

差值,所以我们把它作为预充气值。

拔管后,穿刺造成的创道由于血管壁肌层纤维的收缩和皮肤自身的弹性回缩而有闭合的倾向,使血液的逸出增加了阻力。此时只要再外加一个略小于动脉内压的力就足以阻止血液自血管内逸出而又不影响它在血管内的流通。我们把压强控制在病人肱动脉收缩压水平上,此时可能看到,股动脉止血完全,而腘动脉、足背动脉的搏动仍可测出,似乎不必顾忌动脉内血栓形成。

缺陷是气囊同时也压迫了股静脉,好在静脉的侧支吻合较丰富,股静脉的深部属支(如臂下静脉、闭孔静脉等)之间有着相当丰富的侧支吻合。故还不至于严重郁血。至于绷带留置时的 6kPa 压强,大约相当于人体直立时股静脉的压力负荷,似乎不足为虑。

双气囊压迫止血法将传统的指压止血、加压包扎简化为一次性包扎压迫,节省了术者的时间和精力,患者也因感觉舒适而乐于接受,而且,由于它能直观地控制压强,所以止血效果更为可靠。林贵等报道一组病例介入术后有 4/234 例并发局部出血和血肿形成,占 1.7%。而我们在应用双气囊法止血处理的 98 例次中,尚无类似并发症发生,仅有 2 例在穿刺点周围出现小面积紫癜。

为了保证使用的可靠性和安全性,实际应用时必须注意以下事项:1. 小气囊必须准确置于穿刺点上;2. 绷带必须包扎紧密,宜将两侧髂

嵴作为支撑点包扎其内;3. 气囊、充气球及仪表等部件及连接必须绝无泄漏;拔管后注意观察穿刺点有无出血及足背动脉搏动情况,将压力控制在即无出血又有脉搏的水平上。

“8”字缠绕法加压固定止血带在介入治疗中的应用

大连市友谊医院 116001

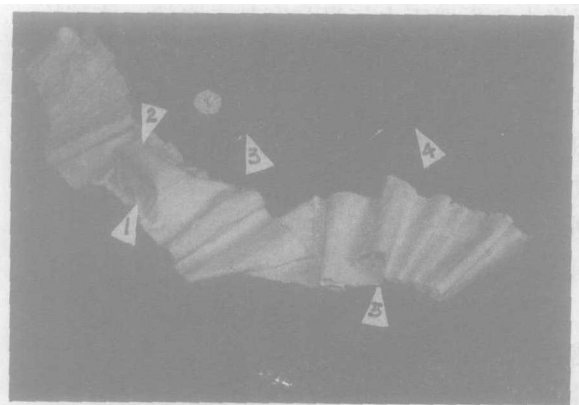
王秀玲 连海凤 慕秀荣 刘爱化

我院于 1996 年制作了一种加固定止血带,采用“8”字缠绕法,经 102 例临床应用,操作简便、加压止血效果可靠,现介绍如下:

材料为纯棉布,子每扣,3 裂绷带。压迫带突出的囊袋内放一 3 裂绷带,作为压力垫,外袋内装一长 16~18cm,宽 5~6cm,厚 0.5~1cm 的椭圆形硬纸板(X 光胶片内硬纸板即可)。将压迫带的一端置于患者的腰下,在拔出导管鞘后,用 3~4 块无菌纱布盖于穿刺点上方,由术者将压力垫中心压迫在穿刺点上方 1~1.5cm 处,让患者屈曲穿刺侧肢体,将压迫带的另一端自大腿内、下、外侧在患者在腹部与另一端粘牢,形成“8”字形,嘱患者将穿刺侧肢体伸直,加压止血固定操作完成。

1991 年至 1996 年 8 月我院共完成 702 例次介入治疗,216 例采用人工手法压迫止血后胶布加压固定,穿刺点上方加压纱袋 6 小时,其中有 18 例发生出血或血肿;384 例采用冠兰加压止血固定带压迫止血,有 21 例发生出血或血肿;102 例采用“8”字缠绕法加压固定止血,其中男 78 例,女 24 例,年龄 25~75 岁,平均 50 岁,患者术前收缩压 14~28kPa,舒张压 8~14.5kPa,血小板计数 6~38 万/mm³,11 例行 BAI 治疗,91 例行 TEA 治疗,其中 18 例还同时进行了肺动脉的灌注,术后股动脉、股静脉两个穿刺点用一个压迫带加压固定止血,无一例发生出血或血肿。

