

# 脑脊液引流在治疗主动脉夹层腔内修复术后并发截瘫的应用及护理体会分析

许春霞

(广东省人民医院 广东医学科学院 广东省心血管病研究所 CCU, 广东 广州 510080)

**【摘要】**目的:探讨主动脉夹层腔内修复术后并发截瘫患者接受脑脊液引流治疗的效果,以及加以护理措施进行干预的体会。方法:于本院2017年5月~2018年5月期间内接收的主动脉夹层腔内修复术后并发截瘫患者中选取74例,随机分为观察组(37例)与对照组(37例)。两组均接受主动脉夹层腔内修复术联合脑脊液引流进行治疗,在此基础上给予对照组常规护理,给予观察组围手术期护理干预。对比两组截瘫发生率、治疗效果以及并发症发生情况,并观察患者护理前后焦虑评分(SAS)、抑郁评分(SDS)、生活质量评分(SF-36)变化情况。结果:观察组截瘫发生率低于对照组,且治疗优良率高于对照组;观察组治疗后总并发症发生率低于对照组;观察组护理后SAS、SDS评分较对照组与护理前显著降低,且SF-36评分较对照组与护理前显著升高; $P < 0.05$ ,均有统计学意义。结论:脑脊液引流预防和治疗主动脉夹层腔内修复术后并发截瘫效果确切,可促进患者快速康复,加以围手术期护理干预可进一步改善患者预后,提高患者生活质量,值得在临床中推广应用。

**【关键词】**主动脉夹层;腔内修复术;截瘫;脑脊液引流;围手术期护理

主动脉夹层腔内修复术是治疗主动脉夹层的最有效措施之一,但术后并发症发生几率也随之增长。脊髓损伤是主动脉夹层腔内修复术的常见并发症之一,主要表现为下肢轻瘫或截瘫,对患者的预后造成了一定不良影响<sup>[1]</sup>。目前临床上常采用脑脊液引流方式治疗主动脉夹层腔内修复术后并发截瘫,取得了较为理想的效果。若围手术期加以护理干预,可进一步提高术引流及手术效果,满足患者的康复需求,对于改善患者预后来说意义重大。基于此,本研究主要探讨主动脉夹层腔内修复术后并发截瘫患者接受脑脊液引流治疗的效果,以及围术期加以护理措施进行干预的体会。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

于本院2017年5月~2018年5月期间内接收的主动脉夹层腔内修复术后并发截瘫患者中选取74例,随机分为观察组(37例)与对照组(37例)。观察组中,男19例,女18例,年龄41~62岁,平均年龄(51.5±10.5)岁;对照组中,男22例,女15例,年龄44~61岁,平均年龄(52.5±8.5)岁。两组一般资料比较 $P > 0.05$ ,可对比。

### 1.2 方法

两组均接受主动脉夹层腔内修复术联合脑脊液引流进行治疗,具体操作如下:①脑脊液引流:局麻后于L<sub>4-5</sub>椎间隙穿刺并置管,引流袋接口于患者外耳平面上10cm处妥善固定,后与中心静脉测压装置相连接,记录患者脑脊液性质、颜色、流量等,术后5d内若未并发截瘫则拔出脑脊液引流管;若患者明确并发截瘫则立即极易腰椎穿刺引流,术后保持7d左右,肢体功能康复后方可拔出脑脊液引流管<sup>[2]</sup>。②主动脉夹层腔内修复术:患者全麻后经腹股沟行切口并于股动脉入路,对患者进行主动脉造影并评估覆膜支架放置位置,若患者出现CSF压力升高则行CSF引流治疗,术后再次造影评价手术效果<sup>[3]</sup>。

在此基础上给予对照组常规护理,护理流程严格按照院内相关规定进行。给予观察组围手术期护理干预,包括:①心理护理:对患者进行放松疗法,通过音乐疗法使患者调节情绪,或选择安静的环境对患者进行诱导催眠;帮助患者重建认知,矫正消极思维,如情绪治疗法、应对技巧训练等。②健康教育:通过微视频播放、口头讲解、印发宣传册等途径,详细介绍治疗中可能存在或出现的问题、并发症等,使患者认识到治疗及护理的必要性。③基础护理:患者通常会出现意识障碍或者发烧的现象,应保持患者呼吸道通畅,可适当鼓励与促进患者进行有效排痰与咳嗽;鼓励患者进行床上肢体活动,受压部位皮肤定时按摩。④引流护理:妥善固定引流

