

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

为差异有显著性。

结 果

一、护理量指标(见表 1)

表 1 护理量指标 (天)

项 目	传统手术组 (n = 26)	腔内隔绝术组 (n = 80)
ICU 监护时间	3.7 ± 3.1	0.95 ± 0.8★
有创血压监测时间	3.9 ± 1.6	1.1 ± 0.7★
呼吸机支持时间	4.1 ± 1.3	0★
胃肠减压时间	0.8 ± 0.4	0★
留置尿管时间	1.5 ± 0.7	0.3 ± 0.15★
留置胸管时间	3.6 ± 1.1	0★
卧床时间	3.4 ± 1.5	1.5 ± 0.5★
术后住院天数	18.5 ± 4.5	14.4 ± 5.9★

与传统手术组比较,★*P* < 0.05

二、并发症

腔内隔绝术和传统手术组术后均有一定并发症,但腔内隔绝术组并发症率 10%(8/80),明显低于传统手术组 30.8%(8/26),*P* < 0.05。

以上指标表明,腔内隔绝术后各项观察指标都大大小于传统手术组。各种管道的留置时间也大大减小,一方面减少了由于管道的存在而可能引起感染的危险,从而预防性地减少了潜在的护理工作量;另一方面也减少了由于管道存在而必须进行的高强度的体力性质的护理工作量;术后卧床时间的减少,使患者能尽早地独立进行自理,也减少了护理工作量;术后住院时间的缩短,也有利于护理人员更好地对患者进行心理护理,保证护理工作的良好进行,保证患者的满意度。

讨 论

传统的胸主动脉瘤是在全麻下开胸,手术创伤大,时间长,术中可能大量输血,术后要求心脏复温起跳,防止心律失常,静脉输液并进入 ICU 病房监

护,术后恢复时间长,并发症多,病死率高,护理任务繁重,强度大,临床护理工作的时间大多数都集中在体力性护理工作上如进行各种管道的护理、卧床患者各项生活护理等,有限的时间里只能完成一般性的疾病护理。

腔内隔绝术手术时只需经股动脉切开或穿刺,将导管-人造血管-内支撑复合物经夹层动脉瘤真腔导入,释放后记忆合金在 37℃ 下撑开人造血管,完全封闭内膜破口,使主动脉血流不再进入夹层假腔而只能进入人工血管流入夹层远端真腔而达到治疗目的^[1]。该手术创伤小,失血少,不进入胸腔,不需阻断升主动脉,不需进行体外低温循环,对机体创伤小,因此对呼吸、循环等各系统的影响较小,术后恢复时间明显缩短^[2]。多数患者当日即恢复饮食,次日即可下床活动,生活可以自理,不仅促进了机体各方面的恢复,而且大大减少了护理劳动量,减轻了护理强度,使护理人员从繁重的体力护理中解脱出来,将更多的时间用于观察患者的疾病演变和身心情况,优化了临床护理工作模式。

腔内隔绝术还是一项新兴手术,由于手术器具为国外进口,价格较为昂贵,因此住院患者有一定的思想负担和经济负担,我们应在工作中对患者进行宣教工作,多进行交流,了解患者的思想状况,及时的心理疏导,保证工作的进行。同时,由于开展时间不长,护理上还有许多需要进一步提高的方面,不能因为手术创伤小、并发症少、护理任务轻而放松警惕,应将减少的体力劳动时间用于观察、思考和研究,及时发现问题、解决问题,以建立一套完善的围手术期护理模式,提高护理水平。

参 考 文 献

1 景在平,包俊敏,周颖奇,等.腔内隔绝术治疗胸主动脉夹层动脉瘤.第二军医大学学报,1999,20:828-830.
2 Svensson LG, Crawford ES. Cardiovascular and vascular disease of the aorta. W. B. Saunders Company. 1997:42.

(收稿日期 2002-11-17)

胸主动脉瘤腔内隔绝术与传统手术的护理特点比较

作者：[蔡莉莉](#)，[王利丽](#)，[张伟英](#)
作者单位：[200433, 上海, 第二军医大学长海医院血管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：1次

参考文献(2条)

1. [景在平](#). [包俊敏](#). [周颖奇](#) [腔内隔绝术治疗胸主动脉夹层动脉瘤](#) [期刊论文]-[第二军医大学学报](#) 1999(11)
2. [Svensson LG](#). [Crawford ES](#) [Cardiovascular and vascular disease of the aorta](#) 1997

引证文献(1条)

1. [仲继红](#) [胸主动脉夹层动脉瘤行腔内隔绝术的护理](#) [期刊论文]-[医学研究生学报](#) 2006(6)

本文链接：http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200301023.aspx

授权使用：西安交通大学(xajtdx)，授权号：22f40aba-87a7-42ab-8339-9e4100d5471c

下载时间：2010年12月3日