

• 护理论坛 •

部分脾动脉栓塞治疗脾功能亢进的护理

曾群 王军女

脾功能亢进(脾亢)一般采用传统外科切脾手术治疗,但脾切除后机体免疫功能削弱而引起致命感染已被公认^[1]。部分脾栓塞(Partial splenic embolization, PSE)则能保留脾脏的正常免疫机能,同时有效地改善了外周血象,并发现明显降低。因此,PSE已成为治疗脾亢的首选方法。我科自1996年以来对39例脾亢患者采用丝线加明胶海绵脾动脉栓塞,取得了较满意的疗效。具体护理体会报道如下。

资料与方法

一、一般资料

本组39例,男性22例,女性17例。年龄15~55岁。慢性肝病及肝功能异常3个月~14年。伴食管静脉曲张19例;少量腹水13例。脾肋下2~12cm 36例。B超:脾厚40~69mm,平均54mm。实验室检查:39例血小板 $24\sim 80\times 10^9/L$ (100%);35例白细胞 $< 5.0\times 10^9/L$ (90%);33例红细胞 $< 3.5\times 10^{12}/L$ (85%)。32例做骨髓穿刺涂片,均提示造血细胞增生活跃。

二、护理方法

(一)术前护理 1. 心理护理。护理人员与患者交流,向患者说明介入手术的可行性、安全性及较之手术切脾的优越性,并向患者详细讲述治疗方法、手术过程及可能出现的并发症。可安排患者在电视监控室观摩手术,解除恐惧心理,以良好的心理状态接受手术治疗。

2. 患者准备。(1)术前5d起使用抗生素,如青霉素或庆大霉素肌注;(2)做好肝功能、血常规、出血时间、凝血时间测定;(3)术前1d做好碘、普鲁卡因过敏试验,对于过敏体质者可选用非离子型造影剂;(4)会阴部及腹股沟部备皮,测量血压、并注意检查穿刺部位远端动脉搏动情况,便于手术时、手术后对照;(5)术前30min给予安定10mg、阿托品0.5mg肌注,防止患者精神紧张,减少迷走神经血管反应。

3. 手术室用紫外线照射消毒,治疗床、地面333液擦洗。

(二)术后护理 1. 术后患者绝对卧床24h,穿刺部位放沙袋加压包扎,严密观察穿刺部位有无出血和血肿,观察穿刺侧肢体远端皮肤颜色温度和足背动脉搏动情况,24h后方可解除压迫。

2. 严密观察体温的变化,术后继续使用抗生素,防止肠道菌沿脾静脉逆行感染。

3. 加强营养。术后不需禁食,对不能进食者,应保持体内水及电解质平衡。如术中造影剂用量过大,可给予速尿20mg静脉推注,以利于造影剂的排泄,减轻肾脏毒性反应。

4. 加强疼痛的护理,对引起疼痛的原因给予充分的解释,使患者树立信心,增强心理承受力。对疼痛剧烈者,可酌情给予镇痛剂。

5. 术后24~48h开始,定期抽血做血常规检查,以了解外周血象的变化;术后2~4周作B超或CT观察脾脏的栓塞面积和血流改变,并定期随访脾脏的大小变化。

(三)并发症的观察及护理 1. 穿刺部位出血和血肿。常因穿刺技术不佳,人工压迫不得法,术后穿刺区活动频繁所致,也可能由于凝血机制异常所致。局部血肿易发生在术后6h内,发生率为4%^[2]。因此,拔出导管后应用手指压迫穿刺部位15~30min,放松后,要仔细检查穿刺部位,了解有无皮下血肿及活动性出血。然后加压包扎平卧24h。同时,严密观察局部敷料有无渗血。一般小血肿无需特殊处理,如果血肿较大或出血不止并影响肢体血供时,应立即通知医生,行血肿清除术和止血措施。本组2例拔管后发现穿刺部位小血肿形成,经延长压迫止血后,加压包扎,24h后给予热敷,血肿吸收。

