

急性下肢动脉栓塞取栓的手术配合

章雅萍 陈群 张芳燕

(浙江省杭州市萧山区第一人民医院 杭州 311200)

关键词:急性肢体动脉栓塞;手术;术中溶栓

中图分类号:R 473.6

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)05-0044-02

急性肢体动脉栓塞是发病急骤、后果严重的血管外科急症,目前其主要的治疗方法是手术取栓加药物溶栓、抗凝治疗^[1]。同时此症又以高龄患者多见,常合并冠心病、房颤、糖尿病史,增加了治疗尤其是手术的风险性,因此,精细周到的手术期护理是提高手术成功率的重要环节。我院自 1999 年 7 月~2005 年 7 月采用此方法治疗急性下肢动脉栓塞患者 25 例,效果满意。现将手术配合报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组病例 25 例,男 18 例,女 7 例;年龄 75~92 岁,平均 78.5 岁;手术距发病时间 1h~7d。所有患者术前均行彩超检查明确栓塞部位,其中髂总动脉 9 例,髂外动脉 10 例,股动脉 5 例,腘动脉 1 例,临床均表现为“5P”征:疼痛、麻木、苍白、无脉、运动障碍^[2]。

1.2 手术方法 本组所有病例均在硬膜外或局麻下采取 Fogarty 导管取栓。在患肢股三角作切口,全身肝素化后控制股动脉远近端,作股动脉切开。用 6、7F 取栓导管向近端插入 20~30cm 至主动脉分叉取栓至动脉喷血为止,应用 3~5F 取栓导管向远端插入 40~70cm 取栓,肝素盐水反复冲洗,直到有动脉回血为止,然后向动脉远端灌注尿激酶 25 万 U,再用 5-0proline 线缝合股动脉,彻底止血,最后常规逐层缝合切口。

1.3 结果 20 例病人治愈(栓塞动脉恢复搏动,行动自如,无任何并发症),2 例病人下肢由于干性坏疽变成湿性坏疽而行高位截肢,1 例并发骨筋膜室综合征而行减压术,1 例并发肌病肾病代谢综合征,1 例死亡。

2 手术配合

2.1 术前准备

2.1.1 病人准备 术前访视患者,了解病情及其心理动态。因起病突然、病情危重,患者情绪焦虑、烦躁、恐惧,我们细致体察患者并尽力满足患者需求,给予充分地心理支持,做好相应的解释工作,介绍手术环境,介绍成功病例及 Fogarty 导性病变,常引起退行性椎管节段性狭窄,侧隐窝狭窄、肥厚黄韧带加重椎间盘对于硬膜囊或神经根卡压,对于非手术治疗效果不好的确诊病例,应积极主张手术治疗^[2]。随着手术器械的改进,相对于椎板或半椎板切除减压手术,局限开窗手术具有创伤小、出血少、手术时间和术后卧床时间明显缩短等优点,而椎间盘镜手术前期投入大、手术视野小、减压范围有限。本人认为局限开窗手术(必要时扩大开窗)完全可以解决大部分老年人椎间盘突出、侧隐窝狭窄、黄韧带肥厚等问题,使神经根得到充分减压,症状消失或者大部缓解,又最大限度地保持正常脊柱生物学结构,即使双侧开窗或两节段单侧开窗,影响也较小,可避免大范围减压及椎板、关节突切除引起医源性脊柱失稳,我们认为开窗手术对于那些诊断和定位明确,单节段或双节段椎间盘突出合并有侧隐窝狭窄,而非

管取栓术的优点,使他们积极面对病患,消除不良情绪,密切配合。

2.1.2 物品准备 除常规物品及器械外,另加无损伤血管钳、润滑剂、针筒、留置针、肝素盐水(500mL+1 支肝素)、3-0、5-0、7-0proline、2~7F 取栓导管、吸引装置、高频电刀以及血管专用器械,并仔细检查其性能,处于备用状态。

