

关于神经外科各种引流管
的观察及护理版

神经外科引流管主要包括脑室引流管、蛛网膜下隙持续引流管、硬膜外引流管、瘤腔引流管、硬膜下引流管。





硬膜、蛛网膜、软膜解剖结构及脑脊液循环机制

- 硬膜：为一层坚韧纤维膜，由2层合在一起构成，在颅内硬膜与颅骨内面紧密相贴。包在脊髓外面的叫硬脊膜，通过枕骨大孔与硬脑膜相连。
- 蛛网膜：为1层很薄的半透明膜，位于硬膜深面，蛛网膜与深面的软膜之间有许多小梁呈蛛网状，为蛛网膜下隙，腔内充满脑脊液，此腔贯通脑和脊髓。在上矢状窦两旁蛛网膜形成许多突起突入到窦内，称蛛网膜颗粒，是脑脊液回流到静脉窦的最后通路。
- 软膜：紧贴在脑和脊髓表面的薄膜。
- 脑脊液循环：流动于脑室、中央管及蛛网膜下隙内的无色透明液体为脑脊液。



脑外科常见引流管

- 脑室引流管
- 蛛网膜下隙持续引流管
- 硬膜外引流管
- 瘤腔引流管



脑室引流：是颅脑术后常用的治疗措施之一，它不仅能迅速降低颅内压，排除脑室内积血，还可减少伤口脑脊液漏等。此外还可以用于治疗重症脑室出血、外伤性脑室内出血、高血压脑出血等。脑室引流是经颅骨钻孔穿刺侧脑室，放置引流管将脑脊液引流至体外。



脑室引流管主要目的：

- 抢救因脑脊液循环受阻所致的颅内高压应急状态
- 进行脑室系统检查，以明确诊断和方位
- 脑室内手术后安放引流管，引流血性脑脊液，减少脑膜刺激症状及蛛网膜粘连，术后早期还可以起到控制颅内压的作用
- 颅内感染的患者经脑室注药冲洗，消除颅内感染等
- 颅内肿瘤合并颅内高压症状患者，术前可行脑室引流术，以降低颅内压。防止开颅术中颅压骤然降低，而引发脑疝



脑室引流管留置的护理

- 严格无菌操作，防止感染
- 引流袋高度的调节
- 调节引流速度，控制脑脊液引流量
- 保持引流管的通畅
- 观察引流物性状





一、严格无菌操作，防止感染

每日定时倾倒引流液。准确记录引流量。
在倾倒引流液前后要对引流袋口进行严格消毒。更换引流袋及倾倒引流液时应夹闭引流管以免管内脑脊液逆流回脑室，禁止在引流管上穿刺以免造成污染。



二、引流袋高度

引流袋位置很重要，过高可引起排流不畅，起不到降低颅压的作用。过低可使引流过畅，造成颅内压过低，易引起脑室内出血等。引流管的开口需高出侧脑室平面(即外耳道水平)10~15 cm，以维持正常的颅内压。侧卧位时以正中矢状面为基线，高出15—18 cm。



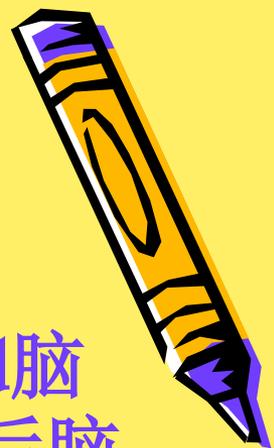
三、调节引流速度，控制脑脊液引流量

脑室引流早期要特别注意引流速度，切忌引流过快过多，若患者出现低颅压性头痛、恶心、呕吐，应抬高引流管位置或暂时夹闭引流管以控制引流量。脑脊液由脑室系统内脉络丛分泌，每天产生0~500ml脑脊液，因此引流量不应超过500/天。



四、观察引流物性状

正常脑脊液无色透明、无沉淀。术后1~2d脑脊液可略带血性，以后转为淡血性。如术后脑脊液中有大量鲜血，或术后血性脑脊液的颜色逐渐加深，并出现血压波动，则提示有脑室出血，出血量过多时应急诊手术止血。脑室引流不宜过久，一般不宜超过5~7d，过久易引起颅内感染，发生脑室炎。在发现脑脊液混浊，呈毛玻璃状或有絮状物，并且临床出现高热、呕吐、抽搐等症状时，应马上将脑脊液送检。



五、保持引流管的通畅

引流管不可受压、扭曲、打折。术后患者头部活动范围应适当限制，在给患者翻身、治疗及护理操作时，动作要轻柔缓慢，夹闭并妥善固定好引流管，避免牵拉引流管，防止引流管脱落及气体进入。如发现无脑脊液引流出时应查明原因。



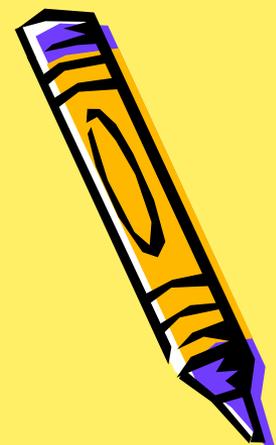
六、防止气颅

如引流过多过快，可造成颅压低。空气易从伤口及引流管吸入。如引流管有小气泡回吸现象，说明引流过快过多或者补液不足导致相对颅内低压，此时要立即夹闭引流管或抬高引流袋，补充适当的平衡液，使颅内压恢复。



七、拔管时注意事项

一般术后3~4 d，脑水肿期将过，颅内压已逐渐降低，应及早拔除引流管，最长不超过7 d。拔管前1 d，可试行夹闭引流管，以便了解脑脊液循环是否通畅，颅内压是否升高。拔管后观察患者生命体征、意识状态的变化，如出现头痛、呕吐等颅内压高症状，应及时通知医生，打开引流管。而拔除后应检查引流管末端有无折断，切口处有无脑脊液漏。



以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/905241232103012003>