

著,对肝功能指标(ALT、TBil)均有明显的降低作用。效果优于对照组($P < 0.05$),对乙肝病毒复制指标(HBeAg、HBV-DNA)转阴率较显著,显示有一定的抗乙肝病毒作用。但观察时间较短,对远期疗效还待进一步探讨。

参考文献

- [1] 第五次全国传染病寄生虫病学术会议.病毒性肝炎防治方案(试行)[J].中华传染病杂志,

1995,13(4):241-245

- [2] 中国中医药学会内科肝病专业委员会.病毒性肝炎疗效判定标准(试行)[J].中医杂志,1992,33(6):53

- [3] 许济群,等.方剂学[M].上海科学技术出版社,1995:50-51

收稿日期:2007-12-25

责任编辑:陈建慧

临 床 护 理

经皮靶向氩氦冷消融治疗肝癌的护理体会

冼少雀¹ 陈伟芳² 廖春英¹ 王小玲¹

¹广州复大肿瘤医院 广东广州 510300

²广州医学院第二附属医院 广东广州 510260

摘要 目的 探讨氩氦靶向冷消融治疗肝癌的临床护理。方法 对278例氩氦靶向冷消融治疗肝癌术前、术中、术后的护理工作回顾性分析。结果 所有患者积极配合治疗及护理,术后恢复快,不良反应少,无严重并发症发生,患者及家属满意度高。结论 氩氦靶向冷消融治疗肝癌是一项新技术,其操作安全、快捷、高效、并发症少,对患者创伤少,尤其适用于高龄不能手术切除肿瘤或不能耐受手术的中晚期患者。护理上要求护士术前参加病例讨论,视病人病情做好宣传,解释工作及术后注意事项,作好心理护理,术中还应做到配合有序,有条不紊,细心观察与护理,减少术中及术后不良反应及并发症的发生,是保证该新技术顺利实施,提高癌症患者生存率的有效方法。

关键词 氩氦冷消融术 肝癌 护理

中图分类号: R459.6; R735.7

文献标识码: A

文章编号: 1007-1245(2008)03-0085-04

肝癌是最常见的恶性肿瘤之一,恶性度高,生长迅速,易发生转移,治疗主要是手术切除,介入治疗及化疗。但由于肝癌早期缺乏特殊症状,因此一旦确诊,已属中晚期,失去手术切除的机会,且治疗效果差。自我院2000年3月引进氩氦冷冻消融系统,治疗过程用2个循环的局部超低温冷冻及快

速复温的方法使肿瘤细胞死亡,组织结构破坏而又不损伤病灶周围的正常组织,使治疗取得满意效果。现将我科应用氩氦刀冷冻消融治疗肿瘤278例病人的护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2003年8月~2006年2月,我科共收治肝癌278例,其中男214例,女64例;年龄30~78岁,平均50.3岁。原发性肝细胞癌206例,转移性肝癌72例。肝功能状态Child-Pugh A级者194例,B级84例,无C级。肿瘤大小4.8~14cm,中位值6.4cm。所有接受氩氦冷消融治疗的患者均签署书面知情同意书。

1.2 治疗方法^[1]

冷消融采用Cryocare系统(Endocare, Irvine, CA, USA)完成,以B超行术前定位,确定术野,消毒皮肤,局部麻醉,用常温高压氩气致冷,用常温高压氦气复温。将超冷刀(2mm、3mm、5mm、或8mm)在超声或CT引导下插入瘤块中心,超冷刀尖温度降到-180℃。一般先采取最大冷却速率冷冻15min,然后复温5min,重复一个循环。冷消融直径要求超出肿瘤1cm。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 术前讨论 参加医生在患者治疗前的会讨论,了解病人的手术设计方案和可能发生的异常情况,并制定相应的护理措施,为治疗成功创造条件。

