

血肿,特别是对动脉管径较细的肱动脉若第一针成功率低而多次穿刺方成功者,更易损伤血管引起的并发症。而改良法则可避免一些严重并发症的发生,因为改良法动作较轻柔,只穿透血管前壁,不损伤血管后壁,特别对较细的肱动脉更适合用改良法,其安全性远远高于非改良法,故应予提倡。

伴有动脉硬化恶性肿瘤病人的股动脉穿刺插管治疗体会

广东高州市人民医院 525200

吴祥成 蔡茂德 苏炳光

中老年患者大多有程度不同的动脉硬化,常累及股动脉、髂动脉、主动脉等大动脉,而影响动脉导管介入治疗,一般把严重动脉硬化列为动脉穿刺插管的禁忌症,但临床上很多中老年肿瘤患者需行动脉插管造影及局部注药化疗,插管治疗过程中可遇到严重动脉硬化,容易并发动脉粥样斑块脱落,造成血管栓塞,或血管内膜夹层损伤、血管破裂,出现严重后果。我院自 94 年 1 月开展肿瘤导管介入治疗以来,行股动脉穿刺插管 300 余例次,遇严重动脉硬化 9 例,其中髂动脉 7 例,腹主动脉 2 例,男 8 例,女 1 例,年龄最小 48 岁,最大 78 岁,平均 57.6 岁。行股动脉穿刺插管造影和局部注药化疗均成功,且无出现明显并发症,现将体会简述如下。

对 50 岁以上的肿瘤患者,应详细了解病人既往史,常规检查血脂、血糖、血压、心电图等,了解动脉硬化情况。估计动脉硬化严重者,应慎重考虑,周密计划,以防患于未然,决定行动脉插管治疗时,术前做好充分准备及相应处理,备好止血、溶栓等抢救药物。

对于严重动脉硬化患者,插管宜选用较细和柔软的导管,一般不大于 6.5F,并选用 J 形导引钢丝。操作时认真细致,技术熟练,动作轻巧,切勿粗暴,穿刺部位选取准确、合适,争取一次穿刺成功,成功后缓慢进入导丝导管,进入遇阻

力时,不可强行插入,应在 X 光透视下,稍退少许注入造影剂观察动脉情况,如动脉完全闭塞导丝通过无望时,应改对侧穿刺插管;如动脉虽狭窄、迂曲,但血流尚通畅,可先插入柔软的 J 形导丝,在导丝引导下,缓慢送入导管,因血管壁的弹性,导管进入时血管腔渐扩大而通过。要注意的是,操作时切忌进退时转动过猛,动作保持轻巧,同时整个过程要在 X 光透视下进行。我们遇到的 5 例右髂动脉及 2 例腹主动脉硬化狭窄、迂曲、2 例右髂动脉硬化闭塞而改左侧插管,左髂动脉仍狭窄迂曲,经用上述方法插管均成功,顺利完成血管造影及灌注化疗,无出现血管破裂及血管栓塞等并发症。

动脉硬化患者行动脉穿刺插管治疗术中术后并发症较多,常见的有动脉穿刺口出血、暂时性动脉痉挛、动脉切割、粥样斑块脱落栓塞、血管破裂出血等。严重者术中即可出现症状,较多者术后逐渐出现症状,需密切观察方可及时发现。如动脉破裂较小者,发生局部出血和血肿,引起局部不适症状;动脉粥样斑块脱落可致下肢动脉栓塞,出现栓塞以下疼痛、麻木、皮肤苍白甚至坏死。所以动脉硬化患者插管治疗后要严加观察,发现并发症及时处理。

我们遇到的 9 例严重动脉硬化患者,穿刺插管均成功,且无出现并发症,据我们体会,动脉硬化或较严重的动脉硬化,不是动脉插管治疗的绝对禁忌症,关键在于掌握熟练的操作技术、灵活的技巧,做到认真细致,小心谨慎,大多数有动脉硬化的肿瘤患者均可考虑行动脉穿刺插管局部治疗。但绝不可粗心大意,盲目操作,以免发生严重并发症。

