苦, 减少患者不良反应的发生率, 保证患者的健康, 临床意义重大。

参考文献

- [1] 胡雪娥, 姚海云, 李钰婷. 常规护理和个性化护理在 120 例肱骨骨折患者中的应用效果对比疗效观察[J]. 中国医学创新, 2013, 10(34): 64-66.
- [2] 李琼华. 个性化护理在肱骨骨折患者中的应用效果观察[J]. 当代医学, 2015, 21(7): 98-99.
- [3] 彭贤娟[J]. 中国校医, 2014, 28(6).
- [4] 成丽, 马玉卓, 杨惠娥. 个性化护理干预对肱骨颈骨折术后肩关节功能恢复的影响[J]. 国际护理学杂志, 2016, 35(10).
- [5] 荣国琴. 个性化护理流程应用于髌骨单刃式、开窗式取骨植骨手术中的预后效果观察[J]. 中国医学创新, 2014(30): 75-77.