

理。本组共有 6 例发生 ARF 均按上述原则分别给予加强利尿、碱化尿液、提升血压等处理; 5 例顺利度过少尿期得以康复, 1 例最终因治疗无效死亡。

4 讨论

TOF 患儿由于长期的肺血管血流减少、体肺循环侧支的形成及缺血缺氧等病理生理特异性改变, 导致手术中易于发生肺损害及中枢神经系统损害, 另外由于术后肺血流量的突然增加、手术闭合较大的时间间隔缺损, 部分肺血管发育较差的患儿难以耐受这些改变, 故术后可出现右心功能不全及灌注肺、低心排综合征、肾功能不全等并发症^[6]。对于此类患儿, 术后 CIU 阶段应尽量维持循环的稳定, 维持中心静脉压于相对较高的水平 ($CVP > 15 \text{ mmHg}$), 预防低心排综合征的发生; 若发现低心排综合征的可疑征象即应给予强心、扩血管药物的应用, 对于药物治疗效果不佳的患者可以考虑早期给予心室辅助。对于术后尿量 $< 0.5 \text{ ml} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{h}^{-1}$ 的患者应高度警惕肾功能损害的可能, 鉴别肾前性肾衰还是肾性肾衰, 针对发病机制给予利尿剂应用、提升血压等, 必要时可考虑透析疗法。法洛四联症矫治术手术时间较长, 加之体肺侧支的存在, 可能导致术中发生肺损伤、呼吸膜受损、弥散距离增加、肺泡透明膜形成等病理改变, 故 CIU 阶段应加强呼吸系统的监护和干预。要随时进行肺部听诊, 尤其注意双侧

呼吸音是否对称、有无罗音; 若发现一侧呼吸音减低应鉴别是胸腔积液、肺不张还是气胸, 并及时通知值班医师行床边急诊胸片检查并协助处理。加强呼吸道管理, 积极吸痰及拍背协助咳嗽; 对于肺部罗音较严重者可适当延长呼吸机辅助呼吸时间, 并加用 PEEP 待呼吸循环稳定后逐渐撤除 PEEP, 最后过渡、撤除呼吸机。

总之, TOF 患儿由于其特异性的病理生理改变, 术后易于并发呼吸循环紊乱, 并导致其他系统并发症的发生, 直接关系到预后; 故术后早期加强 CIU 监护可以及早发现处理这些并发症, 从而提高手术成功率, 降低围手术期病死率。

[参 考 文 献]

- [1] 周 晓, 刘学刚. 法洛四联症的围术期处理 [J]. 蚌埠医学院学报, 2006, 31(3): 259-261.
- [2] 赵连敏, 张 雪. 法乐氏四联症围手术期的护理体会 [J]. 吉林医学, 2003, 24(5): 466
- [3] 翁国星, 徐驯宇, 谢维泉. 法洛四联症术后低心排血量综合征发生因素探讨 [J]. 中华胸心血管外科杂志, 1999, 6(2): 122-123.
- [4] 张志梁, 朱洪生, 冯卓荣, 等. 连续 100 例法乐氏四联症矫正术早期结果及术后低心排综合征易发因素的探讨 [J]. 中华胸心血管外科杂志, 1989, 5(4): 195-198.
- [5] 汪曾炜, 刘维永, 张宝仁主编. 心脏外科学 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2003: 445
- [6] 刘长红. 法洛四联症 78 例手术前后的护理体会 [J]. 实用临床医药杂志, 2005, 9(2): 20-21

[文章编号] 1000-2200(2007)02-0222-02

。护理医学。

支气管动脉栓塞治疗大咯血 20 例的护理

任立梅, 陈付华

[摘要] 目的: 探讨支气管动脉栓塞治疗大咯血的护理特点。方法: 总结 20 例行支气管动脉栓塞的护理资料。结果: 治愈 15 例, 显效 4 例, 无效 1 例, 止血有效率达 95%。结论: 术前准备, 术中护理, 术后观察能有效降低并发症, 提高治疗的安全性。

[关键词] 咯血; 栓塞; 治疗性; 支气管动脉; 护理

[中国图书资料分类法分类号] R 446.7 R 459.9 [文献标识码] A

大咯血是指能引起窒息的咯血量, 1 次咯血量在 300 ml 或 $18 \sim 24 \text{ h}$ 咯血总量在 $100 \sim 600 \text{ ml}$ ^[1], 是呼吸内科的急症, 患者可因血块阻塞气道而窒息死亡。因此, 及时控制出血对抢救患者生命至关重要, 我科对内科治疗无效, 又无手术指征的大咯血患者行支气管动脉栓塞止血治疗 20 例, 取得满意效果, 现将护理体会作一报道。

1 临床资料

1.1 一般资料 20 例为我科 2001 年 9 月 ~ 2006 年 3 月的住院患者, 男 16 例, 女 4 例; 年龄 $15 \sim 79$ 岁。其中支气管扩张 13 例, 肺结核 4 例, 肺癌 1 例, 支气管动静脉畸形 2 例。出血量为 $500 \sim 2\,000 \text{ ml}$, 持续时间 $3 \sim 7$ 天。

1.2 方法 患者平卧位, 仰卧于大型 X 线机平台上, 右腹股沟常规消毒铺巾, 局麻后按改良 Seldinger 法行右股动脉穿刺, 证实穿刺成功后, 顺利引入 “T”

[收稿日期] 2006-07-20

[作者单位] 蚌埠医学院附属医院 呼吸内科, 安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 任立梅 (1968-), 女, 主管护师。

