

肝癌介入治疗的护理体会

王加荣 王凤玲

(黑龙江省大庆市第二医院 163461)

肝癌是我国常见的一种恶性肿瘤,好发于40-50岁之间,男性多于女性,因发展迅速,患者就诊时肿瘤已属中晚期,手术切除率低,生存时间短。目前非手术疗法中介入治疗是一种较成熟的技术,利用介入放射疗法进行肝动脉灌注化疗药物和血管栓塞,已达到临床治疗肝癌的目的,这是目前临床治疗中晚期原发性肝癌的非手术方法,通过阻断肿瘤的血供,使瘤体严重缺血和坏死而缩小。以延长生存期、减轻病痛的折磨,提高生存质量。从2004年2月至2006年1月,我科对42例中晚期原发性肝癌病人采取了此疗法,取得了较好的疗效,现将护理体会介绍如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组病例共42例,男性30例,女性12例。最大年龄67岁,最小年龄35岁,平均年龄46.9岁,病程20-90天,平均55天。主要表现为肝区疼痛、腹胀、乏力、消瘦,其中25例病人有明显的黄疸表现,实验室检查甲胎蛋白(ATP)均大于400ng/ml,肝功能检查中转氨酶、碱磷酶增高显著。25例病人均有A/G比例倒置,所有病例经B超、CT确诊,肿瘤大小3cm-8cm。

1.2 方法

术前准备:常规做血、尿、便常规,血小板计数,凝血酶原时间。肝肾功能检查,术前6小时禁食,术前2小时做好碘过敏实验,做好双侧腹股沟备皮。

2 结果

病人的一般状况得到改善。治疗后,病人的面色萎黄好转,食欲提高,体重增加,疼痛减轻或消失,65%的病人甲胎蛋白值恢复正常,20%的病人甲胎蛋白值降低,70%的病人腹水减少或消失。

3 术后并发症及护理

3.1 穿刺局部出血及血肿

患者术后穿刺部位沙袋应加压12小时,绝对卧床休息24小时,穿刺肢体制动,加强观察穿刺部位有无渗血、血肿及足背动脉搏动,本组患者未发生严重出血现象。

3.2 胃肠道反应症状

表现为恶心、呕吐,多为化疗药物的副作用。本组发生30例(71.4%),及时给予镇吐剂胃复安20毫克,在输液开始及末尾时分别入滴壶中静点,或胃复安10毫克临时用于肌注,止吐效果明显。

3.3 发热

在短时间内经股动脉穿刺插管,选择至肝总动脉灌注浓度较高的化疗药物及栓塞剂,使癌细胞坏死,机体在吸收坏死的组织时所引起的发热反应。要向患者解释清楚发热及栓塞后的反应,一般温度多在38.5℃,有的高达40℃。此时应卧床休息,减少活动,加强皮肤护理,及时擦干汗液并更衣以防感冒,应供给高热量、高蛋白的流质或半流质饮食,并鼓励病人多饮水。给予物理降温或解热镇痛剂,由静脉补充液体,营养物质和电解质。

3.4 肝功能损害的护理

栓塞后对肝功能可有暂时影响,尤其是蛋白合成障碍,表现为腹水增加,尿量减少,黄疸加重,CGPT升高,故我们要注意观察患者的腹围,尿量变化及有无出血倾向,做好病人的心理护理,减轻不必要的烦恼,一般术后3-4周逐渐恢复,严重者应进行重症监护。

3.5 食管、胃底静脉曲张破裂出血

临床表现为大量呕血,血液为暗红色,由于肝硬化门脉高压或灌注药物时推注速度难以控制,偶一猛力,有可能栓塞剂返流或因一、二次栓塞化疗后肝动脉及支干狭窄或闭锁所至食管胃底静脉曲张破裂出血。因此,应密切观察患者的血压、呼吸、脉搏的变化,发现异常立即通知医生。出血时将患者的头侧向一边,防止呕吐物引起窒息。设法消除患者害怕心理,并静脉滴注垂体后叶素、善得定等。

