维普资讯 http://www.cqvip.com

2.2 心理性亚健康状态

最常见表现是焦虑、担心、恐慌。担心和恐惧是一种发自内心的不安，这种精神状态若持续存在，无法自我解脱和控制必定会产生心理障碍。表现为烦躁、易怒、睡眠不佳等。因此，常常觉得生活中危机四伏、没有能力解决某些难题。严重者感到心慌、心悸、不安、胃绞痛，处理事情慌乱、手足无措、无所适从[2]。这些可怕的心理疾患，可诱发心脏病、癌症发生。

2.3 人际交往性亚健康状态

主要表现为与他人之间的心理距离加大、交往频率下降、人际关系不稳定等。随着社会的进步，竞争日益激烈，人际交往复杂。初步研究发现，人们受教育程度的提高、独立意识和自我意识的增强，信息接收来源的广泛、及时和量的扩充，个性发展的多样化，最终导致人际关系的淡化。孤独、冷漠、自卑、猜疑、自闭，在人与人之间铸起了一道道屏障，这是现代人心理障碍又一个重要因素。尤其是年纪较大的人们容易患上了感情综合征和社会不适应症，产生一种被社会抛弃和遗忘的强烈孤独感。

3 亚健康状态恶化

亚健康状态部分人群(特别是"工作狂")，对自己的健康不给予足够的重视，或不及时调整亚健康状态，任其发展将进一步恶化就有可能出现"过劳死"。过劳死是一种未老先衰，猝然死亡的生命现象。研究表明易出现过劳死的人群主要有以下三种：收入高且只知消费不知保养身体的人；事业心强，特别是"工作狂"；家族有遗传早亡倾向又自以为健康的人。

4 产生亚健康状态的因素

产生亚健康状态的原因是多方面的，既有生理、心理平衡稳态失调，又有环境、生活条件、工作压力等多因素的影响。社会发展日新月异，信息变化加速，使得终身学习成为必然的要求，因此，学习新知识，创造新思维，成为人们沉重压力和精神负担。工作和学习占去了人们的大部分时间，使得人们之间的情感交流变得越来越少，越来越空乏，孤独成为人们生存的显著特征。种种利益交织冲突，人际关系变得复杂化，使得人们建立和处理人际关系变得更加谨慎和困难。废气、垃圾、工业、噪音及射线等污染，宁静祥和的环境往往被喧嚣和污浊所代替，严重威胁着人们的生存环境。生活的复杂化、多变性，给人们的恋爱、婚姻、家庭生活的稳定性产生了越来越多的冲击，使得人们之间的情感联系薄弱，情感受挫的机会增多，从而降低了人们对情感生活的信心，影响了人们情感生活的质量。

亚健康状态现象的普遍存在，已成为不可忽视的社会问题。处于亚健康状态者，身体不适、心理不安、情绪不佳，物质生活无论多丰富，不能说明生活是幸福的，家庭生活也谈不上宁静温馨。推而广之，亚健康状态严重影响人们的学习、工作、生活的质量和效率。才能得不到应有的发挥，潜能得不到应有的挖掘，全面发展便严重受阻。显然亚健康状态不仅是个体健康问题必须预以高度重视。作为个体，要有健康的心态，不要自寻烦恼，调整心态，不要过分执着；面对现实，不要想入非非；宽恕和忍让，不要以自我为中心；加强锻炼，生活有节律等等[3]。改善亚健康状态的关键是科学的生活方式，构筑健康的"四大基石"，即合理的膳食、适量的运动、戒烟、戒酒、心理平衡。同时要加强亚健康状态的宣传和教育，切实得大家的重视。

[参考文献]

[1] 龚海洋，王琦.亚健康状态及其中医学研究进展述评[J].北京中医药大学学报，2003，26(5)：1－6.
[2] 郭振球.老年亚健康状态与中医药保健[J].河南中医学院学报，2003，18(5)：11－12.
[3] 贺顺喜.亚健康状态人群防病预警管理对策初探[J].解放军预防医学杂志，2003，21(2)：127－128.

