

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巩固到会,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)