2.2 术中配合

2.2.1 巡回的配合 (1)心理护理:热情接待,利用术前几分钟的时间,安慰、鼓励病人,谈一些与手术无关的事情,以分散其注意力使病人放松心情。(2)入室即开放一条静脉通路,协助麻醉师,术前处置完毕后,根据手术需要摆好病人手术体位。(3)严密观察手术进程,根据手术需要及时补充术中用物,注意观察病人呼吸、血压、脉搏、氧饱和度、肢体颜色等情况,做好急救准备。

2.2.2 洗手的配合 (1)提前洗手,检查术中用物,查看器械是否准备完善。(2)常规消毒铺巾,严格无菌操作,仔细观察医生操作进展,做到有序地、准确地、稳妥地传递所需器械。(3)熟悉手术各种器械的名称、性能及手术步骤,保证手术顺利进行。

3 体会

3.1 良好的心理护理 患者对此手术缺乏了解,对手术存在顾虑。因此,我们为病人提供整体护理,术前进行访视,针对性地进行术前指导及健康教育;术中提供全程陪护,并根据收集的资料制定护理计划,采取有效措施;术后 3~5d 回访,充分体现“以人为本”的护理理念。

3.2 默契的术中配合 术前各项物品准备齐全,熟悉手术步骤,术中器械摆放符合医生习惯,物品放置合理有序,严格执行无菌操作及查对清点制度,杜绝术后感染和差错事故的发生,确实把握好手术护理配合的每一关。

3.3 严密的术中监测 密切关注手术进程,密切观察生命体发育性和广泛性椎管狭窄患者大多适用。同时我们也认为对于老年人椎间盘突出,治疗上有时候处理侧隐窝和神经根管狭窄比单纯摘除髓核更为重要。

小切口局限开窗治疗老年人椎间盘突出,具有创伤小、出血少、术后恢复快等优点,只要严格掌握适应证,在神经根充分减压的前提下,保持脊柱的稳定性,本方法应为治疗老年人腰椎间盘突出症有效且安全的手术方法。

参考文献

[1]胡有谷.腰椎间盘突出症[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,1995.118~228
[2]罗光平,肖业生.后路椎间盘镜治疗高龄腰椎间盘突出症的疗效分析[J].脊柱外科杂志,2005,3(5):284~286

(收稿日期:2007-03-19)

中药治疗老年性皮肤瘙痒症 32 例临床观察

覃海

(广西河池市第三人民医院 河池 547000)

关键词:老年人;皮肤瘙痒症;中医药疗法;养血止风汤

中图分类号:R 758.31

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)05-0045-01

老年皮肤瘙痒症是一种比较常见的皮肤病,中药治疗老年性皮肤瘙痒症疗效较好。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 62 例均为我院 2000 年 1 月~2006 年 12 月门诊患者。随机分为治疗组 32 例,男 18 例,占 56.25%;女 14 例,占 43.75%。对照组 30 例,男 17 例,占 56.67%;女 13 例,占 43.33%。2 组年龄均为 60 岁以上,平均 67.86 岁。2 组间性别、年龄差异无显著性。

1.2 诊断标准^[1] (1)只有阵发性皮肤瘙痒,无原发性皮肤损害。(2)瘙痒常于临睡前发作,情绪激动、温度变化、饮酒、食辛辣食物时加重。(3)老年人发病多与季节、某些疾病有关。(4)局限性瘙痒多发生于双侧小腿、肛门、外阴、外耳道、眼、脸等部位。

1.3 排除标准 虱病、蛲虫病、局限性湿疹、神经性皮炎引起的皮肤损害及继发性皮肤损害。

2 治疗方法

2.1 治疗组 选用养血止风汤治疗,处方:首乌 30g,黄芪 30g,生地 20g,枸杞子 20g,当归 15g,白芍 15g,麦冬 15g,防风 15g,蝉蜕 10g,僵蚕 15g,甘草 6g。偏热重者加天冬 10g,苦参 10g,玄参 10g;伴失眠者加酸枣仁 15g,远志 10g。每日 1 剂,水煎,上、下午各服 1 次。

