

## 布加氏综合征介入治疗的配合与护理

田惠琴 陈付勇

经皮球囊导管成形术治疗单纯膜状狭窄闭塞的布加氏综合征国内外已有报告,并取得了较好的临床效果。介入治疗下腔静脉节段性狭窄闭塞及合并肝静脉狭窄闭塞的布加氏综合征的技术难度大,介入治疗的配合与护理就显得非常重要,现将我院 1993 年初以来治疗的 12 例配合与护理工作报告如下。

### 临床资料

本组 12 例,主要介入操作技术包括下腔静脉肝静脉闭塞段穿通术,球囊扩张术及血管内支架置入术。本组 12 例,10 例下腔静脉节段性闭塞行穿通扩张术均成功,并根据病变长度置入 2×6cm 金属内支架 1~3 个不等,2 例节段性狭窄行 PTA 成功。行肝静脉 PTA 4 例,其中 3 例为肝静脉开口部膜状狭窄闭塞,1 例为节段性狭窄。

### 物品准备

手术专用物品有:7F 猪尾造影导管 2 根,动脉鞘管 2 套,8、12F 血管扩张管各 1 根,0.38 亲水导丝 1 根,180cm 超硬交换导丝一根,房间隔穿刺针一套,7F10mm、15mm、20mm 球囊导管各 1 根,12F 血管内支架输送器一套,直径 20mm 自展式金属内支架 1~2 个及测压连接管。以上物品需行甲醛薰蒸消毒,密闭 12 小时。利多卡因、泛影葡胺、肝素、地塞米松、尿激酶、生理盐水、葡萄糖注射液及抢救药品。另备生理监护仪、除颤器、吸引器、氧气以备急救。

### 护理配合

术中防止血栓形成,要保持导管内肝素化,每 5

~10 分钟向导管腔内冲注肝素盐水一次,每次 10ml 左右。盐水配制为每 500ml 加肝素 50mg。

行闭塞的下腔静脉肝静脉穿通术,球囊扩张术最易发生血管破裂损伤,这时应密切注意血压、心律、脉搏的变化,并随时向术者报告监测结果。对下腔静脉节段性狭窄的病人行球囊扩张时,由于下腔静脉血流完全被阻断,回心血减少,心率减慢,这时也应及时报告术者,把握好扩张时间。在操作中如病人突然出现胸痛、气急、发绀、呼吸困难、咯血应考虑是否有血栓脱落造成肺栓塞,这时应做好溶栓及急救准备。本组 12 例无严重并发症发生。

手术完毕拔出导管鞘及导管,立即以左手食指、中指压迫皮肤穿刺口靠近心端 1~2cm 处,并排出穿刺口处皮下积血,20 分钟后观察无出血即以宽胶布加压包扎。

术后 24 小时注意监测病人血压、脉搏、呼吸、体温,发现异常应及时查明原因做相应的处理。术后 3 天内应用抗生素以防感染。术后一周内应用抗凝药,肝素 25~50mg,每 4~6 小时静滴一次,以后改为口服阿司匹林,潘生丁三个月以防血栓形成。主张根据凝血酶原时间及活动度调整肝素剂量,以凝血酶原时间较术前延长 3 秒较为适宜。

嘱病人术后卧床 24 小时,穿刺部位沙袋压迫 6~8 小时,患侧肢体不可弯曲。8 小时后将加压包扎的宽胶布去掉,换窄胶布固定伤口部敷料,以免时间过久损伤皮肤。

因下腔静脉通畅后回心血量增加,输液速度不可过快,以免加重心脏负担发生心衰。

24 小时后下床活动,并逐步增加活动量防止血栓形成,但应避免过度劳累。