DOI:10.16016/j.1000-5404.1995.03.045

冠状动脉腔内成形术病人的护理

Nursing care of patients with percutaneous transluminal coronary angioplasty

杨丽英 张 艺 (第三军医大学附属新桥医院心血管内科)重庆,630037
马均华 (第三军医大学附属西南医院心血管内科)重庆,630038

冠状动脉腔内成形术(Percutaneous transluminal coronary angioplasty,PTCA)是经皮穿刺将特殊的球囊扩张导管插入冠状动脉的狭窄部位,在严密监护下球囊加压膨胀,扩张狭窄部位,增加血流的导管治疗技术。自Gruentzig[1]首次用PTCA治疗狭窄的冠状动脉成功以来,PTCA在我国得到迅速发展。我们于94年4月起开展此项介入疗法并取得成功,现将护理体会介绍如下。

1 临床资料

本组13例患者,其中男性11例,女性2例。年龄48~72岁,平均60.5岁。不稳定型心绞痛9例,发病时间为半年至12年,陈旧性心肌梗塞4例,病史半年至10年。13例患者心功能均为Ⅰ级,心电图均有缺血性ST-T改变。术前冠状动脉造影显示右冠状动脉狭窄1例,狭窄程度80%,左前降支狭窄10例,狭窄程度75%~95%,左旋支狭窄2例,狭窄程度75%~85%的病人行PTCA。

2 护理要点

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 向病人介绍PTCA的目的、安全可靠性及术中可能出现的一些症状,以解除思想顾虑,取得术中配合。

2.1.2 病人常规术前准备 除做好病人常规准备外,术前还应做好各种化验检查如:血常规、肝肾功能、出凝血时间及凝血酶原时间、十二导联心电图、冠状动脉造影检查及术前一周经阿斯匹林0.3 g/d的抗凝治疗。

2.1.3 护士准备 责任护士及导管护士熟悉病情,参加术前讨论,做好各项抢救准备。

2.2 术中护理

2.2.1 术前30 min注射镇静剂后送病人入导管室,使其舒适地仰卧在导管床上,做好心电监护,建立可靠的静脉通路并保持通畅,以保证术中的用药,备好急救药品:利多卡因,阿托品吸入注射器内备用[2],准备好除颤器及临时起搏器。

2.2.2 严密监护

2.2.2.1 心电监护 术中严密观察心电示波器,一旦发现心电图改变应及时告知术者,或移动导管,或药物干预消除心律失常的诱因[3],如果出现致命性心律失常立即报告医生并采取紧急措施,如一例病人术中导管进入第一狭窄部位时,病人出现室颤,立即停止操作,以200J电击除颤后恢复正常心律;如发现心脏停搏,立即行心外心脏按压,行体外临时起搏。

2.2.2.2 生命体征监护 术中细致观察血压、呼吸、脉搏、有无心绞痛、神志,球囊到位后,观察病人有无不适在心电压力监测下,球囊缓慢进行扩张,要求护士术中默契配合。

2.3 术后护理

2.3.1 扩张术后只将球囊及导引导管等拔出,动脉鞘管仍需固定于血管中24 h以备用。在导管室观察30 min后送至CCU,详细交接班,观察伤口及足背动脉搏动情况,下肢远端皮肤温度,注意沙袋压迫的位置,注意动脉鞘管有无脱位其中每2 h用无菌肝素盐水冲洗动脉鞘管。

2.3.2 绝对卧床24 h,严密监护心电,血压及各种生命体征,发现异常及时报告,处理。

2.3.3 抗凝治疗的护理 PTCA后,抗凝药物使用是十分关键的,尤其是术后6~12 h内,肝素及抗血小板凝集药物的应用,可增加全身出血的危险性,对此我们必须连续动态监测凝血酶原时间及出凝血时间使之控制在正常值上限约1.5~2倍,,这样既具有抗凝作用,又不致引起出血,PTCA术后24 h选择腹部皮下脂肪层注射肝素150 mg/d,每8 h一次。

2.3.4 严密观察PTCA并发症的发生。PTCA常见并发症为冠状动脉闭塞,冠状动脉破裂或穿孔、心室颤动和室性心动过速[4]。

2.3.4.1 冠状动脉闭塞 1例球囊成功扩张返回CCU 1 h,病人突然发生剧烈心绞痛,血压下降,ST段提高,立即升压,输血等一系列抢救,经抢救无效死亡。

2.3.4.2 冠状动脉破裂或穿孔 1例患者术后2 h,心率从64/min突然升至140/min,血压从15/8 kPa降至8/6 kPa,用升压药后血压仍不能维持,患者烦躁不安,大汗淋漓,颈静脉怒张,呼吸急促,诊断心包填塞,立即行心包填塞引流术,术后12 d痊愈出院。

