

系统护理干预对腰椎骨折术后并发脑脊液漏患者预后效果的影响观察

魏秀琴

华中科技大学同济医学院附属同济医院护理部 430030

【摘要】目的：探究系统护理干预对腰椎骨折术后并发脑脊液漏患者预后效果的影响。方法：纳入 50 例腰椎骨折术后并发脑脊液漏患者（2023.1-2023.12），随机数字表法分组，对照组实施常规护理，观察组实施系统护理，对照组间引流量与脑脊液漏停止时间、并发症率结果：观察组脑脊液引流量较对照组少，且脑脊液漏停止时间较对照组短， $P < 0.05$ ；观察组并发症率较对照组低， $P < 0.05$ 。结论：将系统护理施于腰椎骨折术后并发脑脊液漏患者，可尽快改善患者脑脊液漏的症状，并且减少其他术后并发症的发生，值得临床推广。

【关键词】系统护理；腰椎骨折术；脑脊液漏；预后

脑脊液漏为腰椎骨折术后常见的并发症，主要诱发因素为术中操作损伤硬膜，脑脊液伴随引流液流出或沿手术切口流出^[1]。此类患者需要及时处理，否则极易发生伤口感染、椎管感染等严重现象，危及患者生命。同时，结合有效的护理，对改善患者预后意义重大。系统护理旨在预防护理过程中的问题，凸显护理的整体性，加强细节干预，以此提升治疗效果^[2]。根据以上描述，本文以对照研究的形式，旨在探究系统护理干预对腰椎骨折术后并发脑脊液漏患者预后效果的影响，详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以 50 例腰椎骨折术后并发脑脊液漏患者为例（2023.1-2023.12），随机数字表法分组；对照组：25 例，男 15，女 10，年龄范围 45-75 岁，均值（60.33 ± 2.14）；观察组：25 例，男 14，女 11，年龄范围 47-75 岁，均值（61.46 ± 2.33）。两组样本可比， $P > 0.05$ ，且均对研究知情。

纳入标准：符合临床诊断与手术指征^[3]；术后并发脑脊液漏；基线资料完整。

排除标准：并发其他脏器损伤；精神障碍者；研究依从性差者。

1.2 方法

对照组实施常规护理。落实骨科基础护理，紧密监测患者的病情变化，指导患者保持舒适的体位，加强切口引流护理与健康宣教，遵照医嘱进行抗感染治疗。

观察组实施系统护理。

（1）病情观察。待患者手术完毕回病房，第一时间查看手术记录，询问患者的术中情况，评估术中是否存在硬脊膜损伤，事先做好准备工作。时刻追踪患者的生命体征，对患者的搏动性头痛现象进行鉴别，其疼痛常发生在枕部、顶部、颞部，且伴有恶心、呕吐、耳鸣、畏光等症

状，部分病例还并发听力、视力下降等显著的脑脊液漏现象。尤其针对术中硬脊膜损伤破裂患者，应加强重视。对患者的症状详细了解后，应立即上报，遵从医嘱予以静脉补液治疗，补充白蛋白，落实有效的全身对症治疗，以改善电解质紊乱，抑制脑内灰白质，减轻患者的临床症状。

（2）体位护理。嘱咐患者卧床，在脑脊液漏停止之前，严禁下床活动。保持头低足高的体位，适当将床尾抬高 15cm，保持漏口处于上位，帮助脑脊液聚集在健侧，借助硬脊膜的压力促进其恢复。并将正确的体位变换方式教于患者，2h 翻身 1 次，侧卧位时在身体空隙处垫软枕，为降低切口处压力，尽量选择俯卧位。切口异常出血可使用沙袋压迫处理，以降低切口压力促进愈合。脑脊液漏感染患者，不能将其床尾抬高及加压包扎，以此避免言行脑脊液向脑部或椎管其他位置转移，诱发脑膜炎或加重病情。

（3）切口护理与引流管护理。密切观察切口敷料情况，确保敷料干燥清洁。患者手术切口处皮肤隆起，且手触有波动感，则提示皮下堆积脑脊液。观察引流液性状，每小时详细记录数值，一旦发现血性引流液变为淡红色或黄色透亮引流液，且更换敷料加压包扎后重现黄色引流液，即提示脑脊液漏。术后常规置管，不仅可促进切口预后，还可用于观察脑脊液漏情况。脑脊液引流量持续减少（ $< 50\text{ml/d}$ ），可听从医嘱夹闭引流管，观察患者是否存在不适，期间若敷料干燥，可酌情拔管。

（4）切口感染及并发防治。落实有效的切口感染预防措施，保证敷料干燥、清洁。护理操作时加强手卫生，嘱咐患者保持良好的个人卫生，营造干净、整洁的病房环境。定期进行切口分泌物细菌培养，发现异常及时上报，合理调整抗生素治疗方式。患者卧床期间嘱咐其家属为患者按摩，行下肢功能锻炼，以规避下肢深静脉血栓。指导患者合理饮食，规范生活方式。

(5) 疼痛护理与心理护理。术后受多方因素影响, 患者焦虑、恐惧情绪严重, 影响术后恢复。因此, 需予以患者有效的疼痛护理与心理护理。术后, 患者在硬板床上休养, 头高脚低, 适当抬高床尾, 以减轻脑脊液漏与疼痛。重视患者的主诉, 遵照医嘱落实止痛治疗。脑脊液漏会加重患者的恐慌情绪, 需要护理人员予以针对性的心理护理, 与患者交谈时保持温和的语气与态度, 加强宣教, 避免未知加重患者的负面情绪。

