

Budd-Chiari 综合征介入术中护理要点

春玲 曹晋

Budd-Chiari 综合征是以肝静脉和(或)肝段下腔静脉狭窄或闭塞为主要病理改变的一组综合征,我国以肝段下腔静脉阻塞型较多^[1],随着介入放射学的迅速发展,有取代外科分流术的趋势。介入手段:1. 腔静脉成形术(PTA);2. 内支架置入术。

一、手术方法

平卧,局麻下经颈内静脉穿刺,送入 5F 的猪尾导管置下腔静脉近心残端内作为标记。经股静脉穿刺送导管至下腔静脉远心残端,使用 RuPS-100 逐渐向下腔静脉近心端推进,穿刺破膜到达右心房后经导管送导丝至上腔静脉形成导丝轨,下腔静脉再通后沿导丝交换入球囊导管扩张闭塞段,植入支架。造影证实下腔静脉通畅,手术结束。

二、护理要点

(一) 心理护理 病人由于长时期病痛的折磨,渴望尽快医好疾病。但由于对疾病知识的缺乏,进入导管室后,产生恐惧、孤独和紧张的心理。因此,术前看望病人,给病人讲解疾病的有关知识和手术的简单过程。术中,适时的关切询问、简单亲切解答询问,尽量用语言安慰病人,为手术成功打下基础。

(二) 术中并发症的观察、护理 1. 过敏反应。介入治疗数字显影(DSA)过程,通常选用大剂量 30% 泛影葡胺做造影剂。术前常规做碘过敏试验,并于 DSA 前预防性应用地塞米松 10mg,静脉滴注。于 DSA 后,观察病人有无恶心、心慌、胸闷等过敏症状,详细记录血压的变化。如发现碘过敏症状,除抗过敏治疗外,应更换非离子型造影剂(我们采用优维显)。对过敏症状严重者,应停止手术。另外导管室备齐氧气、喉镜、气管插管、吸痰器、简易呼吸器等急救药品。

2. 急性大出血观察、护理。急性大出血为 BCS

综合征介入治疗术中较严重的并发症,由于术前的抗凝治疗及肝素化,一旦出血,将危及病人生命。

导管导丝在贯通腔静脉的过程中,可刺穿血管壁、心包,造成大出血。除手术医生谨慎操作外,台下护士应密切监测病人的血压、脉搏,术前用 18 号、16 号静脉留置针建立静脉通道,以正中静脉、贵要静脉为首选血管,以备急救。一旦大出血,除用介入手段压迫止血外,应与外科联系手术,并做好一切外科手术准备工作。

3. 急性心功能不全的观察、护理。下腔静脉贯通后,大量体静脉血返回右心房而加重心脏负担,可引起急性心功能不全。因此,随着手术的进行,护士应随时监测心电图、心律、心率、血压的变化,有无呼吸困难等肺部症状,发生异常,及时通知手术医生,及时吸氧,备齐强心、利尿、氨茶碱、地塞米松等药物。

4. 疼痛的护理。术中由于机械性扩张腔静脉,引起病人明显的疼痛,病人往往会移动体位,不配合手术。护士应安慰、解释、鼓励病人,分散病人注意力,必要时肌注度冷丁等药物止痛。

5. 预防肺栓塞。术中易脱落栓子导致肺栓塞,术前 1~2 周口服抗凝药物潘生丁,肠溶阿司匹林,手术中行全身肝素化,术后 3 天肝素静滴并口服抗凝药物 3 个月,可预防肺栓塞。

术毕拔管后,加压包扎穿刺伤口,防止局部形成血肿,送病人回病房仔细与病房护士交接术中情况及切口情况。

参 考 文 献

1. 陈为军. Budd-Chiari 综合征介入治疗疗效观察,介入放射学杂志,1999,8: 39-40

(收稿 1999-08-09)

作者单位: 276003 山东临沂解放军第一四六医院介入放射科