

1 例颈椎后路术后脑脊液漏患者的精细化护理体会

任 宏, 王嫦月

(北京市健宫医院 骨伤科, 北京, 100054)

摘要: 本文总结 1 例颈椎后路术后并发脑脊液漏患者的护理经验, 通过采用腰大池引流, 积极抗炎、补液治疗, 配合严密病情观察、心理护理、引流管护理、体位护理等精细化护理, 最终患者痊愈。

关键词: 颈椎后路手术; 颈椎疾病; 脑脊液漏; 精细化护理

Fine nursing experience of a patient with cerebrospinal fluid leakage after posterior cervical spine surgery

REN Hong, WANG Changyue

(Department of Orthopedics and Traumatology, Beijing Jianguo Hospital, Beijing, 100054)

ABSTRACT: This paper summarizes the nursing experience of a patient complicated with cerebrospinal fluid leakage after posterior cervical spine surgery, who finally recovered by using lumbar cistern drainage, active anti-inflammatory and fluid replacement therapy, combined with strict condition observation, psychological nursing, drainage tube nursing, posture nursing and other fine nursing.

KEY WORDS: Posterior cervical surgery; Intracranial infection; Cervical diseases; Orthopedic surgery; Cerebrospinal fluid leakage; Fine nursing

脑脊液漏(CSFL)是颈椎病术后较为常见并发症之一,是指患者在行脊柱手术的过程中硬膜受到损伤,导致在术后发生脑脊液外流的情况,一般为从手术伤口处外流以及从引流液中外流两种情况^[1]。一项国际临床报道中统计脑脊液漏并发症的发生率在 5% 以内^[2],虽然发病率不高,但是会引发脑脊液囊肿、切口延迟愈合等,严重者还可能引发椎管内感染、颅内感染等,危及生命安全。研究^[3]表明,及时进行腰大池引流或硬脊膜损伤修补并进行科学护理,可以显著提高治疗效果。本文总结了 1 例颈椎后路手术后出现脑脊液漏患者的精细化护理经验,现报告如下。

1 临床资料

1.1 患者信息

患者男性,58 岁。患者颈肩部疼痛 1 年,加重伴左上肢疼痛麻木 2 月,伴手系扣及持物等精细动作受限,有胸部束带感,足底踩棉花感。于 2023 年 12 月 27 日门诊诊断为“混合型颈椎病”,收治入院。既往史:高血压病史 30 年,2 型糖尿病

1 年,冠心病病史 30 年,规律服药。患者否认家族遗传病史,否认食物药物过敏史。

1.2 查体

入院后完善体格检查,体温(T)36.3℃,脉搏(P)76 次/min,呼吸(R)18 次/min,血压(BP)134/74 mm Hg;疼痛评估得分 4 分。专科检查:颈曲变直,颈项部肌紧张,下颈段椎体棘突及棘旁压痛,左上肢串痛,左上肢左手皮肤浅感觉减退,左上肢肌力 IV 级,右上肢肌力 V 级,双下肢肌力 IV 级。双侧桡动脉搏动正常,末梢血运可。颈椎活动度差。压颈实验(+),左侧臂丛神经牵拉实验(+).

1.3 诊断

辅助检查:颈椎核磁显示颈椎退行性改变;骨质增生;椎间盘变性;C3-7 椎间盘略向左后方突出;继发性椎管狭窄、颈髓受压。实验室检查:血红蛋白(HGB)157 g/L、白蛋白(ALB)42.9 g/L、白细胞(WBC)6.58×10⁹/L、空腹血糖(FBG):6.27 mmol/L。心脏超声:二尖瓣、三尖瓣、主动脉瓣轻度反流。入院后中医诊断:项痹(血瘀气滞型);西医诊断:混合型颈椎病。

