

• 护理论坛 Nursing window •

介入治疗阴茎动静脉瘘致阴茎异常勃起二例的护理体会

彭金霞, 刘 萍, 贾洪涛

【摘要】 目的 探讨介入治疗阴茎动静脉瘘致阴茎异常勃起围术期的护理措施,以减少手术并发症,促进康复。**方法** 对 2 例介入治疗阴茎动静脉瘘致阴茎异常勃起患者实施术前心理护理、术前常规检查、护患沟通、手术方法准备、皮肤准备和术后体位护理、阴茎勃起观察、生命体征观察、术后心理护理及出院指导。**结果** 2 例术后均未发生并发症,痊愈出院,出院后 3 个月随访阴茎勃起正常。**结论** 阴茎动静脉瘘致阴茎异常勃起行介入治疗安全可靠,围术期实施有效的护理措施,可提高介入手术成功率,预防并发症。

【关键词】 介入治疗; 阴茎; 动静脉瘘; 阴茎异常勃起; 护理

中图分类号:R697.1 文献标志码:A 文章编号:1008-794X(2010)-07-0580-03

Interventional therapy for priapism caused by arteriovenous fistula of penis: the nursing experience in two patients PENG jin-xia, LIU Ping, JIA Hong-tao. Department of Plastic Surgery, the Affiliated People's Hospital, Yunyang Medical College, Shiyan, Hubei Province 442000, China

Corresponding author: JIA Hong-tao

【Abstract】 Objective To discuss the perioperative nursing measures for interventional treatment of priapism caused by arteriovenous fistula of penis in order to reduce the operation-related complications and to promote rehabilitation. **Methods** A series of nursing steps were carried out in 2 patients who suffered from priapism caused by arteriovenous fistula of penis and received interventional therapy. The nursing measures included preoperative psychological nursing, routine preoperative examinations, promotion of friendly relations between nurse and patient, preparation for the operation method, the preparation of skin, postoperative nursing of patient's position, observation of penis erection and vital signs, postoperative psychological nursing, and the health guidance at the time of discharge. **Results** After the interventional therapy two patients were successfully cured at the time of discharge. No complications related to the operation occurred. Three months after the operation the erect function of the penis remained normal. **Conclusion** The interventional therapy is a safe and reliable technique for priapism caused by arteriovenous fistula of penis. The proper and effective perioperative and postoperative nursing measures can surely improve the successful rate of interventional treatment as well as prevent the occurrence of complications. (J Intervent Radiol, 2010, 19: 580-582)

【Key words】 interventional therapy; penis; arteriovenous fistula; priapism; nursing

阴茎异常勃起(priapism)是指与性欲无关的阴茎持续勃起状态,阴茎持续勃起超过 6 h 属于异常勃起,严重影响人类健康及生活质量。外伤性血管损伤引起阴茎动静脉瘘致阴茎持续勃起,属于其中之一。介入栓塞技术是目前临床常用的治疗动静脉瘘的非手术方法,并发症少,效果明显^[1]。我科于 2008 年收治 2 例外伤性血管损伤引起阴茎动静脉瘘致阴茎持续勃起患者,经医护人员精心治疗及护

理,患者康复出院。现报道如下。

1 临床资料

本组 2 例患者,年龄为 15 和 19 岁;未婚。均因外力损伤会阴部入院。伤后均感会阴部、阴茎根部疼痛,排尿时有尿道内疼痛,未见肉眼血尿,阴茎呈持续勃起状态。体检:阴囊轻度肿胀,中缝及会阴部区域见皮下瘀斑;尿道外口未见血迹及脓性分泌物,双侧睾丸、附睾及精索对称,无压痛及结节;阴茎大小约 12 cm ~ 11 cm × 4.0 cm ~ 4.5 cm,呈勃起状态,与脊柱夹角约 35° ~ 38°,龟头轻度肿胀,阴茎

作者单位:442000 湖北省十堰 湖北医药学院附属人民医院
整形外科

通信作者:贾洪涛

皮肤无暗紫色改变。阴茎彩超提示阴茎根部见 $2.5\text{ cm} \times 1.4\text{ cm}$ 囊实性包块,界限清楚,内呈五彩动静脉血流信号;阴茎动静脉超声血流图提示:阴茎静脉血流速达 25 cm/s 以上;螺旋 CT 阴茎血管造影结果:阴茎动静脉瘘。