2.1.2 心理护理 经皮氩氦靶向治疗技术属微创性手术,创伤小、术后恢复快^[2]。但作为一项新兴的技术,病人对其治疗方法不了解,心理负担大,既抱有希望、又有紧张、恐惧心理。护士常规术前一天访视病人,积极主动的与病人及家属沟通,介绍氩氦靶向冷消融治疗肝肿瘤的基本原理及其操作过程和治疗目的。术中及术后可能出现的不适及如何预防等。争取病人及家属的理解和配合,使病人消除畏惧心理。也可介绍治疗成功的病例,并让其他患者现身说法,讲述氩氦靶向冷消融治疗的感受和体会,互相鼓励,使患者对氩氦靶向冷消融治疗有了一个新的认识,增强其信心,取得患者更好的配合。

2.1.3 休息指导 手术前根据病人的不同情况给予相应休息指导,适当限制病人活动,鼓励其卧床休息,活动时以不感疲劳为原则。对有焦虑影响睡眠的患者,术当晚可按医嘱给予安眠药物,以保证病人良好的睡眠。

2.1.4 进食指导 指导患者进半流质和易消

化的高蛋白、高热量、高维生素丰富的食品,如:瘦肉、鸡蛋、鱼类、新鲜蔬菜等,腹水患者限钠饮食。禁止刺激性及坚硬饮食,食欲差者适当给予静脉营养支持。术前禁食、水4~6h。

2.1.5 病人准备 术前对患者进行全面检查,包括心、肝、肾、肺等器官功能的评估,电解质、出凝血时间测定,做好药物过敏试验以利于对该患者有一个全面的了解,完善诊断,并作出相应的评估和处理,以确保手术的安全和疗效。指导戒烟。保持术野皮肤清洁卫生,术前半小时予杜冷丁75mg+非那根25mg肌肉注射,建立静脉通道。

2.1.6 物品准备 美国Endocare Cryocare™ Surgical system,独立测温探针,配有2mm、3mm、5mm、8mm直径冷却刀,选择合适刀尖并单独封装,采用环氧乙烷熏蒸消毒。术中所需的B超引导穿刺架可用戊二醛浸泡消毒;手术常规用品,如器械包、手术包,手术衣均用高压蒸气灭菌。并常规备各种急救药品设备及给氧设施。检查氩气和氦气压力是否正常;各种管道是否紧密;了解氩氦系统性能是否正常;B超和心电监护仪功能是否正常。

2.2 术中配合及护理

2.2.1 麻醉 超声引导定位后,在确定的穿刺部位进行局麻(肿瘤大于6cm时,也可采用静脉全麻)。

2.2.2 体位 根据病灶所在部位摆体位,可采取仰卧位,左侧,右侧或俯卧位等。

2.2.3 调整室内温度,检查机器是否处于备用状态,连接心电监护仪,并给予低流量吸氧。配合医生把所需要的氩氦刀接到冷冻机上,将针尖放置0.9%NaCl中,打开氩气通道,直至冰球形成;打开氦气通道复温,了解针道有无漏气和冷冻探头是否良好。在术者经过穿刺到肿瘤部位后,配合术者进行定位,监测和靶点穿刺,开启冷冻机。

2.2.4 术中严密观察生命体征变化。暂时性冷消融过程中低体温和肝实质酶活性升高为最常见的副作用^[3]。使用暖床毯和热水袋均可减轻低体温。本组有83例。有学者报道可并发冷休克,表现为不同程度的肾衰竭,弥漫性血管内凝血和成人呼吸窘迫综合征,其发生与冷冻的组织容量(>40%)成正比,大于6cm的肿瘤冷冻后易发生^[4]。术中观察有无血压下降、心率增快、面色苍白、四肢

发凉等。但本组中大于10cm的肿瘤冷冻后并未发生冷休克。

2.2.5 做好冷冻时间、温度和复温时间、温度的记录。冷冻完毕后,准备好明胶海绵和止血胶,配合医生在拔出冷冻探头时给予止血处理。一次性敷料穿刺点贴敷,予腹带腹部加压包扎。

2.3 术后一般护理

2.3.1 术后体位 术后取平卧位,绝对卧床24小时,1周内减少活动量,避免剧烈运动。

2.3.2 发热观察 本组有197例发热,患者多数在手术当日术后1~2小时或次日出现轻度的寒战或低热,体温一般37.5℃~38.5℃、最高39℃,可持续3~5天。其原因与肿瘤冷冻的物理作用及细胞坏死吸收有关^[2]。给予对症处理后多可自行缓解,患者出汗较多时,嘱其多饮水,应及时更换床单、衣裤、保持皮肤干燥,以预防褥疮发生。