1.4 治疗

患者于2023年12月29日在气管插管全身麻醉下行机器人辅助下颈椎后路,颈3-6椎板切除减压,颈3-7侧块螺钉内固定植骨融合术,手术顺利,放置筋膜下负压引流管1根,逐层缝合筋膜、皮下、皮肤,敷料包扎固定,安返病房。术后给予:一级护理,严密观察生命体征变化,体位护理、疼痛护理、保持呼吸道通畅、伤口引流管管理等。术后12 h,观察伤口引流量约500 mL,为颜色较常规伤口引流液颜色浅的血性液体,通过尿糖试纸进行鉴别,结果尿糖试纸为阳性。告知医生,复查核磁提示术区弥漫性片状T2WI-FS高信号,皮下弥漫性水肿,确诊脑脊液漏。立即停止负压吸引,改为平压,引流袋放置高于平卧位患者腋中线20 cm左右。给予抗感染、营养支持、补液、止痛等治疗,于2023年12月31日在局麻下行腰大池引流术,术后给予体位护理、心理护理、引流管护理等,于2024年1月7日拔除伤口引流管及腰大池引流管后,伤口无渗出,于2024年1月9日复查核磁,术区弥漫性片状T2WI-FS高信号消失,皮下无弥漫性水肿。患者术后上肢串痛缓解,左上肢左手皮肤浅感觉有所恢复,双下肢肌力恢复V级,伤口愈合良好,于2024年1月15日伤口拆线后出院。

2 护理

2.1 护理评估

疼痛评估采用疼痛视觉评估拟量表(VAS),通过视觉模拟量表中一端无疼痛,另一端剧痛,让患者选择自己疼痛的程度,总分10分,分值越高,疼痛程度越重。该患者术前为4分。焦虑评估采用汉密尔顿焦虑量表(HAMA)进行评估,总分为0~56分,总分越高,代表患者焦虑程度越严重。该患者总分20分,属于中度焦虑。

2.2 护理诊断

护理诊断主要包括:疼痛与颈椎病有关,与手术有关;焦虑与担心预后差有关;潜在并发症颅内感染与脑脊液漏有关;潜在管路滑脱的风险和低蛋白血症。

2.3 护理计划

针对患者存在的护理问题,制定护理计划:患者疼痛得到缓解,焦虑情绪改善,患者硬脊膜闭合,不发生颅内感染、管路滑脱、低蛋白血症等潜在并发症。

2.4 护理措施

2.4.1 术前护理

术前向患者进行详细宣教,告知手术注意事项及相关准备工作,告知可能发生的并发症,例如局部感染、脑脊液漏、手术部位重要神经、血管损伤等,患者表示理解,并愿意积极配合治疗。指导患者进行深呼吸及有效的咳嗽练习,练习床上排大小便。责任护士参加术前讨论,了解患者心、肝、肺、肾的功能,掌握影响手术的潜在危险因素,术中可能出现的并发症以及存在的问题,按照患者自身的具体情况制定出一体化的临床护理方案,保证术后安全。

2.4.2 术后护理

2.4.2.1 心理护理:患者及家属表现焦虑及紧张,对术后恢复有所担心,从而加重了患者对治疗与护理的恐惧心理。向患者及家属讲解有关脑脊液漏的疾病知识,消除其紧张情绪及恐惧心理;增加巡视频次,加强与患者的沟通,及时了解患者的心理变化,鼓励患者积极面对疾病,疏导可能出现的不良情绪,了解其兴趣爱好,指导患者及家属减轻心理压力。

2.4.2.2 体位护理:术后绝对卧床,采用俯卧与半俯卧交替^[4],协助患者每2小时轴线翻身1次,侧卧时,头部垫枕头,注意高度为一侧脸颊至肩的距离,以保证颈部处于正中位。翻身时注意腰大池引流管及伤口引流管,避免牵拉、受压导致引流受阻,注意观察患者四肢感觉、活动情况。

2.4.2.3 引流管护理:妥善固定伤口引流管及腰大池引流管,避免管路脱出。脑脊液持续引流存在一定风险,过度引流可能导致颅内气肿、严重的脑移位甚至昏迷,需要谨慎考虑^[5]。遵医嘱脑脊液持续引流,每小时控制在10~15 mL。引流量保持均匀,以免影响颅内压力的稳定。观察穿刺部位敷料有无渗出,及时更换伤口敷料。引流管每隔1 h观察1次,轻轻挤压管道使管道内压力出现波动,观察管道内的引流液是否随挤压活动,一般CSFL的液体为淡红色或者较之常规引流的血液颜色浅的血性液体,流动性较好,如引流管内出现条状血凝块且引流量明显减少需警惕出现血肿的可能,记录并通知医师进行后续处理。

2.4.2.4 病情观察:①脑脊液主要由双侧侧脑室和第四脑室的脉络丛产生,生成速度0.30~0.35 mL/min(整体流动模型,450~750 mL/d),正常脑脊液呈无色透明状^[5],每日夜班晨起7:00使

