

导不良, 肌肉收缩不全, 胃肠功能障碍等症, 故应按制订的食谱进食。

4.3 丹参有活血化瘀之功效^[3], 它通过扩张局部血管, 抑制血小板聚集, 增加侧支循环, 改善局部血流, 654-2 有解除局部血管痉挛, 扩张周围血管的作用。

4.4 药物的湿敷, 局部按摩, 均有促

进末梢循环, 增加局部血流, 兴奋肌肉、兴奋神经传导, 提高糖尿病足 0 级期的治愈率。

参考文献

[1] 李仁明. 糖尿病足的临床诊断与分级 [J]. 中国糖尿病杂志, 1996, 4 (2): 102
 [2] Joane, Halpin - landry, sharon

goldsmith feet fives: diabetes care [J]. Am J Nurs, 1999, 99 (2): 26
 [4] 周文球. 复方丹参注射引起药物性皮炎的观察与护理 [J]. 护士进修杂志, 1999, 14 (5): 59

(收稿日期 2001-10-17)

冠状动脉内支架置入术的技术辅助

吴玉丽, 刘继英

(山东省立医院, 山东 济南 250021)

冠状动脉内支架置入术 (CASI) 作为冠心病的一种治疗方法已取得较好的疗效^[1]。目前全世界每年约有 80 万人作冠脉内介入治疗, 约一半以上的患者需安放支架^[2]。高质量的技术辅助为手术的顺利进行提供了保证。现将我院为 80 例行 CASI 的技术辅助体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 1999 年至 2001 年 5 月行 CASI 80 例, 男 61 例, 女 19 例, 27~75 岁, 平均 47.6 岁。共置入支架 114 个, 平均 1.44 个/例, 置入成功 111 个, 成功率 97.3%, 置入支架的类型分别为 Medtronic Nir 56 个, AVE 58 个。支架置入部位: 前降支 (LAD) 42 个, 右冠状动脉 (RCA) 36 个, 左回旋支 (LCX) 18 个, 对角支 (Diag) 15 个, 左主干 (LM) 3 个。

1.2 方法 用 Seldinger 法穿刺股动脉, 用 Judkins 法行左右冠脉造影, 选择病变最清楚的体位行 PTCA。经鞘管动脉内注入肝素 5 000U, 此后每小时追加 2 500U。导引导管插入冠脉开口处, 沿导引导管插入导丝并跨过病变远端, 将球囊沿导丝及导引管插入狭窄处, 用 810.6~1 621.2kPa 压力扩张, 每次 20~60s, 扩张满意, 血流达 TIMI II 级以上, 撤出球囊导管, 根据靶血管病变性质及血管内径选择合适支架, 在靶血管处行预扩张时, 经导引管将载支架的球囊导管送抵靶

病变处, 当冠脉内支架到位后, 以 810.6kPa 持续扩张球囊 30~60s, 至支架充分扩张, 然后评价效果: 冠脉造影证实支架充分扩展, 远端血管血流达 TIMI III 级, 则为支架置入成功。术后处理: 带动脉鞘回病房, 持续心电图监护, 密切观察生命体征, 术后 4~6h 拔鞘管, 局部压迫止血后包扎, 砂袋压迫 8~12h, 拔管后静滴肝素 100mg 持续 24h。继续服抵克力得 0.25g, 每日 2 次, 2 周, 0.25g 每日 1 次, 2 周, 长期应用阿斯匹林 100~300mg/d。

1.3 统计学处理 计量资料用平均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 安放支架前后血管狭窄程度及管腔直径的比较用配对 *t* 检验。

2 结果

支架置入成功率为 97.3%, 支架置入血管狭窄由术前 87% ± 12% 降至 11% ± 5% ($P < 0.05$)。管腔最小开放直径由术前的 0.67 ± 0.45mm 增至 3.22 ± 0.29mm ($P < 0.01$)。并发症: 发生心包填塞 1 例, 占 1.2%, 心肌梗死 1 例, 占 1.2%, 支架内血栓形成致心源性休克 1 例, 占 1.2%, 死亡 1 例, 占 1.2%。

3 技术辅助

3.1 术前准备工作是高质量、高效率完成此项手术的前提^[3] 了解支架置入的步骤、方法, 熟悉病情, 根据患者以前的造影资料测量狭窄的程度, 预测支架的大小, 备好球囊, 选择适

当的导管及附件, 并检查消毒日期, 全面考虑 CASI 所需的一切用物及仪器、设备, 使之处于良好的备用状态, 特别是除颤器、临时起搏器; 接患者入室, 严格核对姓名, 床号, 疾病名称, 介入治疗名称, 碘过敏试验结果, 查看肝肾功能, 乙肝病毒标志; 摆好体位, 充分暴露术野, 建立通畅的静脉通路。保证术中抢救时用药; 连接监护导联线, 使导联线避开造影屏幕, 调整生理记录仪 QRS 波振幅使之清晰, P 波明显; 预测术中抢救用药和造影剂用量, 准备足量, 放在固定位置。

3.2 术中紧密配合, 严密监护和熟练操作是缩短支架置入, 减少并发症的关键 医护要配合默契, 如 X 线透视时迅速准确及时更换体位, 在冠脉导引导丝进入前及时从动态图像中选出清晰的狭窄部位的静态图并固定于屏幕上; 录像时准确及时添加铅板, 录像后回放, 必要时给予心脏减影; 密切观察心电图监护、动脉血压变化, 发现异常及时处理, 严格执行“三查七对”制度, 肝素、阿托品、硝酸甘油放在固定位置, 避免医生拿错, 除颤器专人管理, 发现室颤立即电除颤。本组患者冠脉造影时 3 例室颤, 均在 8s 内除颤成功, 转为窦性心律。

