

单穿刺道连续腰穿法应用2例

徐舒姚澄许辉周祺刘盛屹高觉赵卫忠

【关键词】腰椎穿刺术;连续穿刺;单穿刺道;效果

【文章编号】1009-153X(2017)11-0800-01 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 651

1 病例资料

例1:女,61岁,因突发右侧肢体偏瘫伴呕吐5 h入院。入院后体格检查:神志模糊,右侧上、下肢肌力0级,右侧巴氏征阳性。既往有高血压、糖尿病病史。入院后头部CT检查示左侧基底节区及左额叶脑出血,破入脑室,血肿量约36 ml。入院2.5 h行左颞及左额锥颅血肿穿刺引流术。术后右侧上、下肢肌力2~3级。术后3 d左侧基底节区残余血肿数毫升,左额叶亦仅残留少量血肿。术后7~10 d,行4次腰椎穿刺术引流血性脑脊液并生理盐水置换冲洗;颅内压从250 mmH₂O降至110 mmH₂O,脑脊液颜色自黄色变为桔黄色。

例2:女,80岁,因跌伤6 h入院。伤后有昏迷史,头痛头晕呕吐,逆行性遗忘。头部CT检查示双侧额叶脑挫裂伤及硬膜下薄层血肿,蛛网膜下腔出血,枕骨骨折。有腰椎手术史,腰椎两侧钢板固定。入院4 d后,头痛头晕恶心仍较重。入院19 d后头晕仍重,头痛夜间严重,白天稍轻。行3次腰椎穿刺术,颅内压在100~115 mmH₂O,脑脊液颜色自淡红色、红色再变为淡黄色。

2 讨论

腰椎穿刺术可能损伤马尾神经、神经根或血管丛;硬脊膜上的针孔也可能造成脑脊液渗漏并硬膜外积聚,或者刺激神经根,引起腰背痛或低颅内压性头痛;局部损伤刺激反射性肌痉挛,长时间固定体位可能引起肌肉韧带劳损。在实际操作中,由于技术以及局部解剖等原因,常不能穿一次就成功,需多次穿刺。反复多次穿刺损伤韧带及肌膜,引起局部组织损伤、肿胀及炎性因子刺激,刺伤神经及血管的概率加

大;硬脊膜上遗留多处针孔甚至硬脊膜撕裂,脑脊液外渗积聚;发生头痛及腰背痛等并发症的可能性增加。

我们使用单穿刺道连续腰穿法治疗2例,效果良好,且后续穿刺一次成功、操作时间短、微创、不需麻醉、无明显并发症。该技术已取得国家发明专利(专利号为ZL 201210134280.6)。单穿刺道连续腰穿法是指连续多次腰椎穿刺术仅一个穿刺道(包括皮肤单穿刺孔、软组织韧带单穿刺道及硬脊膜单穿刺孔),这是通过导丝介导来完成的。首次腰椎穿刺术结束拔针前针管内置入导丝,导丝前部3~5 cm置入脊髓蛛网膜下腔。拔针管,留置导丝于穿刺道。弯曲导丝后部,以无菌敷料固定于体表并严密覆盖。后续每次穿刺时,直接沿导丝置入穿刺针管后拔出导丝,即可进行引流等操作。操作结束,再次沿针管置入导丝,拔针管留置导丝。末次腰椎穿刺术后不再留置导丝。操作注意:每次穿刺体位一致,可使后续穿刺时导丝尽可能呈直线形态,故严格要求屈髋屈膝抱膝至最大限度,去枕或适当垫枕亦要求一致。后续腰椎穿刺术皆使用旧针,勿选用锋锐的新针。沿针管进导丝时,许进不许出,除非与针管一起拔出,防止割断导丝。拔针管时,应以另一手扶住导丝,以防带出。沿导丝进针管时,当细心体会手感,严禁带阻力粗暴操作,以防割断导丝。若有阻力,可尝试将针管稍退再旋转或调整体位至无阻力时再进针管。若阻力不能消除,则拔出导管导丝,以常规方法进行。严格防止污染。无菌敷料覆盖导丝要严密。导丝出体表转折处要垫起逐渐弯曲过渡,尽量防止折断。

此方法的优点:损伤小,后续穿刺可不用麻醉;后续穿刺只要操作得当,皆可一次成功;适用于难度大、局部解剖复杂或已经惧怕腰椎穿刺术的病人;穿刺间歇期导丝留置,脑脊液渗漏的可能性降低;遗留头痛及腰背痛的可能性减小。

此方法的不足:有导丝断裂遗留体内可能;导丝留置可能会有异物反应;有感染可能;敷料较厚,平卧位稍有不适。

(2016-05-30收稿,2016-07-02修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2017.11.026

作者单位:213002 江苏常州,南京中医药大学附属常州市中医院神经外科(徐舒、姚澄、许辉、周祺、刘盛屹、高觉、赵卫忠)