(编辑：蒋登金)

房间隔缺损介入治疗的护理

The care of ASD patients treated with Amplatzer septal occluder

李迎春，蔡晓莲
(第三军医大学附属西南医院心内科，重庆市介入心脏病研究所，重庆 400038)

[关键词] 房间隔缺损；介入治疗；护理
[中图分类号] R541.1；R473.5 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2004)01－0037－03

房间隔缺损(artrial septal defects，ASD)是一种常见的先天性心脏病，既往外科手术是其唯一的治疗方法。1974年King等[1]首先应用介入治疗技术闭合继发孔型ASD。此后，经导管介入性治疗ASD得到迅速发展，并取得良好的临床治疗效果。其中，护理在ASD介入治疗中有着重要的意义，对治疗疗效有着至关重要的作用。本文结合我科自1998年1月至2003年12月70例应用Amplatzer封堵器治疗继发孔型ASD患者，探讨ASD介入治疗中的护理，以取得良好的疗效。

[收稿日期] 2002－08－10 [修回日期] 2003－12－29

维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2004年第13卷第1期
J Regional Anat & Operative Surg, 2004, Vol.13, No.1

1 资料与方法

1.1 临床资料

全组男20例，女50例，年龄4～52岁（平均29岁），体重10～68 kg。经临床、超声心动图等检查证实为继发孔型ASD。超声心动图显示ASD直径（18±8）mm（5～34 mm），60例有不同程度右房及右室增大，X线平片显示肺血呈不同程度增多，3例存在两个房间隔缺损，大者直径17～24 mm，小者4～8 mm。70例术前均经食管超声心动图（TEE）检查，示ASD直径（22±7）mm（5～34 mm），ASD边缘距腔静脉、肺静脉、冠状静脉窦及房室瓣的距离均大于4 mm，除3例并发动脉导管未闭，同时行封堵术外，未并发其他畸形。

1.2 介入治疗方法

Amplatzer封堵器为美国AGA[2]公司制造。局麻或基础麻醉下行右股静脉穿刺，行常规右心导管检查，送入食道超声探头用于术前诊断和术中指导封堵器位置的调整，送入端孔导管通过ASD至左上肺静脉，插入260 cm交换导丝至左上肺静脉，沿导丝送测量球囊到左房中部，以稀释造影剂充盈球囊，在TEE和X线监测下，回撤球囊至右房，整个过程连续摄像，然后测量ASD最大伸展径，即为ASD直径；按该直径或比其大1～4 mm选择好封堵器，将其安装于输送器内芯的先端。送相应直径的输送鞘管进入左房，再将封堵器送入左房，待封堵器的左房侧盘及"腰部"张开后回撤输送器内芯，在TEE监视下使左房盘与左房壁充分相贴"腰部"完全卡于ASD内。少许回撤鞘管使右房盘张开，经TEE证实封堵器位置合适后，松开输送器内芯末端的旋钮将封堵器释放，撤出所有输送装置，完成操作。全部操作在肝素化下进行。术后24 h内继续肝素化（100 IU/kg）。

2 护理

2.1 术前指导及心理护理

Amplatzer封堵器介入治疗ASD是近几年开展的新技术，而幼儿常行此手术，父母怕手术不成功或对孩子将来有影响存在着恐惧、担心、忧虑等心理。因此，我们主动与病人家属交谈了解其心理状况，根据其心理特点实施术前指导及心理护理。我们主动与儿童接近，模仿儿童的言语与其进行交流，及时回答患儿提出的问题并给予满足，把胆小爱哭怕治疗的患儿与勇敢的患儿放一起，鼓励患儿勇敢，使得患儿很好地配合完成各项术前准备工作[3]。对年长者，重点介绍手术的方式、优点、安全性、可靠性及疗效等，耐心倾听病人的主诉，针对性地解答。并请手术成功的患者现身说法，介绍其对手术的亲身感受，使病人及家属消除顾虑，增强手术治疗的信心。

