

· 临床护理 ·

脑积水患者脑室-腹腔分流术的护理

李巧银,何珠茹,莫壮敏,黎夏玉,王爱珠,唐秋焕
(海南省琼海市人民医院神经外科 571400)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.17.044

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)17-1781-01

脑积水是各种原因导致脑脊液生成和吸收失衡而蓄积在脑室,临床上常常引起颅内高压,出现头痛、智力下降、步态不稳、行为失常等表现^[1]。目前,脑室腹腔分流术(ventricular-peritoneum shunt, V-P)已广泛应用于脑积水的治疗,并且疗效显著,但术中或术后不可避免地出现一些并发症^[2-3]。因此积极合理的护理对实施 V-P 分流术的脑积水患者至关重要。本院自 2008 年 3 月至 2011 年 1 月采用 V-P 分流术治疗脑积水患者 48 例,现将其护理情况报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 自 2008 年 3 月至 2011 年 1 月本院行 V-P 分流术治疗脑积水患者 48 例,其中男 31 例,女 17 例;年龄 8 个月至 69 岁,平均 34.8 岁。所选病例均经头颅 CT 检查确诊为脑积水。其中颅内肿瘤 12 例,先天性颅内疾病 10 例,创伤致脑积水 8 例,蛛网膜下腔出血 6 例,脑寄生虫 2 例,脑结核后蛛网膜粘连 2 例,原因不明 6 例。小儿 16 例,主要表现为头颅增大、前囟增大并且张力增高(14 例),眼球下陷(6 例)、痴呆(3 例)、下肢瘫痪(3 例)等。成人 32 例,主要表现为头痛和(或)呕吐(18)、痴呆(3 例)、步态不稳(6 例)、小便失禁(5 例)、行为异常(5 例)等。

1.2 手术方法 术前严格选择手术适应证,均无手术禁忌证。选择合适的分流管(美国 Phoenix 生物医学公司)。本组所有患者均行右脑室-腹腔分流术,全麻下于右耳廓上后 4~5 cm 处切口,剥离骨膜,颅骨钻孔,脑针引导下将分流管脑室端插入侧脑室前角,钝头导管分离皮下隧道,安装腹腔导管。游离于腹腔内的导管长 25~30 cm,腹腔内分流管不予固定,腹膜切口导管亦不予固定。术后严密观察颅内出血或腹腔出血的征象,常规应用抗生素。

1.3 护理干预

1.3.1 术前护理 对即将手术患者进行耐心的心理疏导,让患者了解手术的基本过程、效果及注意事项,消除患者的恐惧心理,增强患者的自信心,以积极的心态面对手术。术前完善相关检查,包括血常规、凝血功能、心电图、胸片等,了解全身各脏器功能,积极明确脑积水病因。严格手术适应证和禁忌证。配合医生选择合适的引流管。术前 1 d 协助患者洗澡,备皮,范围包括头、颈、胸及腹部皮肤。配合医生做好头部切口、皮下隧道、腹部切口的皮肤标记,术前 8~10 h 禁食、水。

1.3.2 术后护理 术后将患者安全送达病房,去枕平卧,待意识清醒后,严密观察生命体征,生命体征平稳后将床头抬高 15°~30°。保持病房清洁、空气新鲜、安静舒适。向患者讲明术后注意事项,指导饮食,嘱患者高蛋白易消化饮食。向患者及家属讲明手术操作情况,解除患者顾虑,鼓励患者积极配合护理工作。术后严密观察患者的意识、瞳孔、生命体征及肢体活动情况,如出现头痛、呕吐、视力障碍、烦躁、血压增高等异常情况及时通知主管医师。严密观察引流管是否通畅,如出现引流管梗阻,及时通知医生并配合医生及时处置。术后观察手术切口情况,每日检查切口局部有无感染,保持辅料清洁,每日测

体温 4 次。

1.3.3 健康教育 出院前记录患者的联系方式,让患者填写护理满意度调查表。患者出院前让患者或家属学会引流管的护理。指导患者每日早晚按压分流阀,保持引流管通畅。如出现分流阀按下不弹起或按不下的情况,表明引流管阻塞,此时应及时来医院复诊。注意保持引流管和伤口的清洁,避免剧烈运动和重体力活动。如出现头痛、恶心、呕吐、视力障碍等可自行按压分流泵以加快引流,如不能缓解,应来院就诊。

