

停止。

TIPSS 术后患者有不同程度的并发症及异常症状出现, 但经对症治疗和精心细致的护理, 均能恢复良好, 康复出院。由此可见, TIPSS 术后精细的观察与护理是治疗成功的关键之一。

## 参 考 文 献

1. 单鸿等主编. 临床介入诊疗学. 广东科技出版社, 1997. 11.
2. 叶维法主编. 临床肝胆病学. 天津科学技术出版社.

(收稿日期: 1999 10 06)

## • 护理论坛 •

# 经皮锁骨下动脉导管药盒系统植入术的护理

许小丽 陈勇 鲁恩洁

经皮锁骨下动脉(SCA)导管药盒系统(PCS)植入术是在 X 线监视下经皮穿刺锁骨下动脉成功后, 将导管植入靶动脉, 并与锁骨下区皮下药盒连接<sup>[1,2]</sup>。较手术动脉内植入 PCS 具有操作简单、创伤小、并发症少、置管位置准确等优点。为长期规律性动脉内化疗灌注及碘油化疗乳剂栓塞治疗恶性肿瘤建立了良好途径。较一次性动脉插管灌注有治疗规律, 注药时间可控, 不用重复插管等优点。现将该术的护理作一介绍。

## 一、临床资料

胸、腹部及盆腔恶性肿瘤无手术切除指征患者 235 例, 其中肝癌 130 例, 肝转移瘤 58 例, 肺癌 18 例, 食管癌 10 例, 直肠癌术后复发 7 例, 子宫内膜癌 5 例, 宫颈癌 4 例, 小肠平滑肌肉瘤 3 例。男 181 例, 女 54 例; 年龄 18~72 岁, 平均 42 岁。

## 二、护理

(一) 心理护理 由于癌症患者无手术指征, 尤其是曾多次接受多种治疗而疗效欠佳者, 往往对新技术怀有疑虑。护理中我们对患者及家属耐心介绍此手术的治疗方法, 并和以往手术置入 PCS 和常规经股动脉一次性插管灌注等治疗方法比较, 说明其优缺点。详细介绍手术的必要性, 术中配合, 术后不适及可能出现的并发症。介绍治疗成功的病例, 使患者对此手术有一个感性认识, 增强对疾病治疗的信心, 从被动接受治疗变为积极主动配合。

(二) 术前准备 常规术前准备(指常规术前检查, 备皮, 药物过敏试验等), 术前 4h 禁食, 遵医嘱肌注镇静剂。

检查术中所需器材及药品、抢救用药等。

(三) 术中护理 严格无菌操作, 建立静脉通

道, 术前遵医嘱滴注康泉 3mg, 以防化疗药物引起的恶心、呕吐。因整个手术过程中患者处于清醒状态, 要经常询问患者有无不适, 严密观察生命体征变化。穿刺过程中如出现特殊不适, 如属正常应对患者解释(如刺中臂丛神经而出现上肢放电样感觉或麻木)。如属并发症(如刺破胸膜引起胸闷、咳嗽、呼吸困难等)则应报告医师, 及时处理<sup>[3]</sup>。

(四) 术后护理 术后患者卧床 6h, 常规抗生素治疗, 每 30min 测血压、脉搏 1 次, 观察敷料有无渗血、血肿, 置引流条者在 24h 后拔除。7~10d 拆线, 拆线后即可经 PCS 行规律性化疗或碘油乳剂化疗性栓塞。行栓塞时多在透视下进行。

(五) 药盒穿刺技术 要特别注意正确的药盒穿刺技术。常规局部皮肤消毒后, 左手固定药盒, 右手持专用药盒穿刺针或 6 号头皮针, 在药盒的中点垂直向下穿刺。刺中药盒硅胶膜时可明显感到阻力, 继续向下穿刺, 直达药盒硬底部为止。选用 5~10ml 肝素盐水试注入, 观察是否推注顺利, 局部有无肿胀。一切正常后方可注入化疗药物或药物碘油乳剂。注射完毕, 必须用肝素盐水 10ml 快速注入药盒内, 以冲洗残留药物。然后迅速拔针, 拔针时顶紧针栓, 以防动脉血进入留置导管内造成药盒导管阻塞。

## 参 考 文 献

1. 李彦豪, 罗鹏飞, 黄信华, 等. 经皮左锁骨下动脉导管药盒系统置入术. 中华放射学杂志, 1995, 29: 551-552.
2. Oi H, Kshimoto H, Matsushita M, et al. Percutaneous implantation of hepatic artery infusion reservoir by sonographically guided into subclavian artery puncture. AJR, 1996, 166: 821-822.
3. 陈勇, 李彦豪, 单鸿, 等. 经皮左锁骨下动脉导管药盒系统置入术的并发症及处理. 中华放射学杂志, 1997, 31: 540-542.

