维普资讯 http://www.cqvip.com

空气消毒和台面消毒，室温调至22～24℃，相对湿度保持在50～60%，检查术中吸氧、多功能监护仪、电凝及抢救药物是否准备良好，以保证术中良好的功能状态。并且要联系放射科大夫，保障影像增强设备完好状态。

3.手术中的物品准备：术中用的器械和敷料均应进行高压蒸气灭菌，以保证无菌。器械与髓内针必须相互匹配，否则易导致放置和取出困难，或损坏螺纹产生晚期松动等并发症。同时，应依据病人身高、X线片准备好不同直径及长度的交锁髓内针、锁钉、髓腔锉、拔针器械、骨科手术床及充足电源的电钻等。

4.体位摆放：多采用仰卧位而非侧卧位，过于肥胖的病人手术时，躯干尽量向健侧倾斜，患侧下肢尽量内收，以使大粗隆突出，否则将造成钉置入困难。采取仰卧位对于多发损伤的治疗尤为重要。此体位简单且易常规化，对麻醉呼吸管理也有明显便利。

二、术中护理

1.建立有效的静脉通路：进行此类手术的病人，手术切口大，时间长，髓腔出血多，术中易发生失血性休克。建立良好有效的静脉通路，以确保及时输入液体和血液，应用急救药物，是保证手术成功的关键。因此，术中还要密切观察有无渗漏和阻塞，及时排除障碍。

2.生命体征的观察及护理：巡回护士要以强烈的工作责任以及熟练的操作技能严密观察病人的病情变化，并予以及时的护理。认真注意多功能监护仪反映的生命体征，及时发现呼吸、心率、血压变化，并结合病人的口唇、甲床、皮肤、血氧饱和度指数，排除麻醉因素的影响，及时发现异常，采取有力措施，使手术顺利进行。

3.器械传递熟练准确，使手术安全进行：手术中器械护士责任重大，必须熟知手术步骤，眼明手快，及时迅捷地传递器械。还要对台上物品严格管理，术前、术中及术后均应与巡回护士共同清点器械物品，保障手术安全顺利地完成。

4.严格管理及记录出入液量：术中应准确估计失血量，常用方法是：吸引器瓶中吸出量＋纱布吸血量，并根据血压、尿量、血气监测指标酌情调整。原则上是补液及补血量足够且避免过量造成心衰和肺水肿。大量输血时，要防止低温血的冷刺激，并经两人严格核对无误后方可输入。还应认真记录好尿量。

5.术中其它护理：术中还应注意病人的皮肤护理，避免受压，预防皮肤损伤。术后擦净患者身上的血迹，包扎完毕后陪同麻醉师共同将病人送回病房，做好全面的床前交班，包括病人生命体征的变化动态，补血补液实际数量及皮肤状况等。

三、讨论

开放性放置交锁髓内针治疗股骨干多发骨折，能够有效防止骨折处的旋转和缩短，固定安全可靠。手术室护士在配合此类手术前，要以高度的责任心和强烈的求知欲望，认真学习理论知识，熟知手术步骤，丰富手术配合经验，保证手术顺利完成。

（收稿：2001-01-02）

33例蛛网膜下腔出血行IADSA术的护理

马 兰* 陈 静*

IADSA即经动脉数字减影血管造影，是将传统的血管造影与电子计算机结合起来的新技术。主要用于显示动脉瘤和血管畸形。蛛网膜下腔出血的主要原因是先天性动脉瘤和脑血管畸形，而且由于动脉瘤破裂出血的存活者中有1/3复发，复发死亡率为30%～60%，第三次出血几乎是100%死亡。因此在病情允许的情况下，蛛网膜下腔出血的患者应行IADSA术以查出出血原因，确定有无动脉瘤，血管畸形及部位和大小，为进一步介入治疗或手术治疗提供依据。我科从1997年5月～2000年10月对33例蛛网膜下腔出血的患者行IADSA检查，效果较好，现报告如下。

一、临床资料

本组33例，男22例，女11例，年龄21～52岁，均经股动脉进行IADSA术检查。结果19例为动脉瘤，8例为血管畸形。

二、术前护理

1.心理护理：因为IADSA术是经股动脉穿刺的创伤性检查，有一定的危险性，因此患者的心理压力比较大。针对不同的病人我们采取不同的心理支持。首先对患者态度和蔼，尽量帮助患者解决实际困难，取得患者的信任；并向患者介绍有关IADSA术的相关知识和做IADSA术的必要性，减轻患者的心理负担，使患者主动配合检查和治疗。

2.术前准备：患者入院后要进行全面检查，对有碘过敏史、心肝肾功能不全、严重心律失常、全身感染或出血性疾病者禁止检查。术前24小时应做碘过敏试验，即静脉注射泛影葡胺溶液1毫升，观察15分钟，看病人是否有恶心、呕吐、荨麻疹、结膜充血等；术前还必须行术侧腹股沟及会阴部备皮，术前6小时禁食水，防止术中病人因膀胱充盈而难以坚持，致躁动而影响手术操作。术前30分钟肌注鲁米那0.1克、阿托品1毫克，使患者充分镇静，消除紧张恐惧心理，减少不良反应。

三、术后护理

术后患者需平卧24小时，穿刺部位压沙袋防止出血。密切观察生命体征变化及穿刺部位是否有渗血、血肿；同时随时注意术侧下肢皮肤的颜色、皮温、足背动脉搏动情况等。如有下肢发凉、疼痛、发绀、足背动脉搏动减弱或消失应立即通知医生给予必要的处理。避免用力打喷嚏及咳嗽，以免局部压力过