2 手术方法

右腹股沟区局部麻醉成功后,采用 Seldinger 法经皮右股动脉穿刺置管顺利,经导管鞘在导丝引导下将 5 F 导管超选择置于双侧阴茎动脉行 DSA,于 X 线透视监视下将数枚直径 $1 \sim 2\text{ mm}$ 吸收性明胶海绵小条及颗粒经导管注入左阴部内动脉,见对比剂流速明显变缓后停止注射,栓塞后将导管口置于腹主动脉腰 3 椎体水平处行 DSA,同法行右阴部内动脉明胶海绵颗粒栓塞。

3 护理

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理 本组病例均为男性未婚青年,损伤部位特殊,患者及其父母表现均异常忧郁、焦虑。患者入院时,我们既注重隐私保护,兼顾患者的焦虑情绪,将患者安置于单人房间,创造安静、无刺激的环境。科主任、护士长、主治医师、护士主动热情的向他们进行自我介绍,从而消除患者对医院环境的陌生感,为后来良好的医患沟通,治疗性联系打下了良好基础。在沟通过程中,真诚、耐心倾听患者的诉说、认真、正确地回答患者及家属提出的疑问,协助医师向家属详细说明目前病情和介入治疗的目的及可能发生的意外和并发症,以获得充分理解和配合^[2]。

3.1.2 术前检查及实验室检查 术前常规作血常规、出凝血功能、肝功能、心电图、胸片等检查,无异常结果;阴茎动静脉超声血流图检查、夜间阴茎肿胀试验(NPT)检查。

3.1.3 充分做好术前谈话 因本组病例为未婚青年男性,男子自尊、家属的传宗接代,这些观念,使他们异常担忧治疗效果。因此,除本科室医护讲解外,术前 1 d 介入科医师对患者进行会诊、沟通以取得介入术中的配合,告知介入术的风险性,详细的与患者、家属讲解手术方法,麻醉方式,直到患者、家属认同、理解、配合。

3.1.4 皮肤准备 上平脐,左右至腋中线,下至大腿下三分一处,中间包括会阴,剃除阴毛,术前 1 d 晚洗澡更换清洁衣裤。

3.2 术中护理

3.2.1 给予心电监测、吸氧,保持输液管道通畅;准备好抢救物品,以防万一。

3.2.2 严密观察生命体征变化,随时询问和倾听患者的主诉,出现异常及时通知医师采取措施。

3.2.3 根据阴茎疲软状况、持续时间,配合医师密切观察术中阴茎异常血管栓塞情况,及时、准确停止栓塞材料的注射,完成手术。

3.2.4 密切观察患者疼痛反应,防止因疼痛患者体位移动而影响介入治疗。

3.2.5 介入治疗 DSA 监视下,把导管插入股动脉 L3 椎水平,释放栓塞材料堵塞异常血管。由于在血管神经系统操作,所以术中要配合医师不断与患者交谈,嘱其回答简单问题,观察肢体活动,判断语言,感觉与运动功能。为防止术中血栓形成,造成正常血管栓塞导致发生意外,要提醒操作者每次向导管内注药或盐水时应先回抽,以防微小栓子进入正常血管。要保持导管内肝素化,每 5 分钟向导管内注入 $5 \sim 10\text{ ml}$ 肝素盐水(以 500 ml 生理盐水加 1250 u 肝素钠配成。同时导管鞘内应以同一浓度肝素盐水持续滴注。2 例患者行栓塞治疗后造影,畸形血管消失,症状逐步缓解,效果满意。手术完毕拔出导管及导管鞘,即以食指及中指压迫止血,如穿刺部位肿胀,应适当挤压排出皮下积血,观察无渗血,并用绷带加压包扎。

3.3 术后护理

3.3.1 穿刺侧肢体的护理 术后限制患者活动,卧床休息,穿刺侧肢体平伸制动 24 h ;拔除导管后立即压迫止血 $20 \sim 30\text{ min}$,确定无活动性出血后用多层纱布加压包扎(可触到足背动脉搏动为宜)^[3],用 1 kg 沙袋持续加压 8 h ;每 $30 \sim 60\text{ min}$ 巡视病房一次,观察穿刺点有无出血及血肿形成,敷料有无移位;观察下肢温度、皮肤颜色、足背动脉搏动,足背动脉搏动每 30 分钟监测 1 次,连续 8 次,待血压、脉搏平稳后改为 4 h 测量 1 次^[4]。本组 1 例术后 4 h 因穿刺侧肢体压迫不当引起穿刺部位伤口渗血,经更换伤口敷料、重新加压包扎、局部 1 kg 盐袋持续压迫 8 h 后未见渗血。

3.3.2 阴茎勃起观察 通过 NPT 了解阴茎勃起程度及持续时间;性刺激勃起借助视觉、触觉、手淫的方法刺激患者,而后观察阴茎勃起情况;正常男性在有性欲和持续性刺激或性行为时阴茎能持续勃起数分钟甚至长达 1 h ,在射精后很快即疲软,如没有射精,也会在 1 h 内疲软,这是人体的一种自我保