型导丝,循导丝引入 5 F-cobaltTM导管,在第 4~6 胸椎水平进入胸主动脉内,通过注入造影剂寻找左或右支气管动脉,明确出血部位,用明胶海绵粉加上颗粒栓塞,然后重复造影,如无造影剂外溢表明出血动脉已被完全栓塞,达到止血目的,完毕后拔管,局部用无菌纱布加压包扎。

1.3 疗效判断标准^[2] 治愈:栓塞后咯血完全停止,咯血未复发。显效:咯血量较治疗前减少 90%,活动性咯血者 72 h 停止。无效:未达到上述标准。

1.4 结果 治愈 15 例,显效 4 例,无效 1 例,有效率为 95%。

2 护理

2.1 术前护理 (1)心里疏导。患者咯血皆因内科反复治疗无效,对即将进行的介入治疗方法不了解而产生恐惧、紧张心理,护士应针对不同的个体采取不同的心理疏导,采用通俗易懂的语言,举一些介入治疗成功的案例,向患者及家属解释此项技术的先进性,解除其思想顾虑,减轻心理压力,树立战胜疾病的信心。(2)术前准备。做碘过敏皮试、血常规、出凝血时间、肝肾功能、免疫三项、血型鉴定+交叉配血试验等检查,并签署知情同意书。保留静脉通道,备好氧气及急救药品,护送到导管室。

2.2 术中护理 (1)协助医师摆好体位。(2)确保输液通畅,随时做好输血准备。(3)严密观察患者生命体征,有异常情况及时报告医师。(4)主动与患者交谈,了解患者情绪,以亲切关怀的语言及态度给患者以安慰。

2.3 术后护理

2.3.1 观察穿刺部位是否出血及下肢活动情况 穿刺部位用手指压迫 15~30 min 用绷带加压包扎,并以 1.0~1.5 kg 砂袋压迫穿刺部位 8~12 h 患侧下肢制动 24 h^[3]。术后 4 h 内,护士每 30 min 巡视 1 次,然后每 1~2 h 观察 1 次,观察包扎的绷带局部是否有渗血。嘱患者不要移动,勿翻身,做好患者的宣教工作,使其明确制动的目的,在下肢活动时,要注意观察脚趾活动情况,以便及时发现异位栓塞,术后 24 h 后鼓励患者轻微活动,72 h 后方可离床活动。对年龄大、体质弱者可适当延长休息时间。

2.3.2 观察足背动脉搏动情况 股动脉穿刺侧足背动脉搏动情况是重点观察内容,比较两侧动脉搏动,如搏动明显减弱或消失,则意味着血栓或栓塞形成,应立即通知医师作进一步处理。

2.3.3 脊髓损伤 是支气管动脉栓塞术最严重的并发症,常在术后数小时开始,发展为横断性截瘫伴

感觉障碍和尿潴留等,一般 2~3 天内达高峰,绝大部分患者在数天至 2 个月内可完全或部分恢复,发生率约 1.5%。其原因是造影剂进入脊髓动脉造成脊髓细胞损伤或脊髓血供被阻断^[4]。要密切观察患者下肢感觉、尿量和呼吸情况,早期发现及时采取措施,本组未发生上述情况。

2.3.4 注意有无继续咯血 由于侧支循环的建立,局部炎症慢性侵蚀以及肺动脉损伤破裂,个别患者仍会有反复咯血或栓塞失败的可能。本组 20 例栓塞后,15 例咯血停止,咯出血液由鲜红—暗红—停止;4 例术后仍有咯血,但咯血量减少;1 例因术中未找到出血部位仍继续咯血,后行剖胸手术治疗后痊愈。

2.3.5 疼痛 造影剂可引起反射性腹痛,本组 3 例术后出现腹痛,注意观察疼痛的部位、持续时间及性质,同时给予心理安慰,向患者解释疼痛的原因,必要时给予对症处理。

2.3.6 生命体征的观察 患者返回病房后嘱患者卧床休息,密切观察血压、呼吸、脉搏等。本组有 4 例术后出现低热,体温 37.6℃ 左右,持续 3~5 天,可能是坏死物质吸收所致。护士应定期监测体温,每天 3 次,有发热者及时通知医师并做记录,遵医嘱给予物理降温。

3 讨论

以往药物治疗大咯血主要通过降低肺循环压力,促进血凝以及改善肺部毛细血管通透性等机制达到止血目的,但由于咯血原因复杂,部分患者药物治疗很难奏效,传统的治疗方法是剖胸探查切除咯血的肺叶,其创伤大,对患者的肺功能影响大。支气管动脉栓塞术是近期开展的一种微创手术,具有针对性强、创伤小、显效迅速、效果确切、操作简单、可重复进行等特点,适用于内科治疗无效的大咯血,尤其是不能耐受手术或不愿手术的患者,将成为唯一有效控制出血的措施。本组经术前心理护理、术中护理及术后观察加之有效的治疗,治愈 15 例,显效 4 例,无效 1 例,有效率为 95%,有效降低了并发症,提高治疗的安全性。

[参 考 文 献]

- [1] 杨志寅主编. 内科危重病诊疗 [M]. 北京:人民卫生出版社, 2000: 92
- [2] 顾正明,何礼贤. 支气管动脉栓塞术治疗长期反复咯血 [J]. 中华放射学杂志, 1992, 26(3): 165-168.
- [3] 徐玉澜, 郇 忠. 难治性大咯血紧急栓塞治疗并发症的分析和护理 41 例 [J]. 实用护理杂志, 2003, 19(9): 3-4
- [4] 陈家伟主编. 内科护理学 [M]. 北京:北京出版社, 1989: 57