* 作者单位：110001 沈阳市中国医科大学附属第一医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

高，突然开放而致出血。

四、疾病护理

蛛网膜下腔出血的患者为避免再出血必须绝对卧床4周，且要减少探视，避免患者受到精神刺激，尽量保持患者情绪稳定；对高热的患者行物理降温、头枕冰袋，可以减少脑代谢，也可使颅内压下降；同时限制液体入量，严格记录出入水量，且输液速度不宜过快，密切观察患者的意识、瞳孔、头痛、呕吐等病情变化，当患者头痛回剧，出现呕吐、嗜睡、意识恍惚或肢体强直发作时应警惕脑疝的发生。遵医嘱应用20%甘露醇快速静滴，减轻脑水肿、降低颅内压，减轻头痛、恶心等症状。保持大便通畅，可以通过饮食，使用缓泻剂、开塞露等方法，避免用力排便；加强呼吸道管理，预防肺内感染的发生；做好基础护理，防止压疮及泌尿系统感染。

（收稿：2001-02-05）

髂内动脉插管化疗的护理体会

巴丽敏* 冯文芳*

子宫颈癌及卵巢癌是女性生殖器官的恶性肿瘤，是一种易复发，易转移，严重危害人们生命健康的恶性疾病。但由于癌症已是晚期，手术不易彻底切除，故先实行化疗，然后手术。我科1998年11月～1999年2月对10例子宫颈癌及卵巢癌的病人，在局麻下做了髂内动脉插管化疗术。经过我们医护人员的精心治疗及护理，10例病人无一例发生并发症。现将护理体会介绍如下。

一、临床资料

10例病人中子宫颈癌5例，卵巢癌5例。年龄最小38岁，最大63岁，平均50岁。B超显示肿瘤平均范围4cm×4cm。化疗药物为卡铂400mg，丝裂霉素10mg，阿霉素40mg。经2次栓塞髂内动脉后，使病灶平均缩小1cm，宫旁软化，宫颈恢复原形，手术切除彻底。

二、术前护理

1.进行必要的心理疏导。化疗前必须了解患者的病情、主动关心和帮助患者克服消极心理，向其解释髂内动脉插管化疗的方法，效果及注意事项。以解除患者对化疗的焦虑和恐惧心理，交待病情及术中可能出现的问题，取得病人配合后方可进行。

2.完善必要的检查项目：血常规、肝、肾功能。

3.穿刺前做泛影葡胺试敏，对于过敏体质患者应格外小心，尽量使用非离子型造影剂。

4.穿刺前一日备皮，按穿刺部位作好两侧腹股沟及会阴部毛发处理，并督促病人清洗干净。给病人测量血压，并注意检查穿刺部位远端动脉搏动情况，便于穿刺中，穿刺后对照。

三、术后护理

1.密切观察生命体征，测T.P.Bp，每15～30分钟巡视一次。观察尿量，如输液后2小时内尿量少于100毫升应通知医生，肌注速尿20毫克，并严格记录24小时出入量。

2.平卧位24小时，留置尿管24小时，术后禁食水24小时。

3.观察穿刺处有无渗血及活动性出血，触摸足背动脉，若无异常，穿刺局部压迫砂袋12小时。如有渗血，局部应予以止血及时更换敷料。

4.注意保持尿管通畅，观察尿色，尿量并记录，每日用0.5%洗必太棉球清拭外阴二次。

5.注意观察下肢血运情况，观察有无血栓形成及血栓性静脉炎的发生。观察足背动脉有无减弱或消失，皮肤颜色是否苍白及温度是否下降、穿刺侧下肢有无疼痛和感觉障碍。若趾端苍白；小腿疼痛剧烈；皮温下降；感觉迟钝。则提示有股动脉栓塞的可能，应通知医生、及时处理。

6.注意化疗副反应，主要表现为发热，呕吐及骨髓抑制。

(1)发热多在穿刺后3d之内，体温波动在37.5～38.5℃左右，此时需注意室内空气流通，注意保暖，保持皮肤清洁，鼓励患者多饮水，维持输液通道通畅，以保证补液和应用药物的进行。预防应用抗生素后体温迅速恢复正常。

(2)10例插管化疗后骨髓均有不同程度抑制。做好保护性隔离以防交叉感染，同时对症处理，使用惠尔血150μg皮下注射，定期检查血象，必要时输少量新鲜血以增加机体抵抗力，减轻药物的毒性反应。

(3)恶心、呕吐是化疗最常见的消化道反应，患者呕吐频繁，不思饮食，故尽量鼓励病人摄食，以食易消化，高热量为宜，以维持机体的正氮平衡。

7.注意观察病人四肢有无麻木。

四、讨论

髂内动脉插管化疗是一门新兴的学科，它不同于原放射学的单纯诊断工作，而是在应用影像设备指导下，通过穿刺等方法将器械引入体内进行诊断，治疗的学科。因此，它的术前，术后护理工作必不可少。要求护士要有高度的责任感，熟练的护理技术、技能，对病情变化的严密细致观察和及时处理，才能防止，减少并发症的发生，协助医生为保证穿刺顺利完成起着极其重要的作用。

通过髂内动脉穿刺化疗术的临床应用及护理实践，使子宫颈癌及卵巢癌晚期的病人取得了显著疗效。均使病灶缩小，宫旁软化，使手术彻底。今后在开展髂内动脉穿刺化疗的治疗及护理工作中还要不断地探索和完善，以提高我们的护理工作。

（收稿：2001-03-12）

* 作者单位：110001 沈阳市中国医科大学附属第一医院妇科