

髂股静脉支架成形术围手术期护理

蔡莉莉 王利丽

2000 年 11 月 ~ 2002 年 3 月, 我科采用微创腔内疗法治疗慢性下肢髂股段深静脉血栓形成 (DVT), 取得了较好的临床效果。

临床资料

本组共治疗髂股段 DVT 27 例, 其中男 25 例, 女 2 例, 年龄 31 ~ 65 岁。单侧肢体疾患 26 例, 双侧 (骑跨栓) 1 例, 病史 20d ~ 5 年, 平均 2.4 个月。经过临床病史、体征、彩超及下肢深静脉造影检查结果作出临床诊断, 在全麻下于 DSA 室行腔内球囊扩张, 内支架置入成形术。术中显示髂股段大量血栓, 伴有大量侧支循环形成。术后即刻造影显示髂股静脉通畅, 侧支循环消失^[1]。

护 理

深静脉血栓形成的因素为: 血管内膜损伤、血流缓慢和血液黏滞度升高^[2]。因此围手术期护理都是围绕着减少这三项因素进行。

一、术前护理

① 体位: 入院后即要求患肢抬高于心脏 20 ~ 30cm, 促进静脉回流, 尽量减轻肿胀程度, 避免膝下垫枕, 以防止腓肠神经受压影响回流。卧床休息时间指导患者进行踝关节活动, 多做背曲、跖曲及环形运动, 主动使小腿腓肠肌收缩, 发挥肌肉泵的促静脉回流作用。尽量减少下地活动时间, 避免长时间坐与站立。② 饮食: 以清淡饮食为主, 避免进食高脂食物, 以免加重血液黏滞度, 适当进食粗纤维食物, 保持大便通畅, 避免出现腹内压增加。鼓励多饮水, 有助于改善血液高凝状态。③ 患肢保护: 多数患者肢体肿胀明显, 由于回流受阻而致肢体营养障碍, 患肢皮肤颜色变黑, 指导并帮助患者用温水洗脚, 着宽松衣服以避免静脉回流受阻, 注意患肢保暖。④ 下肢静脉保护: 由于肿胀明显, 多数患者足背静脉明显露, 尽量减少进行足背静脉穿刺, 同时, 由于手术时可能用及大隐静脉, 尽量避免通过下肢静脉给药。

二、术后护理

(一) 常规护理 全麻清醒前应去枕平卧位, 头偏向一侧, 禁食水。全麻清醒后可垫枕头。下肢抬高, 高于心脏 20 ~ 30cm, 促进静脉血液回流, 减轻肿胀。全麻清醒后第 2 天可进普通饮食。由于手术过程中需用大量的造影剂, 在患者可进食后鼓励患者多饮水, 促进造影剂的排泄及减轻血液的黏滞度。

(二) 患肢的护理 对患肢进行挤压是手术成功的后续保证。术后即刻造影显示支架置入术后血管通畅, 患肢侧支循环大量减少。支架植入过程中不可避免造成内膜损伤, 支架对于人体为一异物, 可刺激外源性凝血功能, 容易支架内血栓形成。同时术后患者卧床, 血流缓慢, 也是血栓形成的一个危险因素。术后 3d 内必须对患肢进行挤压, 促进静脉的充分和迅速回流, 加快血流速度, 防止放置支架处血小板聚积以预防血栓形成。挤压方法有 2 种: ① 手工挤压: 从脚踝处开始向大腿方向以一定的力量进行挤压, 小腿腓肠肌处及大腿内收肌群最为重要, 挤压应有节奏地进行, 挤压间歇让患者用力做踝关节的伸曲运动, 保证腓肠肌泵的泵血作用, 以保证血流速度; ② 循环压力驱动治疗仪 (IPC): 将袖套套于患肢, 设定时间, 一般充气时间 20s, 放气时间 20s, 每小时间隔停止 15min, 效果优于手工挤压。术后即刻、术后当晚、术后每天测量患侧、健侧周径, 进行对比。本组 27 例患者中, 术后第 1 天患肢膝上 15cm 处周径较术前缩小 (4.2 ± 2.5)cm, 第 14 天缩小 (7.0 ± 3.0)cm, 膝下 15cm 处术后第 1 天周径较术前缩小 (3.2 ± 1.8)cm, 第 14 天缩小 (5.1 ± 2.2)cm, 取得了良好的效果。

(三) 抗凝溶栓的护理 为预防血栓再次形成, 术后常规采用全身肝素化抗凝。初期每天给予低分子右旋糖酐注射液和肝素持续 3 ~ 5d, 之后改皮下注射低分子肝素, 而后口服华法令和肠溶阿司匹林, 每天抽血查 PT 值, 保证比正常值延长 1.5 ~ 2.5 倍。由于抗凝溶栓的必要性, 患者有出血倾向。应严密观察皮肤黏膜有无出血倾向。由于手术采用切开股静脉, 术后腹股沟伤口处给予沙袋压迫, 密切观察伤口情况, 有渗血时及时更换敷料, 防止感染。若

有血肿形成 给予频谱照射治疗 促进血肿吸收。任何治疗动作应轻柔 防止碰伤撞伤引起皮下瘀斑 注射结束后按压 5min 以上 防止皮下出血。静脉穿刺时选择大静脉 尽量保证一次性穿刺成功。此外 本组病例均为选择静脉留置针 妥善护理直至停止静脉溶栓抗凝药后拔除 无皮下瘀血的情况出现。