2.3.3 疼痛护理 本组疼痛232例,疼痛原因主要与止血物堵塞穿刺针道刺激肝包膜及肿瘤坏死有关。以穿刺部位及肝区疼痛多见。手术当日及术后第一天较明显,一般1~3天后逐渐减轻。均进行心理护理,并说明疼痛原因,消除患者紧张、焦虑等不良情绪。可遵医嘱予曲马多100mg口服,对疼痛剧烈者,在排除腹腔出血等并发症基础上可按医嘱适当给予强痛定、杜冷丁等止痛剂肌肉注射,严防药物成瘾。

2.3.4 饮食护理 术后禁食6~12h,术后2天内少食容易胀气的食物,忌生、冷、油煎、酒等刺激性食物。

2.3.5 胃肠道反应的护理 本组有68例出现恶心呕吐等胃肠反应。遵医嘱予护胃、止吐等对症处理后可缓解或消失。护理过程中应作好解释工作,关心、体贴和协助其保持口腔清洁,并注意观察呕吐物的量、性质和颜色,及时了解病情动态,避免诱发上消化道曲张破裂出血。并保持大便通畅。

2.3.6 吸氧 对于冷冻范围较大或存在有肝硬化的患者,术后应给予氧吸入以提高血氧浓度,增加肝细胞的供氧量,促进肝细胞的代偿,以利于肝细胞的再生和修复。

2.4 并发症的观察及护理

2.4.1 内出血 肝包膜裂开是最重要的并发症,发生在复温过程中或1~2小时后^[5-6]。肿瘤

侵犯肝包膜时,冷冻可能会引起肝包膜破裂造成术后出血,肝癌合并肝硬化者,凝血机制差,穿刺后易诱发腹腔内出血,术后加强凝血药物的应用。术后24小时内,监测生命体征的变化,尤其是观察心率的变化。在术后应密切观察腹部情况,注意伤口有无渗血,本组未发生此并发症。

2.4.2 肝功能损害 治疗后1周内以转氨酶升高为主,均升至治疗前的3~10倍,小部分患者胆红素升高。冷冻范围广可引起肝细胞性黄疸或腹水。可予保肝,降黄,利尿治疗,均在1~2个月内恢复至治疗前水平。正确记录24小时出入量,保持电解质及酸碱平衡。指导患者注意休息,及时观察病情变化,特别注意性格、行为、表情、睡眠和神志的变化。

2.4.3 血红蛋白尿 本组出现3例血红蛋白尿。可能与冷冻区域血管内红细胞冷凝破坏,红细胞溶解释放血红蛋白所致。多发生在冷冻后1~3天,严重者可出现尿量减少。为防止肾损伤,可应用水化、利尿剂和甘露醇、碳酸氢钠以碱化尿液,定期复查肾功能及尿常规。

2.4.4 皮肤冻伤 因为治疗过程中氩氦刀杆与腹部皮肤表面接触致轻度冻伤,表现为局部水泡,护理中注意保持创面干燥,无菌包扎,一般3~5天,水泡自行吸收,约2周后水泡干枯渐成黑痂慢慢脱落痊愈。

2.4.5 反应性胸水 由于部分肿瘤近膈顶部,冷冻后刺激膈肌及胸膜,可发生右侧无症状性胸液,术后应密切观察患者呼吸情况,对积液明显者可取半卧位,及时穿刺引流,以利于改善通气。留置引流管的,注意观察引流液量和颜色。本组患者均1~3周后胸腔积液消失。

3 讨论

肝脏肿瘤是世界上常见的恶性肿瘤之一,汤钊猷等^[7]报道世界范围内每年均有2500万肿瘤患者死亡。我国是肝癌发病率最高的国家之一,占世界肝癌发生总数的43%,我国每年约13万例患者死于此病,大约占全球肝癌死亡病例的40%^[8]。不幸的是仅大约10%~20%伴有转移的病人可以手术^[9]。Fan等^[10]报道85%患者合并慢性肝炎和肝硬化,可切除率仅10%~37%。无法切除的理由包括:肝内多个转移病灶,转移至多结节,转移至无法切除部位,局限的肝硬化及病人不良的健康状况,假如可以成功进行