管,并注意避免引流量,预防继发低颅压。⑤营养护理:鼓励患者早日进食或鼻饲,平衡膳食,合理营养,清淡易消化低盐低脂。⑥拔管护理:拔管时应注意患者脑脊液颜色呈现澄清,患者各项指标明显恢复好转;拔管后注意局部的加压包扎,注意伤口敷料处有没有渗液或渗血的现象。⑦并发症护理:引流袋需每天更换,搬动患者翻身时一定要注意可将引流管暂时夹闭,以免导致液体的倒流;整个过程中注意无菌操作,合理规范地使用敏感抗生素,定期为患者进行脑脊液常规检查等,并且向鞘内合理注射抗生素药物。

### 1.3 疗效评价与观察指标

(1)治疗效果:对比两组截瘫发生率,并以优、良、差3级标准评价治疗效果,患者经脑脊液引流治疗后康复出院,且无并发症发生为优;患者经脑脊液引流治疗后存在轻瘫症状,经康复治疗1个月后恢复,且无严重并发症发生为良;患者经脑脊液引流治疗后出现脑脊液漏,且出现并发症为差<sup>[4]</sup>。

(2)并发症:如血肿、出血、低颅压、中枢感染等。

(3)预后情况:采用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)分别评价患者护理前后焦虑、抑郁等负性情绪,满分100分,以50分为界限,分值越低说明负性情绪越少<sup>[5]</sup>。采用SF-36改良版生活质量调查表评价患者护理前后生活质量总评分,满分30分,分值越高则生活质量越好<sup>[6]</sup>。

### 1.4 统计学方法

研究数据行SPSS20.0分析,计数资料选择 $\chi^2$ 检验,计量资料选择t检验, $P < 0.05$ 代表差异显著。

## 2 结果

### 2.1 两组治疗效果对比

表1中观察组截瘫发生率低于对照组,且治疗优良率高于对照组, $P < 0.05$ ,有统计学意义。

表1 两组治疗效果对比[n(%)]

组别	截瘫发生率	优	良	差	优良率
观察组 (n=37)	1 (2.70)	30 (81.08)	6 (16.22)	1 (2.70)	36 (97.30)
对照组 (n=37)	5 (13.51)	22 (59.46)	8 (21.62)	7 (18.92)	30 (81.08)
$\chi^2$	7.845	11.187	0.950	13.643	13.643
P	0.005	0.001	0.329	0.000	0.000

### 2.2 两组治疗后并发症发生情况对比

表2中观察组治疗后总并发症发生率低于对照组, $P < 0.05$ ,有

统计学意义。

表 2 两组治疗后并发症发生情况对比[n (%) ]

组别	血肿	出血	低颅压	中枢感染	总并发症发生率
观察组 (n=37)	2 (5.41)	0 (0.00)	1 (2.70)	0 (0.00)	3 (8.11)
对照组	3 (8.10)	1 (2.70)	2 (5.41)	2 (5.41)	9 (24.32)

(n=37)

$\chi^2$	0.574	2.736	0.944	5.560	9.671
P	0.449	0.098	0.331	0.018	0.001

2.3 两组患者预后情况对比

表 3 中观察组护理后 SAS、SDS 评分较对照组与护理前显著降低, 且 SF-36 评分较对照组与护理前显著升高,  $P < 0.05$ , 有统计学意义。

表 3 两组患者预后情况对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	护理前			护理后		
	SAS	SDS	SF-36	SAS	SDS	SF-36
观察组 (n=37)	63.18 ± 3.49	62.97 ± 3.21	16.71 ± 0.29	10.24 ± 3.15	11.38 ± 2.17	26.71 ± 0.25
对照组 (n=37)	63.24 ± 3.54	62.36 ± 3.09	16.38 ± 0.31	22.36 ± 2.94	23.58 ± 2.72	19.76 ± 0.32
t	0.073	0.832	4.729	14.615	21.327	104.106
P	0.942	0.408	0.000	0.000	0.000	0.000

### 3 讨论

主动脉夹层腔内修复术后由于支架的置入, 易导致动脉脊髓供血情况出现障碍, 进而引发脊髓水肿, 使得脑脊液压力升高, 进而并发截瘫<sup>[7]</sup>。一般主动脉夹层腔内修复术患者均可脊髓损伤, 患者常表现为下肢功能障碍, 脊髓损伤患者由于病变极易引起截瘫, 为患者的生活质量带来严重影响。脑脊液引流是预防和治疗主动脉夹层腔内修复术后并发截瘫的主要方式之一, 通过置入引流管将炎性的脑脊液引流出去, 可以将脑内的毒素、细菌以及炎性物质和破碎血蛋白清除, 使得机体代谢得以加速, 间接降低患者脑脊液中的细菌浓度, 使得患者的感染症状明显改善<sup>[8-9]</sup>。同时引流治疗时配合鞘内注射敏感抗生素治疗可有效降低颅内感染的发生几率, 使得医护人员能够及时对患者的病情进行有效观察, 并针对性给予治疗<sup>[10]</sup>。