(收稿日期: 2000 01 20)

## 经皮冠状动脉支架置入术的护理体会

何光兰 张丽

经皮冠状动脉内支架置入术是目前治疗冠心病的有效方法之一。自 1998 年 1 月~1998 年 11 月我院共进行冠状动脉内支架置入 132 例,取得了较好效果。由于选择性冠状动脉内支架置入术是一种介入性治疗,容易引起各种并发症,故必须进行周密的术前、术中和术后护理,现将护理体会介绍如下。

### 一、临床资料

132 例中男 83 例,女 49 例,年龄 37~74 岁,平均(55±17)岁;合并高血压者 54 例;合并糖尿病患者 32 例;冠状动脉病变 A 级 78 例、B 级 43 例、C 级 11 例。共置入各种支架 186 个。

### 二、术前准备与护理

(一) 加强心理护理 因经皮冠状动脉内支架置入术在心脏介入治疗中难度较大,有一定的危险性,患者及家属对治疗都不甚了解,大多数存有疑虑和恐惧心理,心情紧张焦虑,而应激反应往往引起交感神经兴奋致血压升高、心率加快、心肌耗氧量增加,从而出现心绞痛、高血压、窦性心动过速等不良反应。为减轻患者的精神负担,护士必须向患者耐心细致地介绍这种治疗方法的优点、目的、操作中的感受和程序及术中、术后可能发生的问题,消除其顾虑,以取得密切配合。

(二) 患者准备 术前协助医师对患者进行各项检查;观察体温、脉搏、呼吸、血压、心率、心律变化;在双侧腹股沟区备皮,检查股动脉及足背动脉搏动情况,注意第 1 次股动脉穿刺部位有无明显血肿;做碘及青霉素过敏试验;为保证睡眠,晚上可酌情应用镇静剂。当日晨禁食,术前 0.5h 肌注安定 10mg,对精神过度紧张者可肌注杜冷丁 50mg。

(三) 准备并再次检查术中需用的诊疗器材 特别要注意准备抢救器材和药品。

### 三、术中监测及护理

#### (一) 建立有效静脉通路

(二) 注意观察并熟悉对造影剂过敏反应的处理 冠状动脉支架置入术中造影剂的应用是必不可

少的,部分患者即使术前碘过敏试验阴性,仍可发生过敏反应。主要表现为皮肤瘙痒、荨麻疹、休克等。因此,在治疗过程中应经常询问患者有无不适,密切观察病情变化和股动脉压力情况。工作中我们体会到当股动脉压力曲线较陡时,说明动脉张力减低,往往是休克的先兆,遇此情况应及时通知医生并静注地塞米松 10mg,肌注非那根 25mg,必要时皮下注射肾上腺素 0.5~1mg。

(三) 术中严密监测心电图、心率、心律及血压变化,发现异常立即通知医生及时处理。

1. 心律紊乱监测与处理。由于冠状动脉扩张时间较长,致远端心肌缺血可出现各种心律失常,常见为室性心律失常,多表现为室早或室速,当出现频发室速,室早时,可静注利多卡因 50~100mg,本组患者中有 1 例出现室颤经电除颤而转复。室颤的发生多见于前降支及回旋支动脉内支架置入术中,尤其是支架放入左前降支近中段时;而右冠状动脉支架置入则易发生窦缓、窦房或房室传导阻滞,故对此患者最好常规静脉注射阿托品 0.5~1mg。

2. 对心绞痛的观察和护理。心绞痛发作见于多支病变,需要置入两个或两个以上支架,且病变多在冠状动脉分支的开口和交叉部位,在球囊扩张处血管内膜撕裂或夹层形成而造成急性冠状动脉闭塞。另外,导管的刺激也可诱发冠状动脉痉挛,患者表现为大汗、烦躁,此时应立即吸氧,按医嘱肌注杜冷丁 50mg,严密观察心电图变化,如果静滴硝酸甘油不能缓解,应用冠状动脉灌注导管进行紧急处理<sup>[1]</sup>。

### 四、术后并发症预防和护理

严密观察病情变化及早发现有无感染、出血、栓塞等并发症,协助医生早期治疗。

(一) 预防感染 严格执行消毒隔离制度及无菌技术操作规程;术后保持敷料清洁干燥;谢绝探视,减少交叉感染机会;常规静滴青霉素或其他抗菌药物治疗 5d,注意体温及穿刺部位情况。每 4h 测体温 1 次,若有发热,伤口感染,可延长抗感染治疗时间。

(二) 栓塞 为预防血栓形成,术后动脉鞘管保