摘除所有肉眼可见的肿块,并进行其它有效治疗,5年实际生存率大约是33%,5年无病生存率为22%^[11-12]。许多合并慢性肝病的病例为中心发生,发生率22%~48%,手术后复发率较高^[13]。我院氩氦消融治疗后复发的肝癌病例中,15.9%复发起于原冷消融处^[14]。所以在超声或CT引导下,经皮局部消融治疗可起着相当于或优于手术切除的效果^[15]。氩氦刀冷冻消融术为一种新技术,新项目正在临床上逐步开展,其原理是局部冷冻肿瘤组织,以达到破坏肿瘤的目的。要求参与治疗的护士术前参加病例讨论,访视病人,做好宣传解释工作及术后注意事项,做好心理护理及有效休息、进食指导,配合医生对患者进行全面的术前检查评估,术中做到配合有序,有条不紊,细心观察生命体征变化,做好冷冻时间、温度和复温时间、温度的记录,减少术中及术后不良反应及并发症的发生,术后一般护理包括发热、疼痛、饮食护理应多巡视安慰鼓励病人,而并发症的观察及护理则是保证手术成功的关键,使患者顺利度过围术期,为更多不宜手术的中晚期患者提供一种有效的治疗方法。

参考文献

- [1] 徐克成,牛立志,等.肝癌经皮消融治疗[J].现代消化及介入诊疗,2005,10:8
- [2] 张积仁, Gregory, Graves, 等.氩氦靶向肿瘤治疗技术[J].Pioneer Bioscience Publishing co,2003:201
- [3] 徐克成,牛立志,等.经皮冷消融联合酒精注射治疗不能切除的肝细胞癌[J].中华消化杂志,2003,9,23(9)
- [4] Shafir M, Shapiro R, Sung M, Warner R, Sicular A, Klipfel A. Cryoablation of unresectable malignant liver tumors [J]. Am J Surg, 1996, 171: 27-31
- [5] Bernett Jr CC and Curley SA. Ablative techniques for hepatocellular carcinoma [J]. Semin Oncol, 2001, 28: 487-496
- [6] Adam R, Hagopian EJ, linhares M, Krissat J, Xavier E, Azoulay D, Kunstlinger F, Castaing D, Bismuth H. A comparison of percutaneous cryosurgery and percutaneous radiofrequency for unresectable hepatic malignancies [J]. Arch Surg, 2002, 137: 1332-1339
- [7] 汤钊猷, 杨秉辉, 俞顺章, 等. 肝癌研究概况与展望 [M]. 1 版. 北京: 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1993: 4-15
- [8] 陈谦, 李强. 原发性肝癌介入治疗的研究进展 [J]. 中国肿瘤临床, 2006, 33(11): 654
- [9] Ravikumar IS, Steele G Jr, Kane R, et al. Experimental and clinical observations on hepatic cryosurgery for colorectal metastases [J]. Cancer-Res, 1991, 51, (23 Pt 1): 6323-6327
- [10] Fan ST, LO CM, Liu CL, et al. Hepatectomy for hepatocellular carcinoma: toward zero hospital deaths [J]. Ann Surg, 1999, 229(3): 322-330
- [11] Registry of Hepatic Metastases. Resection of the liver for colorectal carcinoma metastases, a multi-institutional study of indications for resection [J]. Surgery, 1988, 103(3): 278-288
- [12] Greenway B. Hepatic metastases from colorectal cancer: resection or not [J]. Br-J-Surg, 1988, 75(6): 513-519
- [13] 何振平. 肝细胞癌多中心发生的临床意义 [J]. 中华肝胆外科杂志, 2004, 10(10): 652-655
- [14] 徐克成. 肝癌复发及其预防 [J]. 现代消化及介入诊疗, 2005, 10(2): 82
- [15] Jansen MC, van Hillegersberg R, Chamuleau RA, et al. Outcome of regional and local ablative therapies for hepatocellular carcinoma: a collective review [J]. Eur J Surg Oncol, 2005, 31: 331-347

收稿日期: 2007-12-26

责任编辑: 陈建慧