自制股动脉穿刺压迫止血器及应用

江苏省荣军医院 214035 沈健

我院采用自制股动脉穿刺压迫止血器止血,简单且效果可靠,现介绍如下,以供参考。

材料及制作:1. 用厚 0.8~1mm 左右的软塑料膜剪成约 6×8cm 大小的两块,四边用电烙

铁烫封,在一角部固定一长约 5~8cm 并与之相通的废输液管,输液管口可用塞子封闭。2. 用棉布作一比压迫止血器稍大的口袋状保护巾,此巾用于装压迫止血器,保护巾的四角连有短绳,用于固定。3. 用报废血压计的打气球作充气器。

使用方法:1. 股动脉穿刺手术结束后,先用手指按压 10 分钟左右,放手后见无出血,贴创口贴。2. 把装有压迫止血器的保护巾贴在穿刺处,用绑带通过患者腰部及穿刺的腿部作“8”字包扎,结打在压迫止血器的上方。3. 打气球充气,充气后把装有压迫止血器的保护巾固定于绑带上。

注意事项:1. 充气时,一助手触摸足背动脉搏动,充气限度以不阻断股动脉血流为原则。2. 术后经常注意足背动脉搏动及末梢血供,以防肢体缺血坏死。3. 术后被穿刺的下肢处伸直位 8 小时,以防压迫止血器移动。

优点:1. 取材方便,制作简单,操作也较方便。2. 压迫止血效果好。由于压迫止血器直接压在股动脉穿刺部位且位置相对固定,因而压迫止血效果很好。

股动脉穿刺术后双气囊压迫止血法

南京市城建医院 210009 胡玉震

为了简化操作程序并提高止血的可靠性,我们研制了可以一次性使用的气囊式绷带、设计了双气囊压迫止血法,经临床试用效果满意。现介绍于下。

双气囊腹股沟绷带:用本白棉布一条(14×170cm),中间缝制一口袋(12×16cm),内装同规格气囊一个。再缝制一小口袋(8×16cm),将两端松弛地固定于大口袋下方,内装气囊(8×12cm)一个。绷带远心端连接胶布一块(10×14cm),以供包扎时粘接固定用。用仪表式血压计改装,将仪表与充气球侧连通,使用时与小气囊三通并联。另备普通充气球一个。与大气囊连通。

在拔管前先清洁穿刺点并复盖无菌敷料,然后用气囊式绷带绕腹股沟作 8 字形包扎固定之,小气囊置穿刺点上。先给小气囊充气至 6kPa 压强,再给大气囊充气加压,使小气囊内压力被动地升至该病员肱动脉收缩压水平。此时再缓缓拔出导管,维持上述压强 15 分钟以后即可徐徐放掉大气囊内气体,减压至 6kPa 压强,病人送返病床,绷带留置至八小时后撤除。

应用双气囊止血法处理的股动脉穿刺术后病例有 98 例次,其中男性 90 例次,女性 8 例次,年龄 29~72 岁,平均 58 岁。在此以前,用常规止血法处理的病例有 53 例次,其中男性 47 例次,女性 6 例次,年龄 26~68 岁,平均 56 岁。

止血效果:见附表

附表股动脉穿刺术后局部并发症发生率(发生例数/总例数)

止血方法	术后出血	血肿形成	局部紫癜	合计
传统止血法	1/53≈2%	1/53≈2%	4/53≈7.5%	11.3%
双气囊止血法	0	0	2/98≈2%	2%

本组病例中有 18 例先后用过两种不同止血处理方法,均自诉气囊法腰部绷带勒痛较轻,且体位制动不太严格,又无须砂袋压迫,故感觉较舒适。

向单个气囊内充气加压,其囊内压因受囊壁的限制,不可能大小不变地向囊外传递,而且其作用力的方法也是分散的,因此其囊内压的高低不能反映出施加到股动脉上的力的大小。而将小气囊置于大气囊与穿刺点之间,使其检测并参与两者之间的压力传递,这样的设计就符合了力学三要素(力的大小、方向和作用点)的要求,此时小气囊内的压强就近似于施加到股动脉上的压强。我们用这种方法测试了二十例病人的股动脉血压,均获得了与常规肱动脉测压法相吻合的数据。

在测试中还发现:小气囊内预充气的压强越高,则股动脉测压所得的读数也越高,当小气囊内预充气至 6kPa 时,股动脉测压值约高于肱动脉测压值 4kPa 左右,这正是我们所需要的误