护机制,如果阴茎持续勃起 1 h 以上持续不软,或者伴有疼痛感,应立即报告医师。

3.3.3 生命体征的观察 本组 2 例均为局麻手术,但考虑到介入手术的特殊性,故监测生命体征又与普通外科局麻术有区别。术后测每小时测呼吸脉搏和血压,连续 6 次无异常后,次日起改每日 4 次,连续观察 3 d。

3.3.4 术后心理护理 术后患者、家属尤其担心手术效果,并且伤口疼痛,因此顾虑、担忧依然存在,加强术后心理护理更加必要。多关心、多巡视,多予安慰体贴,解除患者的思想顾虑,促进早日康复。

4 出院指导

指导患者术后 3 个月内禁房事,预防阴茎、会

阴部位外伤受损,如有不适立即来院就诊;建立医患联系卡,术后 1、3、6 个月复查 NPT、阴茎动静脉超声血流图、螺旋 CT 阴茎血管造影并记录,便于跟踪治疗;保持外阴清洁,预防上行感染。

[参考文献]

- [1] 李宗雨,徐力杨,张永田,等. 肢体动静脉畸形的介入放射学诊断与治疗[J]. 中华放射学杂志, 1998, 32: 555.
- [2] 陈 艳,林碧娥. 介入治疗骨盆骨折伴大出血 9 例护理体会[J]. 福建医药杂志, 2008, 30: 156.
- [3] 李 敏,蔡毅燕. 介入治疗子宫肌瘤病人的护理[J]. 护理研究, 2008, 22: 998 - 999.

(收稿日期:2009-11-30)

·病例报告 Case report·

经皮导管球囊成形术治疗先天性主动脉瓣狭窄一例

潘 欣, 方唯一, 吴卫华, 王 承, 陆 静

【关键词】 主动脉瓣狭窄; 瓣膜成形术; 球囊

中图分类号:R541.1 文献标志码:D 文章编号:1008-794X(2010)-07-0582-02

Percutaneous balloon aortic valvuloplasty for the treatment of congenital aortic valve stenosis: report of one case PAN Xin, FANG Wei-yi, WU Wei-hua, WANG Cheng, LU Jing. Department of Cardiology, the Affiliated Chest Hospital, School of Medicine, Shanghai Jiaotong University, Shanghai 200030, China (J Intervent Radiol, 2010, 19: 582-583)

Corresponding author: PAN Xin

【Key words】 balloon aortic valvuloplasty; congenital aortic valve stenosis

患者女,17岁。因“自幼体检发现心脏杂音,剧烈活动后气促2年”于2009年4月入院。该患者幼时曾在当地心脏中心就诊,诊断为先天性主动脉瓣重度狭窄,由于症状不明显,一直予随访,平时基本不参加大运动量体育活动。近2年来感觉剧烈活动如登高楼后有气促感而入我院,病程中否认心悸、胸痛、黑朦、晕厥等症。住院体检:体重59 kg,经皮SaO₂ 100%,血压100/60 mmHg。心律齐,颈动脉搏动滞后,主动脉瓣听诊区可及收缩期3级杂音,呈喷射性,向颈部传导。心电图示窦性心律。X线胸片示心胸比率小于0.5。经胸超声心动图:左室收缩末内径和舒张末内径分别为20 mm和39 mm,主动脉根部内径23 mm,室间隔厚度11 mm,

左室后壁厚度12 mm。主动脉瓣呈三叶式,瓣叶增厚,交界融合,收缩期呈圆顶征。主动脉瓣环直径19 mm,瓣口开放面积0.67 cm²,平均跨瓣压差54 mmHg。收缩期峰值流速4.9 m/s,主动脉瓣瞬间跨瓣压差96 mmHg,符合重度主动脉瓣狭窄。彩色多普勒检查显示舒张期少量返流讯号,提示主动脉瓣轻度关闭不全。考虑行经皮主动脉瓣球囊扩张。

操作方法与过程:全麻下置入经食管多平面超声探头以HP SONOS 5500型超声心动仪作为术中监护。然后穿刺右侧股动、静脉,肝素化后即逆行置入猪尾导管至主动脉,取左前斜位40°主动脉根部造影,确定主动脉瓣返流指数,排除瓣膜钙化影,并测量瓣环直径为18.5 mm。选用Judkin右冠造影导管,以Terumo超滑导丝作引导通过狭窄的主动脉瓣至左室^[1]。记录左室压192/10(72)mmHg、主动脉压101/67