

温流质饮食,第3天可进半流质饮食。张口困难、不能进食者可给予静脉补充液体。术后1周戒烟酒,忌食幸、辣、硬、油炸等食物和酸类果汁,以免刺激伤口引起疼痛及损伤创面。

5.6 手术当日应卧床休息,少说话。术后第二天开始注意三多:即多说话、多漱口、多进食,以增强机体抵抗力,防止伤口瘢痕挛缩。

5.7 术后24h后给予朵贝尔氏液漱口,一日数次,保持口腔清洁。

5.8 做好术后止血的准备工作。准备好止血药物及用物。如止血包、吸引器、氧

气及各种急救药品等。

5.9 术后监测 小声级计测量:鼾声声压级测定,术前 $74.1 \pm 11.9$ dB,术后 $46.7 \pm 8.1$ dB ( $P < 0.01$ )。<60dB 33例(占94%),改善2例(较术前降低16dB)。31例憋气型鼾症,呼吸暂停基本消失共20例(占64.5%),改善10例(占32.2%),无效1例。(2)咽部测量:咽峡左右径术前 $12.9 \pm 4.5$ mm,术后 $23.9 \pm 3.9$ mm ( $P < 0.01$ )。腭帆间隙前后径,术前 $8.2 \pm 2.1$ mm,术后 $14.8 \pm 1.9$ mm ( $P < 0.01$ )。(3)超重者应减肥。

## 超声引导下下腔静脉内支架成形术患者的护理

宋开兰<sup>1</sup> 胡淑玉<sup>1</sup> 崔金丽<sup>2</sup>

(<sup>1</sup>山东省立医院, 250021 <sup>2</sup>庆云县医院, 253700)

**内容提要** 布加综合征是肝静脉或肝段的下腔静脉阻塞,使肝静脉、下腔静脉血回流受阻引起的一系列临床症候群。超声引导下下腔静脉内支架成形术是治疗布加综合征的新介入疗法。作者为7例膜型和5例节段型布加综合征患者施行该疗法,取得良好效果。术前应加强心理护理,做好物品准备,完善各项检查;术中要严密监测心电图、血压等变化;术后需制定护理计划,严密观察和及早处理可能发生的并发症。

**关键词** 布加综合征;超声介入;护理

布加综合征是肝静脉或肝段的下腔静脉阻塞,使肝静脉、下腔静脉血回流受阻,引起的一系列临床症候群。目前,超声波检查是诊断布加综合征的首选方法,但超声介导下行下腔静脉内支架置入术治疗布加综合征尚未见报道。自1994年起,我们用该法治疗7例膜型和5例节段型布加综合征患者,取得良好效果。现将治疗、护理要点介绍如下。

### 1 资料与方法

1.1 临床资料 本组12例中男6例、女6例,26~68岁,病程7个月~20年。入院时主要临床表现有腹胀、肝脾肿大、腹水、腹壁静脉曲张、下肢浮肿及色素沉着等。食道钡餐发现均有不同程度的食道静脉曲张。术前B超检查,7例为膜型阻塞,5例为节段型阻塞,5例经下腔静脉造影证实。

1.2 方法 超声探头扫查剑下、肋间,定出下腔静脉部位,以确定穿刺部位、方向和浓度,用

Seldinger技术穿刺右侧股静脉, 置入14F导管鞘至下腔静脉, 超声监视下沿血管将球囊导管送至下腔静脉狭窄段, 向球囊内注入生理盐水扩张下腔静脉。完全闭塞者先用破膜针破膜后再扩张。根据注入球囊的盐水量及超声测定结果判定, 球囊充分展开后, 退出球囊导管。由支架输送器置入血管内支架, 剑下、肋间探扫显示位置恰当后释放支架, 使之支撑扩张后的狭窄部位。穿刺局部加压包扎。

## 2 结果

12例全部成功, 操作时间40min至3h, 术后即刻平均IVC压力由术前的4.01kPa降至2.00kPa, 狭窄处直径成为1.5~1.8cm, 血流速度及波型恢复正常。术后24h内下肢浮肿开始缓解, 3~5天完全消退。术后1周患者乏力、腹胀、纳差等症明显好转, 胸腹壁静脉曲张消失。复查B超11例支架扩展充分, 支架内血流通畅, 肝脾较术前缩小, 门静脉血流改善, 内径变窄。1例下腔静脉5.2cm狭窄并部分血栓形成患者, 支架置入时内径是1.7cm, 3天后复查B超支架中部严重狭窄, 直径约0.8cm, 球囊扩张支架狭窄处至1.8cm, 出院时情况良好。5例膜型患者已观察6个月以上, 支架开放好, 病情无反复。

## 3 护理

### 3.1 术前护理

3.1.1 心理护理 本组多数患者病程较长, 求治心切, 一旦决定行下肢静脉内支架成形术, 有的高兴, 对可能出现的并发症重视不足; 有的则顾虑重重, 对治疗缺乏信心。为此, 我们首先向患者及其家属讲明本疗法的目的、特点, 并简要介绍本疗法的原理、操作步骤、预后及可能出现的并发症, 详细介绍成功的病例, 以消除

