

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,以达到体内肝素化,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,氟胺酮等药物。

(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

普通导管各一根,不同型号的气囊导管(0.5,1.0,1.8,2.0cm)各一根,吸引器。

(五)敷料包:大单一、小巾二、洗手衣、裤各一、手术衣一、冲洗盆二、小药杯一。

三、术中配合

先令患者吞入短胃管,并置入牙垫,在电视透视下沿管芯送入不锈钢软头导丝至狭窄口下部。退出胃管后,在导丝指引下,送入不同大小带囊导管,使囊管中点位于狭窄处,用30%~50%泛影葡胺缓缓注入,膨胀气囊,使囊管凹腰变浅到消失为止。此时如患者出现剧烈胸背部及上腹部疼痛时,应暂停扩张或气囊减压。扩张持续时间5~10分钟,间隔3~5分钟如此反复4~6

次。每两次扩张间隔时间一般为7~10天。扩张结束后,将导管退至狭窄上端,由导管内注入奴夫卡因及造影剂,用以观察效果和排除穿孔等并发症。术中还需密切观察患者的呼吸、血压、脉搏、心律等,口腔内分泌物要及时清除,以防发生吸入性肺炎。

四、术毕整理用物,清洗器械和导管,清洗后将导丝、导管、冲洗盆、小药杯等浸泡在1:1000过氧乙酸消毒液中(管腔内必须注入消毒液),浸泡2小时后拿出,用清水冲洗,凉干备用。气囊导管要将囊内的液体吸尽,注入少量气体保护囊腔,以免放置过久,囊腔粘连而破裂。

经颈静脉肝内门腔分流术后支架 移位致门脉主干损伤一例

黄万喜 曹 觉 王小宜 卢志礼 胡进芳

少数患者在经颈静脉门腔静脉分流术(TIPSS术)后并发肝动脉损伤、胆道损伤、腹腔内出血,支架移位及异位等并发症。支架移位致门脉主干损伤少见。现报告如下。

患者男 47岁,反复黑便,呕血四月,再发1天第四次急诊入院。曾患血吸虫性肝硬化。内窥镜示食管静脉曲张,曾急诊行内窥镜下食管曲张静脉套扎术。B超示肝硬化、巨脾及少量腹水。

患者于1994年6月在我科接受TIPSS治疗。动脉性门脉造影同时做肝静脉造影,显示右肝静脉与门脉的确切关系。经右肝静脉向门脉右支方穿刺,穿入门脉主干分叉部,交换导管入脾静脉主干处行门脉测压及造影,送入加强导丝至肠系膜上静脉,先用19mm球囊扩张肝静脉与门脉之间组织通道,因门脉穿刺点没有完全扩张开,故用12mm球囊充分扩张。用10mm球囊送入第1个长3mm直径1.2Palmaz-stent退出球囊

时发现支架下移约1.2cm,立即更换12mm球囊扩张使支架固定,随后用12mm球囊送入第2个同样的支架。在支架送入及球囊扩张过程中,加强导丝远端始终位于肠系膜上静脉内。准备行测压及造影时,患者诉呼吸困难,腹部隐痛,面色苍白,收缩压只有60mmHg(8kPa)。终止造影行抗休克处理,急诊部腹探查,门脉主干右下壁可见外露呈齿状的支架下缘及渗血。用一塑料垫片及大网膜包裹修补后出血停止,4天后拔掉垫片,现康复良好。

本例分析其原因:1.支架下移之后虽改用大球囊使之固定,但其下缘已紧贴肝外的门脉主干右下壁;2. Palmaz支架两端呈锯齿状,紧贴血管壁时易穿破血管壁;3. 门脉分叉部大多位于肝外,穿破易引起腹腔内出血;4. 门脉分叉部大球囊扩张后易致较重的撕裂引起腹腔内出血。