3.6 疼痛

多为栓塞部位肿胀,出现右上腹胀痛,影响睡眠和饮食,本组28例(66.7%)疼痛,其中7例出现较剧烈的胀痛难忍,及时给予强痛定100毫克肌注,疼痛缓解,其余21例病人未做特殊处理,一周后逐渐缓解。

4 护理

4.1 协助患者做好术前各种检查,向患者及家属讲明术前各种检查的意义及注意事项,了解有无药物过敏史。

4.2 术前心理护理

有些原发性肝癌患者,发现病程时间短,对于突如其来的打击,患者及家属难以接受,而对于有肝硬化史的病人,长期倍受病痛折磨,当确诊病变后更加焦虑、恐惧,对治疗失去信心,精神压力相当大,各方面的情况也差,加上对介入疗法缺乏认识,更增加他们的忧虑和恐惧感。这就要求我们护士在工作中,要善于和患者交朋友,利用沟通交流技巧,准确发现患者的心理问题,进行心理疏导,帮助患者克服心理压力,维持情绪稳定,从而提高心理应对能力和承受能力,使他们保持乐观愉悦的情绪。并向患者讲清介入治疗的意义、作用、效果,向家属介绍癌症的可治性及术后较乐观的预后,消除他们紧张、恐惧心理,增强治疗勇气和信心,积极配合手术,以良好的心态顺利接受治疗^[2]。

效果不佳,另外,部分病历由于呛咳限制饮食,导致摄入不足,总之,由于长期消耗的结果,常常出现营养不良、消瘦、贫血或低蛋白血症,以及肺部病变广泛而严重时,继而累及心肺功能等,以上情况存在,多不适宜手术,即使勉强手术,其效果也难以保证。所以手术前依其个体的不同,纠正贫血,补充营养和以有效的抗菌素控制感染使体温正常或近于正常痰量少于50ML/日,从而改善心肺功能十分重要。

食管与支气管瘘的手术术式较多,多是复合性手术,亦较繁杂,由于麻醉和手术时间长,创伤大,出血多,以及开胸后对呼吸循环功能的扰乱等,如果没有专护,一旦出现问题,处理不当,常可发生严重的并发症,甚至危及生命。因此,必须加强术后早期护理,手术后前几天的医疗护理尤其重要。①手术后病人未清醒前应有专护,每15-30分钟测量并记录血压、脉搏、呼吸一次,至血压稳定为止,随时注意有无休克现象发生,如有异常变化,立即报告医生;病人未清理前可卧头低或平卧位,以利静脉血液的回流,并可使呼吸道和口腔分泌物及呕吐物易于流出,病人清理后血压稳定可改半卧位;病人呼吸困难可给吸氧,给氧量根据缺氧情况给予调节。②鼓励病人咳嗽、排痰,当排痰时医护人员可用手按于胸部以助排痰。③手术后注意病人口腔清洁。④保持胸腔闭式引流管通畅,防止脱落、扭曲。⑤术后病人输液量应严格按医嘱执行,准确记

录实际输入量和排出量。⑥鼓励病人早期起床活动,可减少各种并发症,易于病人体力恢复,但应根据病情决定活动量^[3]。

另外,由于该病的外科治疗属于感染性手术,引起胸膜腔感染的机会较多,若感染,直接影响食管修补效果,部分患者术前诊断不明,术中被忽略或未被发现食管瘘,必然导致食管胸膜瘘和脓胸。所以,术后观察胸腔引流量和性质非常重要。一旦引流量与饮食有关,而且有食物残渣,则诊断无疑。诊断一经成立,就必须加强心理护理和基础护理,以改善精神状态和营养机能,以利进行第二次手术治疗,达到治愈之目的^[4,5]。