2. 发热和左上腹疼痛。PSE后发热和腹痛是机体正常的免疫应答。发热是由于梗死区的炎性细胞释放致热物质引起,有利于坏死物质的清除和吸收。因此,术后应注意观察患者体温的变化。一般37~38.5℃之间无需特殊处理,39℃以上可给予物理降温或使用少量消炎镇痛剂,同时应注意有无脾

脓肿形成的可能。腹痛与 PSE 后急性水肿刺激脾包膜有关。术后有效止痛措施是必要的,它可以防止疼痛引起膈运动减弱,造成肺炎和反射性肠麻痹。因此,术后应注意观察患者腹痛的性质、程度,酌情给予强痛定、度冷丁等药物止痛,也可采用针灸止痛。

3. 肺炎和胸腔积液。多见于左侧,是脾栓塞术后最常见的并发症。可能与脾梗死后引起的胸膜反应、疼痛限制呼吸运动和支气管引流不畅有关。因此,对巨脾者切忌一次性大面积栓塞,可分次进行,以减少并发症的发生。国内李京雨^[3]等认为采用脾下极超选择插管栓塞,可减少上述并发症。同时,术后应有效控制疼痛,定时给患者拍背,鼓励患者咳嗽,保持呼吸道畅通,必要时给予雾化吸入,本组 7 例出现左胸腔积液,经积极治疗,积液消失。

4. 脾脓肿。是 PSE 后较严重的并发症,为细菌感染所致。主要原因是脾循环阻断后,门静脉压力下降,流速减慢,门静脉循环中的细菌返流入脾静脉,引起脾梗死区发生脓肿。栓塞后的缺氧环境也有利于厌氧菌的生长。因此,术前导管、栓塞材料和

敷料一定要严密无菌消毒,术中要执行严格无菌操作。手术前后应用全身抗生素控制肠道细菌可预防脾脓肿的发生。本组中 1 例术后 3 周高热不退,CT 复查脾梗死区大片坏死积气,系产气荚膜杆菌感染,同时伴膈下脓肿并穿过膈肌引起左侧包裹性脓胸。经手术引流,积极抗感染治疗后,症状得到控制。

5. 脾外栓塞。栓塞物质的返流可引起非靶器官的栓塞^[4],返流的原因常与导管插入脾动脉不够深或注射材料时太快有关。多数脾外栓塞发生于胃肠道,由于可形成侧支循环而不发生严重的后果。

参 考 文 献

1. 陈荣星,林贵,夏宝枢.等主编.介入放射学,第 1 版,上海:上海医科大学出版社,1989. 52-56.
2. 赵学喜,邵如宏,潘利.脑血管栓塞术护理配合的体会.中华护理杂志,1990,25: 523.
3. 李京雨,张新国,赵振琴,等.部分性脾动脉栓塞方法的探讨.介入放射学杂志,1994,3: 15.
4. 杨冬华主编.消化系统现代介入诊疗技术,第 1 版,北京:人民卫生出版社,1998,60-63.

(收稿:2000 04 14)

· 消息 ·

《实用 CT 检查技术学》出版

华东医院王鸣鹏编著的《实用 CT 检查技术学》已由科学技术文献出版社正式出版发行。该书着重于临床应用和实用性,并以较多的篇幅介绍了最近几年 CT 技术的新发展,螺旋 CT 的原理和三维成像方法,以及 CT 扫描机的影像质量控制。该书的主要章节如下:CT 机的基本原理和结构;CT 检查技术基础;人体各部位 CT 扫描技术;螺旋 CT 扫描技术和检查方法;螺旋 CT 的三维成像方法和原理;CT 的照相设备、胶片及胶片的处理;CT 扫描的影像质量控制等。该书可作为放射诊断医、技师的参考书,也可作为放射专业大、中专的教科书。目前,全国各大新华书店都有该书出售,也可直接汇款至上海华东医院 CT 室蒋亦兵处购买(上海延安西路 221 号,邮编 200040),每本定价人民币 15 元,另加邮挂费 1.2 元。

曹厚德 供稿