国内外医护人员对血管穿刺插管术后,多采用人工手法压迫止血后胶布绷带加压固定,



1. 大气囊 2. 小气囊 3. 带压力表充气球 4. 普通充气球
5. 布质绷带

穿刺上方置纱袋 6 小时;此法在我院有 8.34% 的病例发生局部出血或血肿,24 小时后胶布引起的皮肤反应达 91.67%,其中皮肤水泡、感染达 26.85%,同时由于穿刺点加压纱袋,患者不能变换体位,需定时做褥疮护理,100% 的患者感到疲劳、烦躁。增加了护理的工作负荷及患者的痛苦;也有人使用一种机械式压迫装置,操作笨重,不能随患者移动,加压也盲目;比较先进的当属冠兰加压止血固定带是目前国内外较先进的一种,弥补了以上之不足,即能止血,也能固定,但价格较贵,一次性使用患者经济负担重,重复使用易造成交叉感染,在我院应用 384 例,有 5.47% 的病例发生局部出血或血肿,究其原因与加压气囊和压力表装置的缓慢漏气,使压力不能保持恒定有关,必须随时挤压皮球充气加压,费时费力,增加了护理人员的工作负担。而我院自制的加压固定止血带,采用“8”字缠绕法弥补了上述不足。其特点:(1)加压止血固定效果可靠,102 例无一例发生出血或血肿。(2)制作容易,取材方便,价格便宜(成本还不足

冠兰加压止血固定带的十分之一),接受治疗的患者每人一个,不重复使用,避免了交叉感染。

(3)操作简便,压力大小可随穿刺侧肢体屈曲程度而随意调节,只要保持穿刺侧肢体伸直位,就能使压力保持恒定,不影响股动脉,股静脉血液循环。避免了不必要的皮肤损伤,减少了患者的痛苦。(5)减轻了医护人员的工作负荷,患者能利用健侧肢体自行变换体位,左右侧卧均可,消除了烦躁与疲劳,避免了褥疮的发生。(6)此压迫带可运用于临床各种抢救时的股动脉,股静脉穿刺后的加压止血固定,以代替人工手法压迫止血。(7)可以用任何方法消毒灭菌,以使用于术中一侧股动脉或股静脉穿刺失败的压迫止血,省工、省时、省力、压迫止血效果可靠。

注意事项:1. 使用此压迫带一定要保持穿刺侧髋关节伸直位,不能前屈,否则压力失控,可引起出血,从手术床到担架车再到病床的两个搬运过程更应注意。2. 子母扣的挫面应缝制在压迫带腰下一端,在囊袋的反面,可避免其对皮肤的摩擦。

经皮锁骨下动脉内导管药盒系统植入术推广研讨会纪要

由南京军区介入放射中心主办的经皮锁骨下动脉内药盒导管系统植入术(PCS)推广研讨会于 1998 年 11 月 2 日在上海解放军第八五医院放射科举行,来自全国 32 家医院 66 名代表参加了会议。其中有上海第二医科大学仁济医院、新华医院、上海市第六人民医院、第九人民医院等,以及南京军区各家医院如 92 医院、82 医院、97 医院、81 医院等。由南京军区介入放射中心主任程永德主任医师主持讨论并作了专题报告。由詹迎江和杨浦区肿瘤防治院孙建国医师作了手术演示。

患者男性 46 岁,肝癌广泛转移。取左锁骨中外 1/3 下方 2cm 处为穿刺点,常规消毒铺巾局麻后,穿刺点处作一 0.5cm 大小切口,行左锁骨下动脉穿刺,成功后送入导丝。在导丝引导下送入 5F Cobra 导管,并超选择进入肝右动脉。先行化疗及栓塞后置换留置导管,并于左胸壁下埋置药盒,手术顺利,安返病房。

PCS 是近年来开展较广的一种介入治疗肿瘤的方法,它实现了动脉化疗的可控性、规律性,减少了肿瘤患者多次介入治疗的痛苦和经济负担提高了患者的生活质量及延长了生存时间。同时也减少了医务人员繁琐的劳动,手术简便,安全性高,它适用于各种肿瘤,如:食管癌、肺癌、肝癌、胃癌、肠癌、盆腔肿瘤等。依据不同的癌肿选择不同的导管留置部位。如食管癌、肺癌导管可留置于高位主动脉,肝癌可留置于肝总动脉或更进一步留置于肝右或肝左动脉。胰腺癌可留置于腹腔动脉,盆腔肿瘤可留置于髂内动脉,若肿瘤为双侧供血还可以栓塞对侧血管以提高药物对肿瘤治疗的浓度。手术的关键在于锁骨下动脉穿刺,其余操作跟普通血管介入相似。手术的并发症主要有气胸、血气胸、切口延迟愈合、导管头移位、导管接口与药盒分离等,这些并发症主要与早期手术熟练程度有关,故早期较易发生。与会代表对学术报告及手术演示表现出浓厚的兴趣,并给予了很高的评价。会上讨论热烈,提出了很多很有价值的建议和方法。会后都表示要把这种技术带回去,开展起来。大家一致认为,PCS 不失为一种值得推广的治疗肿瘤方法。

(告美玲)