但对于主动脉夹层腔内修复术后并发截瘫患者来说, 病情较为严重, 加大了患者对于护理的需求, 常规护理预后性较差, 因此临床上开始采用围手术期护理加以干预。主动脉夹层腔内修复术后并发截瘫患者一般心理压力极大, 可直接或间接损伤到神经功能, 而且机体长期处于消极、悲观等负面情绪, 极大的影响到患者的康复进程<sup>[11]</sup>。心理护理可降低患者负性情绪, 使其感受到舒适, 同时加以健康教育, 可提高患者或家属对疾病、手术治疗、护理等的认知, 帮助患者建立治疗的信心, 达到预期护理干预的效果。本研究结果显示, 观察组截瘫发生率低于对照组, 且治疗优良率高于对照组, 基本符合 Arora H<sup>[12]</sup>等学者研究结果。并且本研究中, 观察组治疗后总并发症发生率低于对照组, 与刘姗姗<sup>[13]</sup>等学者研究结果完全一致。本研究中, 观察组护理后 SAS、SDS 评分较对照组与护理前显著降低, 且 SF-36 评分较对照组与护理前显著升高, 符合边旭娜<sup>[14]</sup>等学者研究结果。

综上所述, 主动脉夹层腔内修复术后并发截瘫患者可接受脑脊液引流治疗, 具有较为理想的预防和治疗效果, 同时可对患者加以围手术期护理干预效果确切, 可降低术后并发症发生几率, 改善患者负性情绪以及生活质量, 具有实质性的康复效果, 可进一步推广和使用。

### 参考文献

[1] 慈红波, 方青波, 戈小虎. 胸主动脉腔内修复术后再破口研究进展[J]. 国际外科学杂志, 2015, 42(12):838-841.

[2] 韩晓峰, 郭曦, 李铁铮, 李铁铮. 分支血管灌注不良分型在主动脉夹层腔内修复术中的应用及分析[J]. 北京大学学报(医学版), 2017, 49(6):996-1002.

[3] 丁杭, 韩涛, 程章波. 主动脉夹层及胸主动脉瘤 37 例腔内修复治疗分析[J]. 福建医药杂志, 2015, 37(6):44-46.

[4] 蔡隆仁, 罗骏, 吉灵. 经皮主动脉腔内修复术治疗主动脉夹层的效果分析[J]. 中国当代医药, 2016, 23(16):53-55.

[5] 陶然, 梁惠民, 冯敢生. Stanford B 型主动脉夹层腔内修复术后血管重塑分析[J]. 介入放射学杂志, 2016, 25(3):206-209.

[6] Mahmoud, Fawzy A. Thoracic endovascular repair in management of traumatic aortic dissection. A 10 years experience[J]. Journal of the Egyptian Society of Cardio-Thoracic Surgery, 2017, 25(2):91-99.

[7] 王国权, 翟水亭, 李天晓. Stanford B 型主动脉夹层腔内修复术后死亡原因分析[J]. 介入放射学杂志, 2015, 24(11):950-953.

[8] 薛瑞璐. 主动脉夹层 De-BaKey III 型腔内修复治疗 22 例临床研究[J]. 中国医药指南, 2016, 14(28):140-141.

[9] 刘艳杰, 王效增, 周铁楠. Stanford B 型主动脉夹层腔内修复术后近端内漏再次置入覆膜支架双丝技术应用 1 例[J]. 创伤与急危重病医学, 2017, 5(6):340-342.

[10] 任强. B 型主动脉夹层腔内修复后主动脉重构的方法和结果评价[J]. 现代诊断与治疗, 2015, 26(12):2764-2765.

[11] 常绘文, 张亚军, 宋建祥. 覆膜支架胸主动脉腔内修复术在外伤性主动脉夹层治疗中的应用[J]. 江苏医药, 2015, 41(20):2478-2479.

[12] Arora H, Kumar P A. Prophylactic Cerebrospinal Fluid Drainage for High-Risk Thoracic Endovascular Aortic Repair: Safe and Effective?[J]. Journal of Cardiothoracic & Vascular Anesthesia, 2018, 32(2):890-892.

[13] 刘姗姗, 杨萌萌, 郭莎莎. 强化护理对急性主动脉夹层腔内修复术的应用效果[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2015, 3(21):173-174.

[14] 边旭娜, 何细飞, BianXuna. Stanford B 型主动脉夹层腔内修复术后患者的延续性护理[J]. 现代临床护理, 2015, 14(11):26-29.