顾虑与紧张心理, 使患者正确对待本疗法, 积极配合。

3.1.2 协助医生做好各项检查, 如出凝血时间、凝血酶原时间, 血、尿、大便常规, 心、肺、肝、肾功能等。

3.1.3 术前分别消毒术中所需的各种导管及穿刺器械, 备齐手术巾包、消毒用品及必要的镇静抢救用品。

3.1.4 术前一日双侧腹股沟区备皮; 晚8时给予西沙比利10mg以促进胃肠蠕动, 减少肠内积气; 告知患者晚饭后禁食禁饮。为防术中出现低血糖反应, 可静脉补液。

3.2 术中配合 协助患者摆好体位, 严密监测心电图、血压、呼吸等变化, 观察患者面色, 倾听其主诉, 尤其在破膜与放支架时, 如主诉疼痛可暂缓操作并肌注杜冷丁。如心电图出现异常及时找出原因并处理。本组5例主诉肝区疼痛, 1例右肩背部疼痛, 经肌注杜冷丁缓解。

### 3.3 术后并发症的观察与护理

3.3.1 一般护理 术后绝对卧床24h, 以免支架脱落或移位。插管侧下肢制动、防止屈髋24h, 穿刺局部沙袋加压包扎6~12h, 以防局部出血或血肿。

3.3.2 预防感染 布加综合征患者病程较长, 营养状况差、抵抗力低, 术中组织创伤也会致吸收热, 所以术后严密监测体温变化, 3天内每4h测体温1次, 并常规静滴抗生素3~5天以预防感染。本组6例术后第二天体温达37.3~39℃, 经处理好转。

3.3.3 防止人工通道再狭窄或闭塞 这是影响手术远期疗效的主要并发症, 可能与内皮细胞增生过度或血小板聚集形成血

栓有关。术后1周常规给予肝素500mg肌注，后改用肠溶阿斯匹林，连续服用3~6个月，用药中注意观察有无出血倾向。

3.3.4 防止腹腔出血 密切观察生命体征及腹部体征，详细记录出入量。如腹部疼痛进行性加剧、血压下降、出现腹膜刺激征等，应考虑到腹腔内出血，必要时腹腔穿刺，以便及早发现及时处理。本组病

例术后1~3天肝区出现不同程度的疼痛，但无腹腔出血等严重并发症。术后24h下肢浮肿开始消退，尿量增加，3~5天腹胀、纳差等症状改善，曲张静脉消失，肝脾逐渐回缩。

3.4 出院指导 对即将出院的患者给予生活及饮食指导，嘱其服用抗凝剂3~6个月，定期复查，做好随访。

## 微量输液泵应用中的常见问题及护理

杨秀瑾

(青岛医学院附属医院, 266003)

微量输液泵主要输注正性肌力药物、血管扩张剂、抗心律失常药等，给临床护理工作带来很多方便，但也存在些问题。现就应用中的常见问题及护理要点总结如下。

### 1 常见问题与原因

1.1 患者心率增快 多见于重危患者使用两台以上微量泵或泵入两种以上药物时。

1.2 造成血压下降 升压药应用过大时，因更换或阻塞，使升压药中断使用，或更换血管扩张剂时，不慎推入。

1.3 静脉通路阻塞 泵入药物量较小时，尤其选用下肢静脉使用微量泵，若观察不及时，易造成阻塞。

### 2 护理

2.1 熟练掌握微量输液泵的操作规程 目前使用的微量泵均可直接通过手控推注药物。在美国产的Model600 3M型微量泵上，按Purge Bolus键即可手控推药，若急需推药时，按压此键两次，第二次按压后显示出“P”，然后持续按压以0.1ml/s速度推注；德国产B·Braun输液泵的注射器尾部下方的小螺旋即为手控装置，每旋转1周即可推注2ml液体，由此可算出所推注药

物的剂量。患者体重50kg，计算需泵入多巴胺的量。根据泵入公式 $1\text{kg} \times 3 = 50 \times 3 = 150\text{mg}$ ，将150mg多巴胺加入5%GS50ml内，每ml液体内含多巴胺3mg，此微量泵旋转1周即可推注多巴胺6mg；Model6003M型微量泵每0.1ml即为0.3mg。熟练掌握微量输液泵的手控功能，可在急救时使用，但应熟悉每台输液泵所泵入药物的名称和剂量，以免推错。

2.2 两种药物不可同时配置在同一个注射器内，两台输液泵也不可经三通共用一条静脉通路，因不便单独加减某一药物的用量。如一例换瓣术后的患者，体重70kg，因血压由13/6kPa降至4/0kPa，即刻旋转B·Braun泵上的螺旋2周，推注多巴胺16.8mg，同时以每分10μg/kg静脉泵入，血压逐渐回升至12/8kPa，心率由110次/min升至150~160次/min。分析原因是多巴胺和异丙肾上腺素两种药物由三通共同连接在锁骨下静脉穿刺针上，在推注多巴胺的同时，使异丙肾上腺素在单位时间内用量加大，造成心率增快。工作中因微量泵数量有限，常将两种药物配置在同一注射器内，在急救时易造成误推，故尽可能不将多巴胺和其他药物如异丙肾上腺素，硝普钠等