

介入治疗原发性肝癌的临床护理

尹晓燕, 戴玲

作者单位: 438400 湖北, 红安县人民医院

作者简介: 尹晓燕(1975), 女, 主管护师, 研究方向: 介入治疗的护理。E-mail: chenjianxin-1971@163.com

[摘要] 目的 总结探讨肝动脉化疗栓塞术治疗原发性肝癌的临床护理要点。方法 对 45 例采用 TACE 方法治疗的原发性肝癌的病历资料进行回顾性分析, 并总结临床护理要点。结果 经 TACE 治疗, 全部病例无严重并发症发生, 一年生存率提高到 62.2%。结论 采取有效的护理和心理疏导, 对提高手术成功率和减少并发症有较好的作用。

[关键词] 原发性肝癌; 介入治疗; 护理

[中图分类号] R 735.7 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2009)04-0430-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.04.042

原发性肝癌是最常见的恶性肿瘤之一, 据 2005 年的调查资料显示, 其发病及死亡人数增幅在我国恶性肿瘤中居第三位^[1], 严重威胁人民群众的生命健康。然而, 由于各种原因临床切除率仅 20%^[2]。而对不能手术切除的中晚期原发性肝癌患者行肝动脉化疗栓塞术(transcatheter arterial chemoembolization TACE)是目前公认的首选疗法^[3]。在采用 TACE 治疗过程中, 做好护理工作对协助治疗和患者康复亦起到重要的作用。现对 45 例 TACE 方法治疗的原发性肝癌的护理体会介绍如下。

1 临床资料 本院采用 TACE 方法治疗原发性肝癌 45 例, 其中男 41 例, 女 4 例, 30~45 岁 8 例, 45~60 岁 19 例, 60 岁以上 18 例。全部病例均按全国肝癌诊疗标准确诊^[4]。均经影像学检查及其他辅助检查确诊为原发性肝癌, 其中块状型(直径>5 cm)26 例, 结节型(直径<5 cm), 结节在 3 个以上但未达到弥漫型者 2 例, 合并肝硬化者 8 例, 采用 child-pugh 氏分级, 全部病例为 A 级。

2 观察护理

2.1 术前护理 (1)患者在得知患了癌症后, 大都会表现为极度焦虑、恐惧、抑郁、沮丧, 甚至丧失生存的勇气和信心, 这些恶劣的情绪和负性心理可以降低机体的免疫功能, 减弱免疫识别和消灭癌细胞的作用^[5]。为了减轻患者的心理压力, 增强其战胜疾病的信心, 刺激和调动机体自身的免疫机制, 应该及时对患者进行健康教育和心理干预, 护士要用通俗易懂的语言向患者及其家属解释、说明介入治疗的步骤、目的、治疗效果和不良反应。健康教育要针对每个患者的具体情况, 有重点的、有针对性的进行。以期减轻乃至消除患者对疾病本身和 TACE 治疗的焦虑和恐惧, 积极配合治疗。(2)护士应参与术前讨论, 了解病情、手术目的及手术流程, 作好碘过敏试验, 对于不宜应用离子型造影剂者, 可选用非

离子型造影剂, 也可在术前联合应用 H 受体阻滞剂以预防造影剂的副作用。准备好手术包、器材和药品, 导管室应保持清洁、恒温, 术前用紫外线灯照射 1 h。

2.2 术中护理 (1)由于手术全程病人的意识清醒, 部分病人可能会精神紧张, 护士要细微观察, 及时安慰和鼓励病人, 了解病人的主诉并报告施术医生, 消除病人的紧张心理, 密切合作。(2)严密注意血压、呼吸、心率的变化, 观察穿刺点有否渗血。(3)术中以备好的肝素盐水(5U/ml)注入导管或冲洗器械, 如需采集血液标本, 注射器应用抗凝剂(肝素钠 12500U+盐水 20 ml)充分湿润排净空气备用。(4)手术结束后, 护士应核对手术程序, 确认已按计划完成手术, 各种材料齐全准确无误后方可撤管。

2.3 术后护理 (1)术后应密切观察病人的神志、血压、呼吸, 强调绝对卧床 24 h, 患肢制动 12 h, 穿刺部位压迫止血期间, 要密切观察伤口有无渗血或血肿形成。了解肢体的肤色、温度、感觉。触摸足背动脉的搏动, 如有搏动减弱, 则提示有形成动脉血栓的可能, 应及时报告医师采取措施。(2)行 TACE 治疗后, 常会出现一些并发症, 如恶心、呕吐、间断发热等, 术后发热若<38.5℃, 大都是吸收热, 一般可不予处理, 或给予物理降温, 3~5 d 即可恢复正常。术后 1 周发热大都是因为化疗药物导致机体免疫力下降而合并感染, 应及时应用抗生素。若胃肠道反应严重, 要及时清除呕吐物, 防止误吸, 可应用胃复安等对症处理。(3)保持静脉通道通畅, 按医嘱应用药物, 给予保肝、支持、对症处理。鼓励患者多饮开水, 以加快造影剂的排泄和减轻药物对肾脏的毒害作用。注意观察尿量并作好记录, 每日尿量应在 2000 ml 左右。(4)由于术中及术后应用肝素, 应注意监测凝血酶元时间, 要注意观察患者是否有自发性出血倾向, 如出现脸色苍白、呼吸困难、血压下降, 要立即报告医师及时处理。(5)术后 4~6

