

## · 肿瘤科护理 ·

## 肝动脉化学栓塞-氩氦刀冷冻消融-乙醇注射序贯治疗晚期肝癌的护理

廖春英 连晓娜 鄢细莲

肝细胞癌(HCC)的根治方法是手术切除,但 70%以上的病例明确诊断时,已失去手术机会<sup>[1]</sup>。近年来,随着局部物理治疗方法的广泛开展,为肝癌临床治疗提供了新的研究方向<sup>[2]</sup>。因此,我院对此种不能手术切除性 HCC 采用了肝动脉化学栓塞(TACE)-氩氦刀冷冻消融-乙醇注射(PEI)序贯治疗,取得了较好的疗效。而在临床应用过程中,施行序贯性的护理观察及配合,有效地减轻了患者的痛苦,预防了并发症的发生,从而提高了患者的生活质量并延长了生存期,现报道如下。

## 临床资料

1. 一般资料。2002 年 3 月-2006 年 3 月,收集晚期肝癌患者 808 例,其中男 609 例,女 199 例,年龄 27~78 岁,平均年龄 46.5 岁。伴有肝硬化者 739 例。肝功能按 Child-Pugh 分级, A 级 108 例, B 级 270 例, C 级 430 例。

2. 方法。患者入院后,如无禁忌症,第 1 周作 TACE,第 2~3 周开始进行冷冻消融,第 4 周后再行 PEI。

3. 结果。本组治疗后有 657 例占 81.3%的患者肿瘤缩小至 1.1~7.9 cm,甲胎蛋白下降者占 85.3%。按 Kaplan Meier 法计算,半年生存率 89.6%,一年生存率 80.0%,一年半生存率 66.6%。

## 护 理

1. 术前护理。(1)心理健康指导。评估患者及家属对序贯治疗方法的理解决程度,然后有针对性地讲解肿瘤序贯治疗的方法及原理,如 TACE 通过其栓塞肿瘤血管或灌注化疗药,可清除大部分肝癌细胞,但不能根治肝癌,只能为其他治疗创造条件<sup>[3]</sup>;冷冻消融作为一种原位清除手段,尤其适用于肿瘤大于 5 cm 有肝硬化、肝储备功能较差、不适宜手术切除,或临近大血管的肝癌;冷冻可促进化疗药物进入瘤细胞内,因此可强化先前 TACE 的化疗作用;乙醇可弥散入瘤细胞内,引起非选择性蛋白变性和脱水,进而引起凝固坏死。因此,在冷冻消融破坏绝大部分肿瘤组织后,在肿瘤的周边给予 PEI,可破坏残存的肿瘤组织,预防复发。同时还应客观地评价治疗疗效及术中、术后可能出现的各种并发症,以取得患者的信任和合作。

(2)术前准备。患者常规穿刺部位清洁,病情允许可淋浴,备皮;术前 4~6 h 禁食。向患者及家属讲明可能出现的异常反应。

2. 术中护理。(1)患者清醒时,护士积极主动与患者沟通,以分散其注意力给予心理的支持。并密切观察患者面部表情及机体反应,以减轻患者不适感,及时发现病情变化。如:氩氦刀术中出现冷休克 20 例,心律失常 200 例(心跳骤停 1 例复苏成功)都及时报告医生处理,使治疗顺利完成。(2)氩氦刀冷冻消融时,监测生命体征及皮肤温度末梢循环情况,如出现体温过低、血压下降时予以保暖或加快加温补液,必要时遵医嘱给升压药。心律失常者予以对症处理,心跳骤停时,立即停止冷冻予以心肺复苏。冷冻过程中于 50℃ 无菌温盐水以静脉补液管道连接方式持续湿化穿刺点周围皮肤,避免了皮肤冻伤的发生。B 超下监测冰球的形成过程、直径,以及做好冷冻及复温时间、温度的记录;术毕予止血填塞刀道止血,局部予弹力绷带加压包扎 4~6 h。(3)严格遵守无菌技术操作规程,特别是 B 超引导的探头、冷冻刀等因不能用高压灭菌方法消毒的物品要确保无菌。如本组随机对冷冻刀采用低温蒸气甲醛气体消毒(常规方法)和 2%戊二醛浸泡消毒 15~20 min 对照(方法按卫生部消毒技术规范),结果前者术后穿刺点及消融病灶灶并发感染 27 例,后者无一例感染发生。

3. 术后护理。(1)TACE 术毕按压迫动脉穿刺点 20 min 后以弹力绷带加压包扎 4~6 h(凝血功能差者视病情而定),穿刺侧肢体制动 6 h,卧床休息 12~24 h。嘱患者多饮水。密切观察患者是否有头晕、心悸等不适及穿刺侧远端肢体感觉情况。(2)TACE、冷冻消融治疗后 3~5 d 患者体温在 37.5~38.5℃,一般以物理降温或消炎痛栓塞肛即可,如合并有感染时,体温持续在 39℃ 以上,应遵医嘱给予抗生素应用。冷冻术后 48 h 内可能经刀道内出血和肝包膜破裂出血形成血腹,注意观察面色、血压、脉搏,穿刺点、肝区局部情况,及时发现出血先兆。(3)TACE、冷冻消融、PEI 治疗后均有可能出现不同程度的肝区疼痛、腹胀加重,患者易产生负性情绪。因此,我们采取了听音乐、看电视、陪患者散步等心理治疗方法,以分散其注意力、减轻疼痛感。而癌症患者对疼痛的认知严重影响着他们对疼痛的体验,癌症意味着生理退化、疼痛、死亡<sup>[3]</sup>。因此,对肿瘤患者疼痛的治疗要按三阶梯定时给药,排除成瘾性的理念。并把疼痛作为肿瘤患者的第五生命体征列入护理常规,按数字疼痛分级法评估患者疼痛的程度,以合理调配药物用量及加强心理护