2.2 对照组 男性患者采用口服甲睾酮片(国药准字 H31021182),每次 5~10mg,每日 2 次;女性用己烯雌酚片(国药准字 H11020899),每次 0.5mg,每日 1 次。男女性患者均加复合维生素 B 片(2 片,3 次/d)、维生素 E 胶丸(50~100mg,3 次/d)、谷维素片(20mg,每日 3 次)治疗。

服药期间均禁食鱼、虾及辛热、干燥等煎炸食物。2 组均以 10d 为 1 个疗程。所有患者治疗前后均查肝功能、肾功能、血常规、尿常规等。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 治愈:症状完全消失 1 年以上;显效:症状明显减轻,但未完全消失,达 6 个月以上;好转:症状有所减轻;无效:症状无减轻,与治疗前无变化。

3.2 治疗结果 见表 1。2 组比较,治疗组总有效率明显高于对照组($P<0.05$),治愈率有显著差异($P<0.01$),无效率低于

征变化,观察手术切口渗血情况、皮肤黏膜肢体颜色状况以及有无头痛、恶心、烦躁等症状,注意药物的不良反应,观察有无出血倾向、尿量、尿色变化,及时发现,及时对症处理。

3.4 适时的换位思考 仔细观察患者的表情,主动与患者交流,从谈话中找出患者的需求,并尽力满足;同时应注意动作要轻柔,尤其是出入手术间,用平车护送要平稳,既防止颠簸

对照组($P<0.01$)。

表 1 2 组临床疗效比较 例

组别	n	治愈	显效	好转	无效	总有效率(%)
治疗组	32	24*	7	1	0*	100 [△]
对照组	30	9	9	4	8	73.33

注:2 组比较,* $P<0.01$,[△] $P<0.05$ 。

3.3 2 组疗程比较 对照组最长为 62d,最短为 17d,平均 33d。治疗组最长为 21d,最短为 6d,平均 10d。治疗组平均疗程比对照组短($P<0.01$)。

3.4 2 组不良反应比较 治疗组 32 例中无不良反应发生;对照组 30 例中有 3 例出现食欲不振、恶心,2 例肝功能轻度异常,1 例出现尿频,不良反应率 20%。2 组比较差异显著($P<0.05$)。

4 讨论

老年性皮肤瘙痒症是一种无任何原发损害的皮肤病,临床可见皮肤干燥瘙痒。西医对老年性皮肤瘙痒症的病因病机尚未完全明了,一般认为与性激素水平衰减有一定关系,通常采取性激素结合 B 族维生素与维生素 E 治疗,很难达到理想疗效。中医认为,风、燥、热三气均可引起皮肤瘙痒症,本病属中医学“风瘙痒”、“血虚生风”等范畴。其病因主要为老年人气血不足,皮肤干燥或久病后,气血两虚,血虚则肌肤失养,化燥生风;气虚则卫外不固,风邪易袭。老年人气血已虚,不能滋养肌肤,则皮肤干燥,萎缩退化,风湿从内生而引起瘙痒。本病以风、燥、热为其标,以气血虚为其本,因此病理特点主要表现为本虚标实。故本病宜益气养血,祛邪扶正治本,止痒。方中重用黄芪、当归益气补血,使气足血旺,以濡养全身肌肤;再配以生地、枸杞、首乌、白芍、麦冬滋阴益肾,养血润燥;更加防风、蝉蜕、僵蚕以祛风止痒;诸药合用共奏益气养血、祛风止痒之功。符合中医“治风先治血,血行风自灭”的原理和“扶正祛邪”、“标本兼治”的治疗原则。由于中药治疗切合病理病机,故中药治疗该病的效果明显优于西药治疗,且疗程短,无副反应发生。

参考文献

[1]张光德,王坤山.中西医临床皮肤病学[M].北京:中国中医药出版社,1996.280~284

(收稿日期: 2007-02-26)

使栓子脱落栓塞其他部位,又使患者感到温馨、放心。

参考文献

[1]张灿玲,于丽娜,明蕾.下肢动脉取栓术 37 例护理体会[J].山东医药,2004,44(8):29
[2]张曙光,于振海,阮长乐,等.急性肢体动脉栓塞 35 例外科治疗经验分析[J].血管外科,2001,2(3):20

(收稿日期: 2006-09-05)