

拔管时需注意成袢导管、西蒙导管、猪尾巴导管等形状特殊的导管,要在透视解袢后拔管,或插入导丝,使之撑直后拔出,以免在血管内扭结或损伤血管。

拔管后由于压迫不当,可能会造成大出血,或穿刺部位大血肿。尤其是肥胖患者压迫较困难,因此,操作者一定要掌握好。压迫时不能移动手指,也不要让患者移动。

假如一切均按常规进行,而穿刺处仍不止血,应注意患者出凝血机制是否正常,或肝素用量是否过大。过量的肝素可用鱼精蛋白中和,而出凝血机制障碍者应用止血药物,必要时与有关内、外科医师一起处理。

术后处理

(一)常规处理 (1)术后,穿刺侧肢体保持伸

直位 6~8h,卧床 24h,以免穿刺处血凝块脱落,引起皮下血肿或外出血,24h 后可起床活动 (2)观察期内注意穿刺处局部有无出血或血肿,注意血压、脉搏的变化,防止内、外出血 (3)注意穿刺远端肢体皮色、温度、感觉,测足背动脉搏动等防止血栓形成; (4)对全麻患者要加强注意观察呼吸、脉搏、心率与血压,直至清醒 (5)如无胃肠道反应,可早期进食,尤其补水,帮助排泄造影剂,以防止肾功能受损。

(二)特殊患者处理 (1)心脏介入按心脏手术监护心电等变化 (2)神经介入患者应注意神志变化,必要时观察瞳孔与四肢活动等定位体征 (3)重症患者将常规观察项目作定时(如每 10min 或 30min)检查外,应由当班医师按病情作专项观察,如有无肝昏迷、内出血、呼吸困难等。

(收稿日期 2001-12-24)

·规范化讨论·

Seldinger 技术与术前、术后处理的几点建议

程永德

关于血管内介入常规操作的规范问题,李麟荪教授已讲述得很清楚,从 Seldinger 技术到术前、术后处理都已较完整的阐明。现就此问题补充、强调几点供讨论。

1.术前准备中测定出、凝血时间不可靠,因为出、凝血时间受多种因素影响,不可能得到一个确切的数据。故术前常规应测定凝血酶原时间和白陶土部分凝血时间(APTT),一个是外源系统,一个是内源系统,所得数据比较正确。特别在肝硬化、肝癌患者尤其要重视。如果凝血酶原时间明显延长,应使用维生素 K,凝血酶原复合物等,待纠正后再做治疗为好。

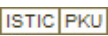
2.由于介入技术的不断发展,要求做到精细治疗,导管越来越细。为了达到治疗效果有时一次治疗要换几根导管,有导管鞘交换导管就方便,一个人

就能操作,因此导管鞘的使用已必不可少。使用导管鞘尽管扩大了动脉穿刺口的直径,但对血管的损伤反而小,因为导管鞘是放置不动的。不用导管鞘,遇到插管困难的患者时,反复拉动导管可使血管创口变大,不整,甚至出现渗血。导管鞘的弊病是可以避免的,介入发展到今天,建议常规使用导管鞘。

3.导丝前进受阻时,最重要的一点是透视下插,以明确导丝在体内的情况,避免损伤血管。一般青壮年患者,用 60cm 长的导丝即够了,导管鞘沿导丝插入后即可拔出导丝,再插入所需导管。如遇老年人,建议用长导丝,即使导鞘插入后,仍留下导丝,让导管沿导丝进入体内,可避免插导管时损伤血管壁,带来不必要的麻烦。

(收稿日期 2001-12-25)

Seldinger技术与术前、术后处理的几点建议

作者: [程永德](#)
作者单位: [2500052, 上海, 南京军区介入放射中心](#)
刊名: [介入放射学杂志](#) 
英文刊名: [JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)
年, 卷(期): 2002, 11(1)
被引用次数: 2次

引证文献(2条)

1. [陈卫建](#), [扬绍稳](#), [宋建华](#), [张襄昆](#), [刘保玲](#) [甲状腺功能亢进栓塞治疗的护理](#) [期刊论文] - [介入放射学杂志](#) 2003 (2)
2. [杨秀军](#), [王麟川](#) [经皮血管穿刺插管单人操作技术及其临床应用](#) [期刊论文] - [上海医学影像](#) 2002 (4)

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200201032.aspx

授权使用: qkahy (qkahy), 授权号: 69df3aaf-0248-4336-b5eb-9e38015d931e

下载时间: 2010年11月24日