作者单位:510300 广州复大肿瘤医院护理部(廖春英);广州新海医院(连晓娜);鄂州大学(鄢细莲)

理治疗。(4)避免使用有损害肝功能的的食物和药物,并密切观察意识、巩膜及皮肤黄染情况。予乳果糖口服 1 包/次,3 次/d,保持大便通畅以防肝性脑病的发生。分别于术后次日、1 周后复查肝功能,及时予护肝治疗。(5)术后常规遵医嘱予恩丹西酮 16 mg 或胃复安 20 mg 静脉注射,嘱患者少量多餐进清淡饮食,以防恶心、呕吐的发生。对伴有肝硬化者嘱其禁食油煎、尖硬的食物,同时我们向患者及家属推荐食菜单:白(酸奶、豆浆、鸡蛋),绿(菠菜、花椰菜),黄(芒果、木瓜),红(胡萝卜、西红柿),青(黑芝麻、黑豆、菇类、海带、咖啡、朱古力)等食物以调节机体免疫功能,提高机体的免疫耐受力。

### 小结

TACE-冷冻消融-PEI 序贯治疗,是一传统与高科技治疗手段的有机结合,在对 808 例晚期肝癌患者的护理过程中,术前我们通过心理疏导,100%的患者都能积极配合治疗;术中严

格执行了无菌技术操作原则,同时对冷冻刀消毒方法的改进,杜绝了刀道感染的发生;温水对穿刺点皮肤的保护,避免了皮肤冻伤的发生,既减轻了患者的痛苦,又减轻了其经济负担。从而也证实了有效的序贯护理,既保障了治疗顺利进行又预防了并发症的发生,提高了患者生存质量,达到了护理预期目标。

### 参考文献

[1] 徐克诚,江石湖.消化病现代治疗.上海:上海科学技术教育出版社,2001:345-358  
 [2] 张积仁.氩氦靶向肿瘤治疗技术.广州:先锋生物科技出版社,2003:100  
 [3] Groupe D,Etude.Treatment to carcinome hepatocelltaire.A comparison of lipiodol,chemoembolization and conservative treated for unresectable hepatocellular carcinoma. N Engl J Med,1995,332:1256-1261

(收稿日期:2007-02-08)

(本文编辑:李若白)

## ·实用方法·

# 自制骨科内固定材料装置袋在手术室的应用

范冬莲 沈金秀

骨科在手术时通常需要使用内固定材料如克氏针、斯氏针和钻头,并且常需要相同型号数根,手术中护士、医生选择时如何做到又快又准,而不影响手术时间。2005 年 11 月我们制作了骨科内固定材料装置袋,解决了这一问题,在使用过程中效果很好,得到医生好评,现报道如下。

**材料与制作方法** 自制骨科内固定材料装置袋是使用纯棉布,分别裁剪为 A:46 cm × 16 cm 双层,B:20 cm × 16 cm 双层,C:4 cm × 16 cm 双层,先将 C 与 B 缝制成 15 个短纵行口袋,然后把缝制好的与 A 再缝制成 8 个长纵行口袋见图 1。根据手术需要放置克氏针、斯氏针的型号、种类,共设计有克氏针 1.5 cm × 230.0 cm、2.0 cm × 230.0 cm、2.5 cm × 230.0 cm、3.0 cm × 230.0 cm,斯氏针和其他等 8 个长纵形口袋放置。在克氏针和斯氏针 8 纵形口袋中又设计了 15 个短纵形口袋放置,短克氏针和各种类型的钻头,整个纵形口袋内可放置 4~5 根相同型号并且相应位置写上型号的名称,有利于取用,纵形口袋长度比放置的物品稍短一些。根据骨科内固定材料装置袋上标注的型号放置好克氏针、斯氏针和钻头。将袋帽盖好成

长方形沿纵横卷成一个圆形,与摇钻一起包装消毒。

**优点** 材料来源容易,制作简单,使用方便,消毒不占用位置,可以保证克氏针、斯氏针和钻头放置不乱,清点物品既方便又省时,对患者可以减少手术时间,对医生增加工作效率,有利于护士物品清点和更好配合手术。

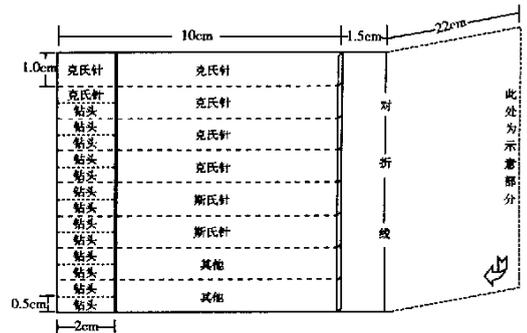


图 1 自制骨科内固定材料装置袋

(收稿日期:2007-04-22)

(本文编辑:吕彤)

作者单位:200137 上海市第七人民医院手术室