2.3.4.3 心室颤动和室性心动过速 常发生于术中或术后,本文1例术中发生室颤行电复律成功,术后此并发症无1例发生。

总之,通过以上的护理方面的有效配合,使PTCA技术顺利开展。

关键词 冠心病;PTCA;护理

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

中图法分类号 R473.5

参考文献

1 Gruentzig AR, Senning A. Siegenthaler WE. Nonoperative dilation of coronary artery stenosis-peroutaneous transluminal coronary angioplasty. N Engl J Med, 1979;301:81
2 王惠珍,李敬霞.选择性冠状动脉造影中心律失常的护理.中华护理杂志,1989;5(24):459
3 郭继鸿,王伟民,主编.介入性心脏病学.北京:中国科学技术出版社,1991:20
4 陈在嘉,徐义枢,孔华宇.临床冠心病学.北京:人民军医出版社,1994:360

(收稿:1994-09-05;修回:1995-05-15)

中西医结合治疗外伤性尿崩症一例报告

Treatment of one case of traumatic diabetes insipidus by combined traditional chinese and western medicine

徐 明 (第三军医大学附属新桥医院针灸科)重庆,630037

目前治疗外伤性尿崩症常选用长效尿崩停,其疗效可靠,但久用易产生抗药性,使药效持续时间缩短。笔者采用中西医结合的方法治愈一例,现报告如下。

1 临床资料

患者张某,男性,17岁,住院号127714,1992年1月4日因倒塌泥土压伤头部16 d,间断多尿13 d收住我院脑外科。

现病史:患者于1991年12月20日,因泥土倒塌压伤头部,当即救出,呻吟不止,呕吐血性痰液,右耳、鼻流血。速送重医附一院救治,经用甘露醇、青霉素等药治疗后,病情平稳。但伤后3 d出现多饮多尿,24 h尿量达8000~12000 ml,服双氢克尿噻2 d后尿量降至2000 ml,遂出院。后来病情加重,尿量增至5000 ml左右,故来我院求治。查体:意识清晰,有运动性失语,能按吩咐动作。右瞳孔直径3.0 mm,左瞳孔3.5 mm,对光反射灵敏,右眼外展受限,双视乳头边界尚清楚。右耳有少许脓液溢出。颈有抵抗三横指。四肢肌力4级,活动尚可,生理反射正常存在,病理反射未引出。化验:尿比重1.004,尿蛋白0.3 g/L,血糖3.9 mmol/L。头颅CT示:"右侧颞顶部线形骨折,脑内未见异常。"脑地形图示:"δ、θ频带能量级明显增高。"诊断:①右颞顶线形骨折;②外伤性尿崩症。治疗:①常规降颅内压、止血和抗感染;②抗利尿间断应用长效尿崩停。从1月4日至3月18日,计肌注15次,每次用量0.3~0.5 ml,药效持续时间最长7 d,最短2 d,平均4.87 d;③于3月19日开始针刺和口服中药治疗。针刺取穴:顶中线、风府、大椎和足运动区,每日针1次,留针1 h,每10 min行针1次,针10次为一疗程。中药处方:黄芪30 g、当归10 g、川芎10 g、红花10 g、桃仁15 g、赤芍20 g、丹参20 g。每日一剂,水煎服。自针刺、中药治疗后,病员连续21 d尿量维持在3000 ml左右。4月9日和10日尿量又达5000 ml,遂肌注长效尿崩停0.3 ml。此次反复可能与病员感冒和暂停针刺1周有关。于4月12日继续针刺、服中药。直到7月22日出院,尿量一直趋于正常。随访2年尿量正常,并已参加体力劳动。

2 讨论

笔者认为,本例外伤性尿崩症,可能因压伤头部导致丘脑下部的视上核和室旁核细胞损伤[1],但损伤程度较轻,因而使受损细胞能发生可逆性变化,恢复其正常的形态和功能。该病例以长效尿崩停治标,以针刺、中药治本。根据中医辩证,本病系外伤损于脑,血络瘀阻,脑失其养所致。督脉循行与脑、脊髓联系密切[2],因此在督脉上针刺顶中线(在百会穴与前顶穴连线之间)、风府、大椎穴有培补真阳、益气活络、醒脑开窍、补髓益脑、安神定志之效,于是促使脑外伤恢复和尿崩症痊愈。针顶中线,即百会透前顶,符合透刺针法,以增强调节经气作用。足运动区位于顶中线的前外侧,针此穴符合旁刺针法,以增加针刺效果。中药黄芪、当归补气补血,赤芍、川芎、红花、丹参活血化瘀,桃仁破血行瘀[3]。故能改善脑损伤部位的血液供给,促进细胞损伤发生可逆性变化,从而缩短了治愈时间。

关键词 尿崩症;长效尿崩停;针刺;中药
中图法分类号 R584.3

参考文献

1 上海第一医学院实用内科学编写组编.实用内科学.北京:人民卫生出版社,1973:1129~1131
2 黎文献,薛长利,黎建海编.针灸简易取穴法.广州:科学普及出版社广州分社,1988:214~216
3 北京中医学院中药方剂教研组编.药性歌括四百味白话解.北京:人民卫生出版社,1972:179~209

(收稿:1995-03-02;修回:1995-05-13)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net