

• 护理论坛 •

介入放射治疗中病人的护理

张彩珍 田巧莲 苏秀琴 孟祥文

介入放射学在国外始于 60 年代,国内始于 70 年代,大多是在 Seldinger 穿刺插管技术的基础上发展起来的,主要是经皮血管内导管治疗。目前其应用范围已发展到全身各系统,成为临床诊疗工作中不可缺少的手段。

介入放射的护理至今已有一定的常规,我院自 80 年代开展介入放射学工作以来,参考国内外有关资料并结合我院实际,初步拟定如下护理常规。

一、操作准备

术前首先向病人及家属陈述该项技术对疾病的诊疗意义及简要操作过程,并指出可能出现的并发症,以取得病人的配合,耐心解答病人提出的各种疑问,使病人建立足够的心理准备和信心,使介入治疗顺利实施。其次做好术前常规准备,如备皮、碘过敏试验及禁食 8~12 小时等。另外术前 3 天每日服阿司匹林 0.5~1.5g,主要用于预防减少动脉血栓,短暂性脑缺血及心肌梗死等。此外,每日服地高辛 0.01,主要用于减少阿霉素的毒副作用并保护心脏。对冠心病的病人还需在术前服消心痛 10mg。对精神紧张、情绪波动的病人可酌情给予镇静剂如安定等。对胰岛素依赖型糖尿病病人在操作前胰岛素剂量减少 5%。操作当天早晨,静脉给 5% 葡萄糖液 500ml,操作过程中继续静脉滴注 5% 葡萄糖液。操作当天禁用利尿剂,为使病人恢复凝血酶原时间,在操作前 5 天禁用华法令抗凝,如果需要,可经静脉给肝素维持抗凝状态,直至操作前 4 小时为止。对肾功能异常(血清肌酐高于 1.55mg/dl(130μmol/L)),脱水,糖尿病病人注射血管造影剂后,一般认为有增加肾功能衰竭的危险。应使用非离子型造影剂,到目前为止未显示能减少这种危险。大多数病人前一天晚上需接受静脉水化,如静脉水化过多,增加了病人肾中毒的危险。操作结束后立刻给甘露醇(250ml 盐水中加 25g 甘露醇)滴注 2 小时,随后测定血清肌酐水平。

一般病人在术前无需预防性使用抗生素,但器官和肿瘤栓塞前应使用抗生素,以防坏死物质继发

感染。另外,所有长期留置的经皮引流导管和内引流导管终将被感染,但感染可不扩散。临床上感染症状明显或免疫力差的患者,在经皮引流前需大量接受抗生素。

二、焦虑和疼痛的控制

止痛剂和止吐剂,一般不主张操作前常规给基础的药物,特别是对年长的病人,在镇静前应对实验室方面的生命指征做基本的评价,通过心电图,血清氧测定和记录血压的方法监护病人。

介入放射学的操作都在局麻下进行,目前大多使用利多卡因,其作用快,麻醉作用可持续 1~2 小时。根据观察大多数病人使用抗癌剂,术后伴有恶心、呕吐、在术中最好用恩丹西酮(4mg×2 支)或枢复宁(8mg~16mg)或用麻醉剂或止吐剂配用,在止痛方面安定已被广泛应用,时间较长,氯羟去甲安定是最好的遗忘剂,且有较长的镇静效果。术后有便秘症状出现时,可对症治疗。

三、危险并发症的处理

(一) 出血并发症 继发于维生素 K 缺乏或华法令治疗后的异常凝血酶原时间,可通过口服、皮下、肌肉或静脉注射维生素 K₃ 得到纠正。廓清凝血激酶时间的异常与肝素的输注有关。肝素的半衰期平均为 30~60 分钟。静脉注射鱼精蛋白可立刻中和肝素的作用,为了避免低血压应以 2mg/min 的速度缓慢注射。鱼精蛋白可有过敏反应,特别对胰岛素依赖型糖尿病病人,给药后应严密监视。