2.2 术中护理

2.2.1 防止手术及麻醉意外　术中严密心电监护，观察心律、心率、血压、呼吸，询问及倾听病人主诉，了解有无心脏压迫。行基础麻醉的患儿，观察麻醉的程度，平卧头偏向一侧保持呼吸道通畅，防止窒息。观察病人有无躁动或心率增快、血压下降、呼吸困难等异常，防止麻醉意外。

2.2.2 防止封堵器脱落　置入封堵器过程中，及时准确调整手术床及X线显示器，使ASD部位和封堵器影像达到最清晰。释放封堵器时，严密观察封堵器定位情况，如脱落或存在较大量残余分流且不稳定，立即做好急诊手术准备。

2.3 术后护理

术后护理对ASD患者的疗效有着重要的作用，主要注意以下几点：

2.3.1 一般护理　术后病人住ICU室，连续心电、血压监护1～2 d，取平卧位，术侧肢体制动24 h，观察足背动脉搏动情况，注意观察伤口敷料有无渗血、皮下有无活动性出血及血肿。行基础麻醉的患儿取平卧位，头偏向一侧，观察其神志，防止分泌物堵塞呼吸道至麻醉清醒。观察足背动脉搏动及皮温、色泽，每小时1次，至拔管后24 h。

2.3.2 鞘管的护理　术后拔除鞘管时，积极预防疼痛或压力过度所致的反射性心动过缓、血压降低等。采取下列措施：①拔管时动作轻柔，严密心电、血压监护等，备好阿托品、利多卡因、多巴胺等急救药；②拔管时保持静脉通道通畅，紧张，伤口剧痛者使其身心放松，于穿刺处皮下注射利多卡因50～100mg；③鞘管拔除后局部压迫20 min，采用分段减压法压迫止血，按压伤口力度以能触到足背动脉搏动为准，绷带"8"字加压包扎并沙袋压迫4～8 h，严禁同时拔出两侧鞘管。

2.3.3 心律失常　术后早期可出现房性心律失常，可能与封堵器尚未完全固定、在心脏跳动中与房间隔磨擦有关，可在术后1～2个月后消失[3]。术后严密监测心律和心率，经常询问病人主诉，如有心率增快，明显心悸、心慌等立即报告医生及时处理。术后1～7 d 6例ECG示频发房性早搏，2例出现心房纤颤，1例出现房性心动过速，给予普罗帕酮或胺碘酮治疗均恢复正常。

2.3.4 低血压　术后低血压的发生可能与术前禁食、术后进食少造成的低血容量及拔管过程中迷走神经兴奋性增强有关，主要措施有[2,3]：①回病房后立即监测血压、心率或脉搏、呼吸，检查伤口及输液通道，指导病人饮水进食；②补充血容量，以纠正低血容量及促进造影剂排泄。若出现心率或脉率偏快、血压偏低、脉压小、口渴、少尿、冷汗、面色苍白、恶心不适等，或补充血容量后血压不升时，应考虑用心血管活性药物，并进一步查明原因，及时处理。本组2例低血压1例发生在拔管后2 min，1例发生于手术后第2天，经快速补液扩容血压回升。

2.3.5 预防封堵器血栓形成、血管栓塞的发生　术后血栓形成可导致脑梗死或其它脏器栓塞，视网膜动脉末梢栓塞等。除术前3 d口服肠溶阿斯匹林、术中肝素化，术后严格抗凝及监护[4]。对血液有高凝倾向者，增加肝素化及抗凝治疗药物用量，据凝血酶原时间调整药物剂量。抗凝治疗期间注意查凝血酶原时间及血小板数量，观察穿刺伤口、皮肤黏膜、牙龈、小便等有无出血现象，如有异常应立即处理。预告病人避免导致出

维普资讯 http://www.cqvip.com

血的危险因素，如外伤、碰撞、剧烈运动等。24 h后撤除绷带查看伤口，无异常逐渐增加活动量。

2.3.6 预防感染 因介入心脏操作，加之病人卧床休息减少活动，易发生细菌性心内膜炎或肺部感染。预防措施：术中严格无菌操作，术后静滴抗生素3～5 d。加强营养提高肌体免疫力。术后3 d体温升高常为手术反应，若体温过高或术后4～6 d体温仍高，应警惕有感染的可能，加强抗感染的措施。本组无一例发生感染。

[参考文献]

[1] Sievert H, Krumsdorf U. Transcatheter closure of intracardiac shunts[J]. Z Kardiol, 2002,91 (Suppl 3): 77－83.