用量杯测量引流液,并准确记录,观察引流液的颜色、形状。②严密观察患者的意识、心率、血压、体温、伤口渗出以及下肢运动感觉变化等常规情况,尤其是低颅压的临床表现,观察患者是否存在头晕、头痛、恶心、呕吐、颈背部僵硬疼痛的情况并记录,对于出现低颅压症状的患者,及时通知医师,予以增加补液,对症止痛等处理。注意观察患者全身情况,遵医嘱定时复查电解质,及时补充水及电解质,保持体液平衡。低蛋白血症者应及时补充白蛋白或血浆,以利于硬脊膜及各组织修复^[6]。

2.4.2.5 预防颅内感染:遵医嘱对深处脑脊液常规、定期细菌培养。应用抗生素预防逆行感染,并观察使用疗效。密切观察体温变化,若体温在38℃以上持续不降,且有脑膜刺激症(头痛、呕吐、颈项强直)出现,及时处理。遵守手卫生要求,伤口换药时严格无菌操作、引流管位置正确,外出检查时,暂时夹闭引流管,避免引流液反流。每天更换引流袋,在操作中应确保全面消毒^[7],保持床单位干净、整洁,于床尾放置免洗手消毒液,向患者及家属宣教个人卫生的重要性,并取得配合。

2.4.2.6 疼痛护理:保持病房内清洁且温度和湿度均适宜,播放轻柔舒缓的音乐,营造舒适的康复环境;定时协助患者颈肩腰轴线翻身,动作轻柔;遵医嘱口服镇痛药物洛芬待因2片,每12 h 1次。

2.5 护理评价

患者术后疼痛逐渐缓解,焦虑情绪得到改善。患者留置腰大池引流管期间未发生导管脱出,未发生电解质紊乱及低蛋白血症情况,未发生颅内感染。最终脑脊液漏痊愈。疼痛及焦虑变化见表1。

表1 疼痛及焦虑变化

日期	疼痛评分/分	焦虑评分/分	并发症的发生
入院时	4	20	无
术后1日	3	15	脑脊液漏
术后9日	2	7	无
出院时	1	6	无

3 随访

术后4周、8周进行电话回访及健康指导和健康教育。患者颈肩部疼痛0~1分,四肢活动良好,未诉不适感。指导患者循序渐进进行颈部肌肉锻炼以及根据职业的要求采取保护措施等内容,避免长时间保持同一姿势,营养的摄入需要有规律的增加,以此缓解组织或器官的退变。

4 讨论

颈椎后路手术是临床上难度比较大的一种颈椎手术,其主要是通过术后扩大颈部椎管空间,间接或直接解除颈部脊髓受压迫程度,从而促进颈部功能的恢复^[8]。脑脊液漏是颈椎后路手术术后常见并发症之一,其主要原因:对切开硬脊膜探查脊髓者术中修补缝合硬脊膜不严密;对未切开硬脊膜者为多数术中操作不当导致硬脊膜和蛛网膜损伤^[9];未能及时发现,未修补缝合,而致医源性隐性脑脊液漏^[10]。脑脊液漏并发症一旦发生,若处理不当将严重影响手术效果。因此,针对颈椎后路手术的患者,脑脊液漏并发症的防治十分中药。

本案例在患者围手术期实施全面精细的护理措施,术前进行呼吸功能训练、体位训练,可提高患者肺活量,提高机体内通气量,保持患者呼吸道功能畅通;术后进行心理护理、体位护理、引流管护理、严密病情监测等护理干预方法,结合腰大池引流治疗措施,有效预防颅内感染等相关并发症发生,提升了患者和家属对各项工作的满意度,促进患者预后。研究^[11-13]表明,精细的护理干预可以降低相关并发症的发生率。因此,基于精细化护理模式,对颈椎后路术后脑脊液漏患者实施全面、有效、细致的护理管理,对提高护理质量,促进患者康复具有重要意义,值得临床参考应用。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 杨迪. 综合护理干预对脊柱术后脑脊液漏患者的护理效果探讨[J]. 基层医学论坛, 2018, 22(24): 3470-3471.
YANG D. Discussion on nursing effect of comprehensive nursing intervention on patients with cerebrospinal fluid leakage after spinal surgery[J]. Med Forum, 2018, 22(24): 3470-3471. (in Chinese)
- [2] 龚开建, 王涛, 张福利. 缝合和封堵填塞法处理颈椎前路术后脑脊液漏[J]. 颈腰痛杂志, 2017, 38(3): 247-249.
GONG K J, WANG T, ZHANG F L. Suture filling and sealing in the treatment of cerebrospinal fluid leakage after anterior cervical spine surgery [J]. J Cervicodynia Lumbodynia, 2017, 38(3): 247-249.