血小板有数量的异常,都可导致出血时间延长。对介入操作来说,血小板计数在 $100 \times 10^9/L$ 以上通常是理想的。低于 $50 \times 10^9/L$ 时需输注血小板,根据操作的性质,血小板的功能情况决定血小板的输注,输注只在操作前完成。目前阿司匹林广泛运用于血小板凝聚的抑制剂,此药可使出血时间延长 1~2 分钟,止血方面的任何异常可增强这种作用。使用阿司匹林后,血小板的功能恢复至少需 3~4 天。

(二) 心血管并发症 介入操作过程中可引起心动过缓,保守疗法(给氧、静脉输液,引导咳嗽等)可控制其发生。如发生胸痛、呼吸困难、低血压、头

晕或心律异常,应静脉给阿托品。有潜在冠心病的病人,介入或血管操作的压力都可能突然引起心绞痛,舌下含服硝酸甘油可缓解。

在操作前或操作中高血压常因焦虑、疼痛而加重,如病人的血压上升到 180mmHg(24kPa)或舒张压上升到 100mmHg(13.3kPa)以上时,应适当降压,口服心痛定 10mg 后,10~20 分钟可缓解。此外,肾动脉扩张术成功后可出现血管舒张性低血压,应严密监护。

(三) 发热反应 术后有的病人经常发生栓塞后吸收热,大约在 38°左右,为此可服中药。黄连解毒汤,犀角地黄汤。在持续低热不退的情况下,再服用白虎汤或服用解热止痛剂。

(四) 过敏和过敏反应 尽管应用了非离子型造影剂,但在介入放射学的实践中,造影物质是变态反应最常见的原因。对过敏反应的治疗应依据其反应类型,孤立的荨麻疹,如果无症状不需治疗。泛发性荨麻疹,血管神经病性水肿,支气管痉挛和喉痉挛等则需要紧急治疗。

四、操作后的护理

介入术后,穿刺部位应进行压迫止血,防止术后穿刺部位形成血肿,压迫穿刺点现改用袋装盐(1公斤)既方便,术后尚可使用。盐袋压迫不宜过长,一般 6 小时即可。在压迫过程中随时观察足背动脉搏动情况。如压迫时间过久,易引起股动脉栓塞及梗阻。另外要观察穿刺部位有无血肿及出血。

术后患肢需制动 24 小时。变换体位时避免患肢突然大幅活动,需用手按压局部。术后当日尽量用便器排便,必要时可留置导尿管。

术后尽量在一天内禁食,多饮水分及流质营养,一方面利尿,另一方面是止饥饿的好办法。

术后,常规给胃复安每日 2 次,每次 20mg 肌注。或恩丹西酮每日 4mg。

术后,应观察病情且定时测量体温、脉搏与血压,尤为双下肢温度,如足背动脉明显减弱甚至消失,或肢体麻木则多为动脉痉挛或异位血栓所致。应及时处理,此时肌注血管扩张药罂粟碱,且术后常规静滴低分子右旋糖酐,直到痉挛解除,足背动脉搏动良好为止。一般术后常规给抗生素 3 天。

·消息·

贵州省首届介入放射学年会暨经皮椎间盘摘除术学习班

贵州省首届介入放射学年会暨经皮椎间盘摘除术学习班,于 1999 年 4 月 25 日~28 日在贵阳医学院附属医院召开。到会代表共 60 余名,特邀了我国著名介入放射学专家、南京铁道医院附属医院放射科滕皋军教授到会讲学和手术表演。共进行包括神经、心血管、肿瘤及非肿瘤等介入专题学术讲座 11 个,手术演示 6 例。基本上反映了贵州介入放射学的发展现状和水平。并且展示了国内外最新介入放射学新产品及新设备,大会获得圆满成功。贵州省放射学会主任委员、贵阳医学院附属医院院长王小林和贵州省医学会秘书长梁固巩到会,并致了词,对为我省介入放射学发展作出过巨大贡献的刘子江教授、许绍雄教授、尚国燕教授给予了高度评价。省放射学会副主任委员王学建宣布贵州省放射学会介入放射学组成立,组长:周石,副组长:尚国燕、先正元、杨明放。学组决定今后将加强普及、推广和提高贵州省介入放射技术,每年举行介入放射学术活动 1~2 次。每两年举行省介入放射学学术交流会一次。

(宋杰)