参考文献

- [1] 吕世明. 左下肺切除发生食管支气管瘘2例原因分析及治疗体会[J]. 青海医药杂志, 1994(6): 33
- [2] 孙旭东, 郭杰. 食管支气管瘘2例[J]. 中华胸心血管外科杂志, 1995(1): 24
- [3] 韩文彬. 成人食管支气管瘘的外科治疗(附7例报告)[J]. 中华胸心血管外科杂志, 1997, (6): 344-355
- [4] 赵亚军, 陈志霞. 1例贲门癌术后并发吻合口支气管瘘的护理体会[J]. 黑龙江护理杂志, 1998, (2)
- [5] 邵玉莲. 外科病房影响护患关系的因素. 生物磁学, 2005, 5(2): 82-83

(下转第86页)

4.3 一般护理

保持病房内环境安静、清洁、舒适,保证病人的情绪稳定,使其得到量足、质好的休息,以利于手术治疗。

4.4 术后护理

4.4.1 出血倾向的观察及预防:肝硬化合并脾功能亢进患者肝脏合成凝血因子减少,血小板降低,因此要特别加强出血倾向的观察,术后穿刺部位加压12小时,绝对卧床休息24小时,穿刺侧肢避免弯曲受压,防止穿刺口包扎松动移动,还应加强下肢皮肤颜色、皮肤温度及足背动脉搏动情况,观察穿刺部位有无渗血、血肿、密切注意血压、脉搏变化,每2小时测量血压、脉搏一次,并做记录,连续24小时血压正常时才可停止。

4.4.2 胃肠道的护理:介入过程中大量应用化学药物及造影剂,可引起恶心、呕吐症状,又因剧烈的恶心、呕吐,胃及食管近贲门部粘膜毛细血管痉挛收缩、破裂而出现消化道出血,有肝硬化史食道静脉曲张者更容易造成消化道出血,因此术后需积极防止患者出现的恶心、呕吐症状。我们采用患者在术中注入化疗药物前肌注胃复安、地塞米松,使胃肠道症状有所减轻,返回病房输液时给予胃复安分次入滴管静点。给维生素K静点防止出血。同时嘱咐患者深呼吸,呕吐时将头偏向一侧,以免误吸引起呛咳或窒息,还应注意观察呕吐物、排泄物的性质、颜色、量并做好记录,及时发现出血现象,争取早期处理^[1]。

4.4.3 饮食护理:病人介入治疗后,24小时内禁食有渣、油腻、辛辣刺激食物,进食清淡宜消化食物,并指导多饮水,以

利于毒素排除。

4.4.4 术后心理护理:病人对介入治疗的期望值很大,一旦术后出现身体不适,疼痛加剧,以及药物毒副反应和并发症,即产生疑虑、忧郁和恐惧心理,甚至表现为愤怒、怨恨、自暴自弃等。病人的家属也感到焦虑和痛苦,因此,护士须经常与病人及家属谈心,了解病人的心理动态,尽一切力量满足病人的需求,采取一切可能的措施,减轻和缓解病人的痛苦,给予心理上的支持,使病人有安全感和信任感,保持稳定的情绪,配合治疗,顺利度过术后反应期,达到治疗目的,促进早日康复。

5 小结

应用介入疗法不仅可使肿瘤缩小,改善临床症状,减轻药物的全身毒副反应,且并发症少,可重复治疗,更重要的是能提高生活质量和生存率。尽管存在疼痛、胃肠道反应和感染等不利因素,但只要术前做好充分准备,如了解病情和可能发生的意外并发症及对病人进行健康教育,术后严密观察及时处理,积极有效地预防并发症,对提高治疗效果、减轻患者痛苦具有重要的意义。

参考文献

- [1] 杨红梅. 介入手术病人全程心理护理的探讨. 护士进修杂志, 2003, 5(2): 124
- [2] 王加荣, 盖秀琴. 手术病人的心理护理. 现代生物医学进展, 2006, 6(3): 88-89