3.3 术后患者绝对卧床 24h, 如穿刺部位有湿热感立即报告医师, 打喷嚏或咳嗽时用手加压穿刺部位, 以防出血, 对患者持续心电图监护, 观察血压

变化;术中用过的导管等经严格消毒、清洗,过氧化氢浸泡,再用高压水枪清洗,吸引器吸水,高压气枪吹干,分类封装,环氧乙烷灭菌后备用。

3.4 对导管室护士的要求 我院导管室 4 名护士均在心血管病房工作 10 年以上,具有丰富的临床工作经验,反应敏捷,熟悉各种抢救设备及抢救药物,并有扎实的心电图理论基础,这也是此组患者并发症少,抢救成功率高的原因。导管室护士应熟悉各式手术的操作程序,了解导管型号与规则,

掌握 X 线机、刻盘机、高压注射器、多导生理记录仪、压力检测仪、起搏器分析仪等的使用方法,具备排除简单机器故障的能力,术前检查机器确保处于功能良好状态;术中集中精力检测心电图及压力变化,配合术者调节 X 线机照射体位、拍片及显像信息处理,登记记录;术后进行信息资料处理与保管。

参考文献

[1] 中华医学会心血管病分会介入心脏病学组. 全国首次冠心病

介入治疗病例注册登记资料分析 [J]. 中华心血管病杂志, 1998, 1 (2): 25

[2] 黄震华. 冠状动脉内安放支架: 世纪末的回顾和展望 [J]. 国外医学内科学分册, 2000, 27 (3): 107

[3] 田金萍, 李袖珍. 冠心病介入诊断治疗的不良反应及护理 [J]. 中华护理杂志, 2000, 35 (12): 718

(收稿日期 2001-10-15)

多发伤的急救护理

马素敏

(鄞县人民医院, 浙江 鄞县 315040)

多发性损伤在外科创伤中较常见,其特点是病情重、变化快、发展迅速,且多合并休克、低氧血症及多器官功能损伤。如抢救不及时,会发生严重的并发症甚至丧失生命。急诊室对多发伤早期正确合理的抢救,可为进一步的救治争取时间,提高抢救成功率,减少致死率或致残率。1998 年 1 月至 2000 年 12 月我们收治了多发伤 108 例,现将护理体会报告如下。

1 临床资料

108 例中男 87 例,女 21 例,平均 33.5 岁。其中 2 处伤 69 例,3 处伤 27 例,4 处伤 12 例。头部损伤 63 例,胸部损伤 32 例,腹部损伤 76 例,四肢损伤 54 例,其他 42 例。伴意识障碍 52 例,呼吸衰竭 5 例,休克 88 例。

2 急救与护理

2.1 伤情评估 患者送至急诊室后,立即通知医生,同时简单询问病史,了解受伤原因,评估神志、呼吸、血压、四肢活动及出血情况,检查受伤部位、程度,在 2min 内作出伤情的初步判断,明确处理重点。开放绿色通道,通知有关科室,做好各项抢救准备。

2.2 保持呼吸道通畅 严重多发伤患者常伴有呼吸道梗阻以致窒息。因此,

保持呼吸道通畅,维持有效的呼吸功能非常重要。患者取平卧位,头偏向一侧,吸氧。迅速视诊口腔,清除口腔内异物,舌后坠者用舌钳拉出。必要时行气管插管术或气管切开术。本组 9 例行气管插管术,用 AMADEUS 型呼吸机辅助呼吸。

2.3 纠正低血容量 多发伤患者因创伤性失血常伴有不同程度的休克,迅速建立静脉通道,快速输液、输血,维持有效循环是抢救失血性休克的重要步骤。必须在 5min 内开放 2 条以上的静脉通道。选择静脉以上肢大静脉为主,用套管针敷贴固定。穿刺困难者行深静脉导管置管。同时,抽血作血型、血交叉以备用。快速输入 3 000 ml 以上的晶、胶液体,必要时,在血容量基本补足的情况下,应用血管活性药物维持血压。

2.4 观察病情变化 用心电监护仪连续监测血压、氧饱和度、心率、心律,作动脉血气分析,测定电解质、肾功能,建立重症护理记录单,详细记录患者的生命体征、病情变化及用药时间。昏迷、休克患者予以留置导尿,正确记录出入量。合并头部外伤的患者,要注意其神志、瞳孔变化,有无烦躁不安等,警惕颅内血肿、脑疝的

发生。合并腹部损伤的患者,应观察腹部体征,配合医生作腹腔穿刺,必要时置入胃管,以减轻胃肠道张力,并观察引流液的颜色、量和性质。

2.5 局部创伤的处理 经过紧急处理后,患者的生命体征稳定,可开始处理局部创伤。如有开放性伤口,用无菌敷料按压出血部位,加压包扎,抬高伤部以减少出血。如有肢体骨折,用简易夹板固定。

2.6 必要的辅助检查及术前准备 当患者经过一系列抢救,病情稳定,血压回升后,在继续药物治疗的同时应尽快护送患者作 X 线、CT、B 超等检查,以进一步明确诊断,护送途中保持输液通畅,密切观察神志、呼吸、面色的变化。搬动时动作轻柔,尤其是颈椎外伤的患者,应固定骨折部位,防止病情加重。对有手术指征的患者作备血、备皮、导尿、插胃管等术前准备,并通知有关科室。

2.7 心理护理 多发伤患者均是意外伤害,缺乏心理准备,应激反应严重,又因对受伤后果的不同预见性,常表现出惊慌恐惧、焦虑担忧、急躁等情绪。因此,护理人员应主动关心、同情患者,以熟练的护理技术准确及时地给予各种抢救措施,以解除患者痛