h可进易消化的流质饮食,术后24 h可进易消化、富含维生素的低脂肪饮食,少食多餐。(6)病人对介入治疗的期望值较大,术后一旦出现身体不适、疼痛加剧及其他副反应,部分病人会产生疑虑、忧郁,甚至愤怒、怨恨,病人家属也会焦虑、痛苦。护士要经常与病人及家属谈心,说明身体不适产生的原因及应对措施,给予心理支持,减轻和缓和其不适症状,树立战胜疾病的信心,积极配合后续治疗。

经过TACE治疗后,本组病例1年生存率提高到62.2%。5例肿瘤明显缩小,获手术切除机会。在治疗全过程中,对患者进行全面身心护理,是提高疗效、改善患者生活质量的重要一环。

参考文献

1 杨玲,李良娣,陈育德,等.中国2000年及2005年恶性肿瘤发

病死亡的估计与预测[J].中国卫生统计,2005,22(4):218-221.

2 吴孟超.原发性肝癌的诊断和治疗进展[J].中华外科杂志,1998,36(9):515-517.

3 季玉峰,程永德.肝动脉化疗栓塞治疗难治性肝癌的若干问题[J].介入放射学杂志,2006,15(12):705-706.

4 中国抗癌协会肝癌专业委员会.原发性肝癌的临床诊断与分期标准[J].中华肝脏病杂志,2001,9(6):324.

5 刘振华主编.肿瘤预后学[M].北京:科学技术出版社,1995:143.

[收稿日期 2008-10-28][本文编辑 宋卓孙 黄晓红]

护理研讨

输尿管镜取石治疗急性上尿路梗阻性无尿的护理

王雪珍

作者单位:475001 河南 开封,河南大学淮河医院外三科

作者简介:王雪珍(1972-),女,大学本科,主管护师,从事外科护理工作。E-mail:xuezenwang99@163.com

[摘要] 目的 探讨输尿管镜气压弹道碎石术治疗急性上尿路梗阻性无尿的护理特点。方法 总结35例气压弹道碎石术治疗急性上尿路梗阻性无尿患者的临床资料,对术前术后护理进行回顾性分析。结果 全部患者安全快速解除梗阻,尿毒症症状减轻或消失,无并发症发生。结论 输尿管镜取石是治疗急性上尿路梗阻的理想方法,积极做好术前术后的护理,是挽救肾功能的关键。

[关键词] 输尿管结石; 尿路梗阻; 输尿管镜

[中图分类号] R 693 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2009)04-0431-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.04.043

肾或输尿管结石致急性梗阻性无尿是泌尿外科的危重急症,处理原则是:安全快速解除梗阻,引流尿液,改善肾功能,积极治疗原发病。我院2004~2007年共收治此类患者35例,采用输尿管镜气压弹道碎石治疗,术后放置双J管,经术后精心护理,无并发症发生,均治愈出院。现将护理体会总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组35例全部为住院患者,男23例,女12例,年龄23~70岁,平均45岁,均有不同程度的腰部疼痛、恶心呕吐、肢体或颜面部水肿症状。发病时间为1.5~5.0 d,平均2.5 d,患者24 h尿量均在100 ml以下,符合无尿症。其中输尿管梗阻双侧性29例,单侧或孤肾6例(先天性孤肾2例,4例因肾结石、肾癌已切除一侧患肾)。实验室检

查:血肌酐280~1850 mmol/L,平均860 mmol/L,血尿素氮18.8~57.5 mmol/L,其中高钾血症7例,血红蛋白降低5例。35例患者均经B超、KUB或CT证实为输尿管结石或输尿管并肾结石。

1.2 治疗方法 35例患者均取膀胱截石位,在持续硬膜外麻醉或尿道黏膜表面麻醉下,采用WOLF8/9.5输尿管镜下气压弹道碎石治疗,碎石后,梗阻解除,术后留置双J管1~2个月,所有患者留置双腔气囊尿管5~7 d,监测24 h出入量,维持酸碱及水、电解质平衡,加强抗感染治疗,定时复查血肌酐、尿素氮。

1.3 治疗结果 本组患者术后均有肉眼血尿,一般2~5 d消失,全部患者尿毒症症状均有减轻或消失,在解除梗阻后患者均有不同程度的多尿期,最高尿量达6800 ml/d,一般持