- (in Chinese)
- [3] 李雅丹, 杨美玲, 冯建萍. 颈静脉孔区神经鞘瘤术后护理体会[J]. 中国临床神经外科杂志, 2021, 26(11): 878-879.
- LI Y D, YANG M L, FENG J P. Postoperative nursing experience of neurilemmoma in jugular foramen [J]. Chin J Clin Neurosurg, 2021, 26(11): 878-879. (in Chinese)
- [4] 陆玮, 谈爱红, 吴晓波, 等. 腰椎术后脑脊液漏患者两种不同引流护理的效果分析[J]. 护理实践与研究, 2020, 17(23): 86-89.
- LU W, TAN A H, WU X B, et al. Effect analysis of two different drainage nursing in patients who underwent cerebrospinal fluid leakage after lumbar surgery[J]. Nurs Pract Res, 2020, 17(23): 86-89. (in Chinese)
- [5] 中华医学会神经外科学分会. 脑脊液漏规范管理中国专家共识[J]. 中华医学杂志, 2022, 102(15): 1057-1067.
- CHINESE MEDICAL ASSOCIATION NEUROSURGERY BRANCH. China expert consensus on standardized management of cerebrospinal fluid leakage[J]. Natl Med J China, 2022, 102(15): 1057-1067. (in Chinese)
- [6] 陈婷婷, 陈欣, 周怡, 等. 集束化护理在腰椎减压术后脑脊液漏中的应用价值[J]. 颈腰痛杂志, 2023, 44(1): 124-125.
- CHEN T T, CHEN X, ZHOU Y, et al. Application value of bundle nursing in cerebrospinal fluid leakage after lumbar decompression [J]. J Cervicodynia Lumbodynia, 2023, 44(1): 124-125. (in Chinese)
- [7] 王婧. 脊柱手术后脑脊液漏的临床护理研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(48): 9423.
- [8] 石英, 崔晓宇, 张爽, 等. 颈椎转移瘤合并脊髓损伤患者前后路手术的围术期护理[J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(14): 177-178.
- SHI Y, CUI X Y, ZHANG S, et al. Perioperative nursing care of patients with cervical metastasis complicated with spinal cord injury undergoing anterior and posterior surgery [J]. J Clin Med Pract, 2016, 20(14): 177-178. (in Chinese)
- [9] 陈平. 脊柱术后并发脑脊液漏病人的护理观察[J]. 医学理论与实践, 2007, 20(2): 220-221.
- CHEN P. Nursing observation of patients with cerebrospinal fluid leakage after spinal surgery [J]. J Med Theory Pract, 2007, 20(2): 220-221. (in Chinese)
- [10] 孙兆忠, 刘涛, 房清敏, 等. 颈椎术后脑脊液漏的处理[J]. 滨州医学院学报, 2005, 28(6): 423-424.
- SUN Z Z, LIU T, FANG Q M, et al. Treatment of the postoperative cerebrospinal fluid leakage in cervical vertebrae surgery [J]. J Binzhou Med Coll, 2005, 28(6): 423-424. (in Chinese)
- [11] 刘平平. 一例颈3-4椎管内神经鞘瘤切除术后反复发热的护理问题分析及护理措施探讨[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(25): 148.
- LIU P P. Analysis of a case of recurrent fever after resection of neurilemmoma in cervical spinal canal 3-4 and discussion of nursing measures [J]. Electron J Pract Clin Nurs Sci, 2020, 5(25): 148. (in Chinese)
- [12] 李美, 谢琴. 护理干预对脊柱术后并发脑脊液漏的护理体会[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(84): 360, 386.
- LI M, XIE Q. Nursing experience of nursing intervention on cerebrospinal fluid leakage after spinal surgery [J]. World Latest Med Inf, 2019, 19(84): 360, 386. (in Chinese)
- [13] 李春映. 20例颈部神经鞘瘤患者手术前后的护理[J]. 天津护理, 2017, 25(5): 431-432.
- LI C D/Y. Nursing care of 20 patients with cervical neurilemmoma before and after operation [J]. Tianjin J Nurs, 2017, 25(5): 431-432. (in Chinese)

声明: 此案例经过本平台同行评议, 全文开放获取, 采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议, 作者可在其他媒体再次发表。