

肿,晚期患者以大量腹水为特点等。布加氏综合征传统方法采用外科手术治疗,但术中危险大,术后并发症多。现已在有条件单位采用介入方法治疗。我院自 1993 年~1994 年 8 月向对 9 例布加氏征的患者采用下腔静脉成形术,取得良好的效果,现将护理体会介绍如下。

一、一般资料

本组患者共 9 例,其中男性 7 性,女性 2 例,年龄为 25~47 岁,疗程 7 个月~9 年,均经彩色多普勒血流显象和下腔静脉造影确诊完全膜性阻塞 7 例,不完全阻塞 2 例。

二、护理体会

(一) 术前准备 1. 配合医生完成术前各种必要的检查,包括心脏和肝脏的彩色多普勒显象(测量下腔静脉宽度以选择合适的球囊导管类型和直径),食道钡透,胸部 X 光摄片,肝肾功能等。

2. 向患者及家属详细说明本疗法的目的,方法,效果,及其与外科手术相比的优点,帮助患者消除顾虑,鼓励患者积极配合治疗。

3. 参加术前讨论,了解病情及术中可能出现的意外,为防治血栓形成和并发肺栓塞做好准备,备好术中使用的导管和抢救器械,如心电图监护仪,除颤器,氧气,吸痰器,心包穿刺器械及抢救药品。

(二) 术中配合 1. 患者护送入导管室后,采用侧卧位,连接心电图监护仪,建立静脉通道,以便术中使用抢救药品。

2. 在行下腔静脉造影时,要注意可能发生的造影剂过敏反应,并准备抢救措施。

3. 插管过程中,严密监护患者的面色、脉搏,心率和血压变化,发现异常及时报告医生。

4. 在手术过程中,插入球囊导管的右股静脉的内

膜可能损伤致血栓形成,一旦血栓形成并脱落可能引起肺栓塞,因此要协助医师观察患者病情,如突然出现胸痛,紫绀,气急,呼吸困难,咯血,休克等。要考虑到肺栓塞的可能,立即配合医师作溶栓治疗。

5. 术毕加压包扎穿刺部位,并以砂袋压迫,护送患者回病房。

(三) 术后护理 1. 观察病情变化,根据医嘱中补液量,严格控制输液速度,将应输入液体尽量均匀分配,输液速度控制在 50 滴/分内,由于下腔静脉通畅后回心血量剧增,加重了心脏的负荷,因而要求随时观察心率与血压变化,静脉充盈状态和尿量,以防成形术后出现右心衰竭。

2. 成形术后常由于拔管后压迫止血不当或压迫时间过短、患者下肢活动过早引起出血。术后压迫伤口时间应为 15~30 分钟,包扎后再用砂袋压迫 4~6 小时,嘱患者卧床 12 小时,下肢伸直,严密观察伤口敷料有无渗血或出现皮下血肿。

3. 加强营养,但宜进食易消化食物,以保持大便通畅,减少腹压。

4. 嘱患者 12 小时后下床活动,防止血栓形成,并逐渐增加活动量,避免过度劳累。

5. 观察疗效,术后逐日观察患者腹胀情况与测量腹围并观察黄疸,下肢浮肿,腹壁静脉曲张是否消退,肝脾回缩情况。

通过医护密切配合,9 例患者无一例出现并发症均痊愈出院。

以上是我们在配合对布加综合征作下腔静脉成形术时从护理角度提出的几个注意点,其中有些还是对经股动脉作 Seldinger 操作时所需注意的问题,提供介入病房同道参考。

经皮动脉导管栓塞术的配合

廖 磊

经皮动脉导管栓塞术是治疗动脉导管未闭的非开胸性治疗方法,具有损伤小,方法简便,恢复快,效果好的特点。近年来我院先后为 12 例患者进行了治疗,均获成功。现将手术配合要点报告如下。

一、临床资料

本组 12 例,其中男性 8 例,女性 4 例;年龄最小 10 岁,最大 39 岁;超声心动图检查:动脉导管未闭 10 例,导管未闭术后再通 2 例。麻醉方法多采用硬脊膜外麻醉。栓塞术均在 X 线电透下施行。栓塞成功后,患者连续性心脏杂音立即消失,5~10 天痊愈出院,连续随访