2 结果

2.1 手术疗效 48 例患者均一次性引流成功,未出现术中死亡或手术失败病例。复查头颅 CT,46 例(95.8%)患者脑积水消失,脑室明显缩小至正常大小。2 例先天性疾病患者术后脑室缩小不明显。本组所有患者临床症状均得到有效改善,14 例前囟张力术后减低,眼球下陷 6 例恢复正常,6 例痴呆患者智力改善,18 例头痛和(或)呕吐患者症状消失,步态不稳及行为异常患者均得到显著改善,5 例患者小便失禁症状均消失。

2.2 并发症情况 术后出现腹胀、腹痛、恶心、呕吐、食欲下降等消化系统症状 12 例,均经对症处理后消失。出现感染 2 例,其中颅内感染和腹腔内感染各 1 例,经抗生素治疗后痊愈。术后出现引流管阻塞 1 例,为蛛网膜下腔出血患者,更换引流管。未出现过度分流并发症,如硬膜下积液、硬膜下血肿、低颅压综合征等。未出现小脑室综合征、颅内出血、颅内积气及腹腔内脏器损伤。无死亡病例。

2.3 护理满意度 患者出院时填写护理满意度调查表,结果发现对护理工作满意 45 例(93.8%),较满意 2 例(4.2%),不满意 1 例(2.0%)。

3 讨论

脑积水形成的主要原因在儿童主要为先天性和炎症性,成人多为颅内肿瘤、蛛网膜下腔出血和创伤^[4]。常常出现颅内高压甚至威胁患者生命,严重影响患者的健康。部分患者病程较长,常常出现智力障碍、行为异常、行走不稳等严重功能障碍,常常导致患者形成严重的心理障碍,术前对患者进行心理干预可减轻患者的压力,减少术后并发症,保证麻醉和手术的顺利进行^[5]。本组通过术前对患者进行交流,向患者降解本病的并非不治之症,减轻患者的焦虑,术前耐心解释患者疑问,向患者及家属介绍手术成功病例,增强患者的信心,以积极的心态面对手术^[6]。充分的术前准备是手术成功的前提。由于 V-P 分流术涉及手术范围广,涉及头部、颈部、胸腹部,为术前备皮工作带来一定的难度,护士在备皮过程中更应不厌其烦,严格操作,保证术野的清洁,为预防术后感染打下基础。

V-P 分流术主要并发症包括消化道症状、感染、分流管阻塞、硬膜下积液、硬膜下血肿、低颅压综合征、小脑室综合征、颅内出血等,一旦出现并发症,将严重影响手术疗效,甚至导致患者死亡^[7-9]。因此在术后护理中应严密观察和积极预防并发症的发生。首先,要保持病房环境卫生,减少感染的概率;另外要严密观察患者的生命体征和临床症状,尤(下转第 1783 页)

ALT 是肝细胞受损后首先能检出的肝功能异常指标之一,属非特异性指标,作为肝炎病毒感染的过筛项目。本研究结果显示,ALT 异常率占总阳性率的 0.45%。中国是肝炎高发区,淘汰 ALT 升高的血液,可以尽量避免采集肝炎病毒感染窗口期的血液,对于输血安全具有重要意义。

HCV 主要经血和血液制品传播,在中国人群中携带者少,经近年来的检验结果显示其占总阳性率的 0.32%,呈现逐年下降趋势。抗-HCV 阳性的献血者中有一部分是过去单采血浆的献血者,这与他们流动采血、频繁采血导致的交叉感染有一定关系。今后应严格按照献血者健康标准进行相关的咨询和体检,降低经输血后感染丙型肝炎的危险性^[8-11]。

综上所述,本县无偿献血者中,有相当一部分人存在血液感染的情况,加强无偿献血者健康征询,在低危人群中招募献血者,加强血液质量控制,持续改进运行机制,不断提高各项指标检测水平,对预防和控制乙型肝炎、梅毒、艾滋病等传染病的传播,保障输血安全具有重要意义。

参考文献:

- [1] 秦伟斐,王珍贤,李小红,等. 2002~2006 年重庆市无偿献血者血液检测结果分析[J]. 重庆医学, 2007, 36(21): 2140-2143.
- [2] 杨民,林武存. 31 170 例无偿献血员梅毒检测报告分析[J]. 重庆医学, 2006, 35(12): 1058.