(四) 术后并发症肺栓塞的观察和护理 通常认为 髂股静脉血栓时 尤其在溶栓、取栓时 有血栓脱落导致 PE 的可能性。PE 表现为 : 气急、胸痛、紫绀、休克、昏厥等症状。大块血栓引起的 PE 都是突发性的 多于数分钟后死亡^[3]。术后应常规给予吸氧、行心电监护 注意观察生命体征及神志变化 重点是呼吸频率、节律、血氧饱和度。术后当天每小时观察记录 1 次 病情平稳后第 2 天每 2 小时观察记录 1 次 保持无创血氧饱和度在 95% 以上。若有气急、胸痛的表现 立即加大氧流量 给予脱水、利尿、

激素治疗 紧急给予呼吸机呼气末正压通气辅助呼吸支持 以改善呼吸 保证肺内气体交换 保证机体氧供。

总之 腔内支架置入术治疗慢性髂骨段 DVT 是一种新疗法 可获得立竿见影的临床效果 而术后初期对患肢的挤压、行抗凝治疗是巩固疗效的关键步骤。对于挤压的最佳程度、时间及最适合的抗凝时间仍需进行进一步的研究 以获得更科学的数据。

参 考 文 献

- 1 景在平 赵珺 等. 腔内支架置入术治疗下肢深静脉血栓的初步临床研究. 外科理论与实践 2001 6 292.
- 2 董国祥. 静脉血栓形成. 见段志泉 张强 编, 实用血管外科学. 沈阳 辽宁科学技术出版社, 1999 543-553.
- 3 王兵. 肺动脉栓塞的防治进展. 国外医学, 心血管疾病分册, 2001 28 81.

(收稿日期 2002-0-)

· 护 理 论 坛 ·

胸主动脉瘤腔内隔绝术与传统手术的护理特点比较

蔡莉莉 王利丽 张伟英

胸主动脉夹层动脉瘤腔内隔绝术是近年来血管外科治疗的重大进展 我院 1999 年 9 月 ~ 2001 年 12 月共完成胸主动脉夹层动脉瘤腔内隔绝术 80 例 完成传统的开胸行人工血管置换术 26 例。本研究以同期进行的两种手术方式进行对比 借此探讨腔内隔绝术的护理特点。

资料和方法

一、临床资料

1999 年 9 月 ~ 2001 年 12 月共行胸主动脉瘤手术 106 例 其中传统人工血管置换术 26 例 男 16 例 女 10 例 年龄 (37 ± 10) 岁 腔内隔绝术 80 例 男 54 例 女 26 例 年龄 (45 ± 9) 岁。

二、术后护理

传统手术组患者采用气管插管全麻 术后均进入 ICU 病房监护。传统手术所有患者继续用呼吸

机支持呼吸 行桡动脉有创血压监测和中心静脉压 (CVP) 监测 计算 24h 出入液量 所有患者均留置胃管、导尿管、胸腔引流管 术后呼吸稳定后拔除气管插管 循环稳定后转入普通病房 患者下床时间在拔除胸腔引流管后。腔内隔绝术组患者采用气管插管全麻 术后 50 例进入 ICU 监护 有 24 例带着气管插管回 ICU 监护病房 麻醉清醒后立即予以拔除 26 例在手术完成后立即拔除气管插管 ICU 监护时进行桡动脉有创血压监测和 CVP 监测 30 例患者术后拔除气管插管后直接转入普通病房 行 CVP 监测和无创血压监测 所有患者在手术前均留置胃管、导尿管 手术完成后立即拔除胃管 所有患者均计算 24h 出入液量 患者在术后 1 ~ 2d 即自行下床活动。

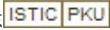
三、护理量指标

记录两组 ICU 滞留时间、各种管道留置时间 (气管插管、胃管、导尿管、胸腔引流管) 卧床时间及术后住院时间。

四、统计学处理

两组间比较采用非配对资料 t 检验 P < 0.05

髂股静脉支架成形术围手术期护理

作者: [蔡莉莉](#), [王利丽](#)
作者单位: [200433, 上海, 第二军医大学长海医院血外科暨全军血管外科研究所](#)
刊名: [介入放射学杂志](#) 
英文刊名: [JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)
年, 卷(期): 2003, 12(1)
被引用次数: 2次

参考文献(3条)

1. [景在平, 赵珺](#) [腔内支架置入术治疗下肢深静脉血栓的初步临床研究](#)[期刊论文]-[外科理论与实践](#) 2001(05)
2. [董国祥](#) [静脉血栓形成](#) 1999
3. [王兵](#) [肺动脉栓塞的防治进展](#)[期刊论文]-[国外医学\(心血管疾病分册\)](#) 2001

引证文献(2条)

1. [于元芬](#) [支架成形术治疗颈椎动脉狭窄围手术期护理](#)[期刊论文]-[护士进修杂志](#) 2007(9)
2. [赵继明, 董洒芹, 赵虹](#) [血管内支架置入术治疗颅内动脉狭窄病人的护理](#)[期刊论文]-[护理学杂志](#) 2004(20)

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200301022.aspx

授权使用: 西安交通大学(xajtdx), 授权号: 8e428261-c9c8-4e52-ad5c-9e4100d55409

下载时间: 2010年12月3日