

· 护理论坛 ·

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 , 以防止腘静脉受压影响回流。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、行心电图监护,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

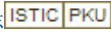
机支持呼吸,行桡动脉有创血压监测和中心静脉压(CVP)监测,计算 24h 出入液量;所有患者均留置胃管、导尿管、胸腔引流管,术后呼吸稳定后拔除气管插管,循环稳定后转入普通病房,患者下床时间在拔除胸腔引流管后。腔内隔绝术组患者采用气管插管全麻,术后 50 例进入 ICU 监护,有 24 例带着气管插管回 ICU 监护病房,麻醉清醒后立即予以拔除,26 例在手术完成后立即拔除气管插管;ICU 监护时进行桡动脉有创血压监测和 CVP 监测;30 例患者术后拔除气管插管后直接转入普通病房,行 CVP 监测和无创血压监测;所有患者在手术前均留置胃管、导尿管,手术完成后立即拔除胃管;所有患者均计算 24h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

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, 董泗芹, 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