- [3] 赵树铭,李兵,胡建,等. 重庆地区无偿献血人群丙型肝炎病毒流行病学调查[J]. 重庆医学, 2006, 35(11): 964-968.
- [4] 程悻,沈建军,段国松. 25 240 例献血员 ALT、HBsAg、HCV、TP、HIV 检测结果分析[J]. 中国实用医药, 2007, 2(36): 126-127.
- [5] 齐村生,任会莹. 献血员血液 5 项传染性标志的检测结果与分析[J]. 中国医学检验杂志, 2006, 7(1): 51.
- [6] 杨亮. 宁波市献血员血液质量调查分析[J]. 中国当代医学, 2010, 17(26): 130-132.
- [7] 黄庆炎. 嘉兴地区无偿献血员血源性传染病监测分析[J]. 解放军预防医学杂志, 2005, 23(2): 111-112.
- [8] 郑拉让. 宝鸡市无偿献血者抗丙型肝炎病毒抗体感染状况调查分析[J]. 山西医药杂志, 2008, 37(11): 997-998.
- [9] 何玉红,何东风. 15 688 名献血员抗-HIV、抗-HCV、HBsAg、梅毒检测结果研究[J]. 医学信息, 2008, 21(9): 50-51.
- [10] 余明超,严莉. 江津市 6 289 名无偿献血者 5 项血液指标检测结果分析[J]. 重庆医学, 2006, 35(11): 992.
- [11] 陈兴智,谭庆芬,黄雁. 多民族无偿献血者 HCV 感染状况调查研究[J]. 重庆医学, 2009, 38(12): 1443-1444.

(收稿日期:2011-10-09 修回日期:2011-12-13)

(上接第 1781 页)

其是瞳孔、血压、意识以及出现头痛、恶心、呕吐、烦躁等情况,一经发现,立即向医生汇报。及时有效地处置,减少和预防并发症的发生。引流管梗阻将直接导致手术失败,还会增加患者的颅内高压,甚至危及生命。因此术后应严密观察引流管是否通畅,观察引流管通畅的方法主要通过按压分流阀,如果按压后分流阀不能回弹表示脑室端梗阻,如果按压不动则为腹腔端梗阻。一旦出现上述情况,要及时向医师汇报,及时更换分流管。本组资料出现最多的是腹胀、腹痛、恶心、呕吐等消化道症状,主要因为脑脊液对腹膜刺激引起,1 周内将会消失,应向患者及家属解释,减少其恐慌。出现颅内感染、腹腔内感染和引流管阻塞各 1 例,无其他严重并发症发生。

由于 V-P 分流术后长期携带分流管,出院时有必要向患者降解分流管的自身护理方法,重点讲解分流管阻塞的判断方法,为患者的预后提供保障。患者对护理工作满意度调查显示总体满意度达到 93.8%。患者对护理工作的意见主要集中在儿童患者,可能与我科并未设置专门儿科病房,部分护士未经过儿科护理的专项培训,小儿静脉穿刺难度较大,小儿易哭闹,难以交流等。今后护理工作中应加强改进,尽量安排小儿专门病房,加强儿科护理培训。力争使所有患者及家属满意。

总之,术前正确的心理护理、充分的术前准备、术后密切观察生命体征和分流管通畅,保持手术切口清洁,出院时做好健康教育是脑积水患者 V-P 分流术的护理重点,通过科学的护理,有助于保证手术的成功,减少术后并发症的发生。

参考文献:

- [1] 周良辅. 现代神经外科学[M]. 上海:复旦大学出版社,

2008:940-951.

- [2] 苏明明,金澎,宋海洋. 脑室-腹腔分流术治疗脑积水的临床分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2011, 14(1): 17-19.
- [3] 王俊伟,孟辉,吴南,等. 49 例脑积水脑室-腹腔分流术失败原因分析及改进[J]. 中华神经外科杂志, 2011, 27(1): 87-89.
- [4] 冯华,孟辉,陈志,等. 重视脑积水的临床诊治与转化研究[J]. 中华神经外科杂志, 2011, 27(4): 425-427.
- [5] 徐琼英,尹夕龙,石小峰. 护理干预对侧脑室-腹腔分流术患者及家属术前心理反应的影响[J]. 实用心脑血管病杂志, 2010, 18(8): 1035-1036.
- [6] 王利群,张林珍. 51 例脑积水患者脑室-腹腔分流术围手术期的护理[J]. 中国农村卫生事业管理, 2011, 31(4): 377-378.
- [7] 王键铭,陈大伟,胡国章,等. 脑积水脑室-腹腔分流术后并发症及其防治[J]. 中国老年学杂志, 2010, 30(3): 417-420.
- [8] 王树凯,滑修之,徐国本. 脑室-腹腔分流术后常见并发症及处理[J]. 中华神经外科杂志, 2000, 16(6): 385-387.
- [9] 侯勇. 脑室腹腔分流术后常见并发症及防治[J]. 中国基层医药, 2002, 9(11): 1012-1013.

(收稿日期:2011-10-09 修回日期:2011-12-22)