[2] Fischer G,Stieh J, Uebing A, et al. Experience with transcatheter closure of secundum atrial septal defects using the Amplatzer septal occluder: a single centre study in 236 consecutive patients[J]. Heart ,2003,89(2): 199－204.

[3] Roos-Hesselink JW, Meijboom FJ, Spitaels SE, et al. Excellent survival and low incidence of arrhythmias, stroke and heart failure long-term after surgical ASD closure at young age. A prospective follow-up study of 21-33 years[J]. Eur Heart J, 2003,24(2): 190－197.

[4] Brandt RR, Neumann T, Neuzner J, et al. Transcatheter closure of atrial septal defect and patent foramen ovale in adult patients using the Amplatzer occlusion device: no evidence for thrombus deposition with antiplatelet agents[J]. J Am Soc Echocardiogr, 2002,15(10 Pt 1): 1094－1098.

(编辑：张集建)

急性肺栓塞22例临床分析

Clinical analysis of 22 patients with acute pulmonary embolism

李桂芳
(衡水市第四人民医院内科，河北 衡水 053000)

[关键词] 肺栓塞；诊断；治疗
[中图分类号] R563.5 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2004)01－0039－02

急性肺栓塞是急性肺部疾患主要的致死原因之一。近年来，其发病率呈上升趋势，据统计，美国每年有症状的肺栓塞有70万人以上，占心肌梗死的一半，是脑血管病发病人数的3倍，死亡人数20万人，占临床死因的第三位[1]。而该病误诊率、死亡率高，国外生前确诊率为10%～30%，国内约为7.8%。能及时诊断治疗的患者死亡率为7%，而没被诊断者死亡率达60%[2]，故早期、正确诊断肺栓塞是临床上极为关注的问题。本文收集我院自1992年至2002年间诊断明确的22例急性肺栓塞病人进行临床分析，以期提高对本病的早期诊断率和抢救成功率。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男15例，女7例，年龄6～85岁，平均44岁。其中7例有两种基础疾病，下肢深静脉血栓形成10例次，长期卧床7例次，肾病综合征2例次，心脏病(先天性心脏病、风湿性心脏病、感染性心内膜炎等)8例次，分娩2例次。

[收稿日期] 2003－09－12 [修回日期] 2003－12－29

1.2 诊断依据

主要通过以下临床表现作出诊断：①有引起肺栓塞的基础疾病存在；②突发胸痛、呼吸困难、咯血、发热、心悸等；③病变相应区有胸膜摩擦音、呼吸音减弱等；④X线胸片有楔形、锥形和片状阴影；⑤心电图有肺动脉高压和右心房、右心室负荷过重等变化；⑥治疗后转归情况。

1.3 临床表现

临床表现见表1。

表1 22例肺栓塞临床表现

项目	例(%)	项目	例(%)	项目	例(%)
呼吸困难	(19/86)	咳嗽	8(36)	下肢浮肿	10(45)
胸痛	13(60)	焦虑	7(32)	发热	7(32)
咯血	14(64)	发绀	12(55)	呼吸音减弱	7(32)
心悸	14(64)	湿罗音	10(45)	休克	6(27)
出汗	9(41)	胸膜摩擦音	8(36)	胸腔积液	6(27)
昏厥	5(23)	心吕失常	6(27)	充血性心衰	5(23)

1.4 辅助检查

1.4.1 实验室检查 白细胞升高17例，占77%；血沉增快