

留期间注意用肝素盐水每 2h 冲管 1 次<sup>[2]</sup>, 注意观察穿刺侧肢体足背动脉搏动及皮肤颜色和温度的变化, 发现异常及时报告医师, 术后嘱患者穿刺侧肢体不能过度弯曲, 并限制活动 48h。

(三) 出血 严密观察伤口局部有无渗血和出血, 注意皮肤粘膜及其它脏器有无出血倾向。术后 48h 后可在床上活动, 72h 后逐步下地活动也是减少出血的重要措施; 对女性及老年男性排尿困难者, 术后常规导尿, 以免因放置便盆肢体用力等因素导致穿刺部位出血和血肿。患者出院前做好服抗凝药知识的指导, 防止服药剂量不当引起大出血。

总之, 冠状动脉支架置入术是一项危险性较高的心脏介入技术, 因此, 要求导管室护士应具备丰富的临床经验, 扎实的心脏介入治疗与熟练的护理操作技术, 以便及时发现术中出现的并发症, 并作出正确处理。

参 考 文 献

1. 申海泉, 刘继英. 经皮冠状动脉腔内球囊扩张成形术的监测与护理. 医学影像学杂志, 1999, 9: 66.

2. 王惠珍, 刘宏华, 杨茜. 心血管内科介入性诊断、治疗及护理新进展. 实用护理杂志, 1998, 14: 456.

(收稿: 1999 10 20)

• 病例报道 •

内镜下取出输尿管内医源性异物一例

乔德林 郭大炜 洪家祥 赵玉隆 章宏靖

输尿管内医源性异物很罕见, 今采用非手术方法成功取出 1 例, 报道如下。

患者女性, 33 岁。因右肾结石伴积水, 右输尿管中上段结石伴扩张, 行右输尿管切开取石术, 术中放置双“J”形引流管 1 根, 一端置于肾盂内, 另一端暴露于膀胱内, 待创口痊愈后膀胱镜取出, 术后情况良好。在取留置导管时膀胱内未见

暴露的一端, 经 X 线造影及拍片证实, 双“J”型导管之远端已滑入输尿管内, 距膀胱入口约 2~ 3cm, 膀胱镜无法钳出。在膀胱镜引导下, 于右输尿管内缓缓插入心内膜活栓钳, 在 X 线电透监视下, 细心钳住导管远端, 稳妥地从膀胱内拉出体外, 使患者免除再次手术的痛苦及经济负担, 观察 3d 无不良反应及并发症, 予以出院。

(收稿日期: 1999-09-08)

作者单位: 200135 上海市浦东新区公利医院

• 病例报道 •

介入放射学手术意外并发症一例

赵洪全 刘建成 冯开梅

患者, 男, 28 岁。腰痛 1 年, 加重伴左下肢疼痛 1 个月。CT 检查: L5-S1 椎间盘后正中偏左脱出, 硬膜囊及脊神经受压, 诊断 L5-S1 椎间盘脱出, 拟行前路经腹椎间盘吸切术。

手术过程: 患者仰卧透视, 压迫下腹分离肠管, 局麻下经耻骨联合上 8cm 穿刺 L5-S1 椎间隙成功后, 逐步完成椎间盘吸切术。手术顺利, 患者安全回病房, 常规输液。

术后 2h, 患者双眼出现异物感, 逐渐加重, 疼痛难忍, 流泪, 畏光。查体: 体温、血压、脉搏正常, 双瞳孔直径 1.5mm,

眼球结膜充血、水肿。下腹部无压痛、反跳痛, 双下肢活动、肌力正常。未见其他药物过敏和出血体征。

回忆手术过程, 患者术前由另一名医师行胃肠准备, 在有 X 光机房静坐 30min, 此间机房内紫外线消毒灯一直开着。患者症状与手术本身无关, 系由于紫外线损伤引起的“电光性眼炎”, 该病多于接触紫外线后 6~ 8h 出现上述症状和体征。经用 1% 利多卡因滴眼, 闭目休息, 第 2 天症状消失, 术后随访 4 个月, 患者一切正常。

(收稿日期: 1999-10-06)

作者单位: 265200 山东省莱阳市卫生学校