3 年恢复良好,均已参加工作和学习。

二、术前准备

(一) 患者准备 1. 导管室护士要熟悉患者病情。配合医生做好主动脉和股动脉造影,测定未闭导管和股动脉的内径大小和形态,以便选择合适的套管和塞子。同时要了解穿刺侧股动、静脉和足背动脉搏动情况,便于术后观察;2. 向患者介绍栓塞术基本方法及效果。讲清配合治疗的重要性,清除恐惧心理,以取得术中良好的配合;3. 常规备皮、测体重、禁食。术前 15 分钟肌注镇静药,如安定等。

(二) 手术器材准备 根据病情需要,备好各种规格的导管和穿刺针,尤其要备好:25cm 长外套管(外径规格有 4.5,5.0,5.5 及 6.0cm 数种)一套,网囊器 2 副,不锈钢顶棒 2 根(直径 3.5cm,长 30cm),导引钢丝一条(长 160cm,直径 0.8mm),钢丝绳一条(长 300cm,直径 0.4cm),J 形心导管和顶塞直头导管各 2 条(长 120cm),大小不同塞子 3 个。

(三) 除上述准备外,尚需按要求准备手术包和备有心电监护和抢救条件的导管室。

三、术中配合

术中除密切观察患者的呼吸、血压、脉搏等生命体征变化以及保证输液管道通畅外,应重点做好以下几点。

(一) 配合的护士要认真检查手术专用器材的品种、数量是否配套齐全。尤其是塞子的准备是导管栓塞手术成功的关键,在煮沸消毒后,浸泡于 8 万单位的庆大霉素液中。

(二) 保持心电监护仪正常工作状态,严密观察有无心律失常变化。术中由于导管刺激,患者可能发生各种心律失常,以阵发性心动过速和室性期前收缩为最常见,个别患者可能发生Ⅲ度房室传导阻滞或心室纤颤等严重情况,及时报告台上医生调整导管位置或酌情给药。

(三) 在术中建立股动脉-动脉导管-股静脉环形钢丝轨道时,按体重 0.5mg/kg 肝素液从静脉注入,以达体内肝素化,防止血栓形成。术毕,如出现出血倾向,可用鱼精蛋白中和。

(四) 栓塞成功后,心脏连续性杂音即刻消失。此时令患者用力咳嗽,深呼吸,协助翻身,以鉴定栓塞是否牢固。拨除导管和股动脉外套管后,穿刺点局部压迫止血 20~30 分钟左右,并加压包扎。

(五) 整理用物并观察患者足背动脉搏动情况,穿刺点敷料有无渗血及面色和脉搏有无改变,无异常时方可送回病房。

(六) 清点物品,器械洗净,消毒后凉干备用。

带囊导管治疗重度食管狭窄的配合

廖 磊 吴纪瑞 杨永岩

食管狭窄过去采用手术切除吻合,金属探条扩张,电灼及切割等法治疗。应用带囊导管治疗食管狭窄是 1980 年以来根据血管腔内成形的原理而进行的,具有操作简例、疗效显著、并发症少,患者痛苦小、可反复多次施行等优点。我院自 1989 年 9 月开始采用此法治疗 42 例,均成功。现将手术配合要点报告如下。

一、临床资料

本组 42 例中男 32 例,女 10 例,年龄最小 6 岁,最大 69 岁。病程最短为 30 天,最长 165 天。其中食管肿瘤术后狭窄 34 例,食管碱灼伤 5 例,贲门失弛缓症 3 例。食管狭窄直径为 1~2mm,经扩张治疗后,患者临床

吞咽困难消失,能进半流质,普食,体重明显增加,痊愈出院。

二、术前准备

(一) 扩张前向患者介绍手术方法及配合要点,以求术中密切配合。

(二) 术前常规吞钡检查,确定狭窄部位及程度,查出凝血时间、血小板,年老体弱者查心肺功能。

(三) 术前禁食,肌注 654-2,以减少消化液分泌和防止扩张时食管痉挛。对幼儿或不合作者用安定,氯胺酮等药物。

(四) 器械准备:牙垫一个,短胃管一根,长导丝及

作者单位:350001 南京军区福州总医院导管室