(6) 避免增加腹压。术后适量增加新鲜蔬果的摄入, 增加饮水量, 便秘者及时接受药物干预, 将大便软化后促进排出, 规避一切可升高腹压的动作, 例如: 大力咳嗽、排便以及腰背肌与腹肌的功能锻炼等。

(7) 功能锻炼。患者卧床期间可适当进行肢体功能锻炼, 包括: 直腿抬高、肱四头肌收缩锻炼, 以促进尽早康复。协助患者正确开展功能锻炼, 锻炼时佩戴保护装置, 加强脊柱的稳定性, 并维持正确的锻炼姿势, 保证患者的安全。

1.3 观察指标

(1) 引流量与脑脊液漏停止时间。

(2) 并发症: 尿路感染、下肢静脉血栓、压疮。

1.4 统计学方法

采用 SPSS25.0 软件分析数据, 计量资料以均数 \pm 标准差体现, t 检验。计数资料以百分比体现, χ^2 检验。统计学差异成立表达为 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 脑脊液引流量、脑脊液漏停止时间

表 1, 观察组脑脊液引流量较对照组少, 且脑脊液漏停止时间较对照组短, $P < 0.05$ 。

表 1 两组脑脊液引流量、脑脊液漏停止时间比较[$\bar{x} \pm s$]

组别	脑脊液引流量 (ml)	脑脊液漏停止时间 (d)
观察组 (n=25)	124.56 \pm 12.31	2.36 \pm 0.34
对照组 (n=25)	275.69 \pm 16.31	4.97 \pm 1.07
t 值	36.979	11.623
P 值	0.000	0.000

2.2 并发症率

表 2, 观察组并发症率较对照组低, $P < 0.05$ 。

表 2 两组并发症率比较[n/%]

组别	尿路感染	下肢静脉血栓	压疮	发生率
观察组 (n=25)	1	0	0	1 (4.00)
对照组 (n=25)	3	1	2	6 (24.00)
χ^2 值				4.152
P 值				0.041

3 讨论

脑脊液漏在腰椎骨折手术治疗中较为常见, 且发生因素复杂^[4]。硬脊膜损伤的原发性患者, 其导致因素为骨折碎块损伤硬脊膜, 而脊柱手术患者, 特别是胸腰椎爆裂性骨折患者, 其硬脊膜损伤撕裂的概率更高。而大多数脑脊液漏病例为医源性损伤所导致, 术中硬脊膜切开后未能完全缝合、术中操作损伤硬脊膜或蛛网膜下腔未在第一时间发现与处理, 均会导致脑脊液漏的发生, 需要第一时间进行有效的处理, 否则会危及患者的生命安全^[5]。对护理人员而言, 需要加强对术后并发症的认识与积极的防范意识。系统护理是以常规护理为基础, 从体位、引流、液体、并发症预防等多个护理细节进行加强, 建立系统化的干预模式, 促进患者术后恢复, 同时优化护理服务质量^[6]。结合本文研究, 观察组脑脊液引流量较对照组少, 且脑脊液漏停止时间较对照组短, 且并发症率较对照组低, $P < 0.05$ 。可见, 系统护理有助于护理人员及时发现脑脊液漏情况, 加大对患者卧床体位的护理, 随时观察切口敷料与引流情况, 积极预防感染与并发症的发生。同时, 加强疼痛、心理护理, 避免一切可升高腹压的行为, 酌情开展功能锻炼, 促进手术切口的愈合, 并加快脑脊液漏停止, 减少术后并发症的发生, 保证患者安全地度过术后恢复期^[7]。

总结全文, 对腰椎骨折术后并发脑脊液漏患者实施系统护理, 对其脑脊液漏症状有显著的改善效果, 并且减少其他术后并发症的发生, 建议临床普及。

参考文献:

- [1] 华美琴, 张元斌, 刘丹. 患者参与式护理在胸腰椎骨折患者围手术期的应用效果 [J]. 中国乡村医药, 2023, 30 (16): 56-58.
- [2] 于凤英. 整体化护理干预在胸腰椎骨折术后患者中的应用价值探讨 [J]. 基层医学论坛, 2022, 26 (36): 4-6.
- [3] 张红杏, 张娟. 责任制护理在胸腰椎骨折术后护理中的应用效果及对患者并发症发生情况的影响 [J]. 临床医学研究与实践, 2022, 7 (20): 178-180.
- [4] 赵长虹. 聚焦解决模式对胸腰椎骨折患者术后并发症及应对方式的影响 [J]. 护理实践与研究, 2021, 18 (01): 82-85.
- [5] 丁倩丽, 刘盼盼, 夏宁, 等. 系统护理干预对 40 例腰椎骨折术后并发脑脊液漏患者预后效果的影响 [J]. 上海医药, 2020, 41 (07): 36-38.
- [6] 邓云平, 蔡方杰. 系统护理干预在减少胸腰椎骨折合并脊髓损伤患者术后并发症的应用效果 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5 (38): 126-127.
- [7] 潘秀花. 系统护理对胸腰椎骨折患者心理状况及并发症的影响 [J]. 医学理论与实践, 2018, 31 (01): 140-142.