

理及社会的全方位考虑,进而提高临床诊断、治疗、护理和康复的效率和质量。

医疗付费形式与家庭经济状况对乳腺癌患者的焦虑、抑郁状况产生影响。乳腺癌患者住院后首先要进行手术治疗,然后大多患者还要进行化疗、放疗,有的需要内分泌治疗或免疫治疗,昂贵的医疗费用使得经济状况差的患者一方面想接受一系列治疗,而另一方面又担心治疗自己的疾病而拖垮家庭,使得患者出现内疚、焦虑、抑郁等负性体验。

乳腺癌患者的焦虑和抑郁状况与患者的病情严重程度呈负相关。患者的病情越重,功能状况就越差,对未来健康的担忧会更多,心理负担更重;同时,病情越重,手术所造成的创伤也越大,对形体的影响也越大,经济上支出相应都要增加,进一步加重了心理反应。

总之,在临床护理工作中,对乳腺癌患者要进行焦虑、抑郁等负性情绪的测定,分析发生焦虑、抑郁的相关因素,并进行相应的护理干预,使得乳腺癌患者顺利度过围手术期。

[参 考 文 献]

[1] Sefik T, Stephan H, Matthias L, et al. Health-related quality of life, depression and anxiety in thyroid cancer patients [J].

Quality of Life Research, 2006, 15(2):695-703.

- [2] Gaynor J, Bate S, Fox SB, et al. Quantification of regulatory T cells enables the identification of high-risk breast cancer patients and those at risk of late relapse [J]. J Clin Oncol, 2006, 24(34):5373-5380.
- [3] 曹伟新. 外科护理学[M]. 第4版. 北京:人民卫生出版社, 2006:184.
- [4] 胡亚男. 1130名妇女乳腺疾病调查[J]. 浙江预防医学, 2006, 18(12):43.
- [5] 姜伟芳,朱建新. 乳腺疾病3060例分析[J]. 中国医疗前沿, 2007, 2(12):95-96.
- [6] 蒋山英. 乳腺癌手术28例护理体会[J]. 蚌埠医学院学报, 2007, 32(3):358-359.
- [7] 姜乾金. 医学心理学[M]. 第4版. 北京:人民卫生出版社, 2006:117-145.
- [8] 刘艳,林文娟,刘锦平,等. 癌症的身心关系[J]. 实用医院临床杂志, 2006, 3(1):15-17.
- [9] 杨秀木,韩布新,罗劲,等. 社会心理因素与乳腺癌患者免疫功能状态相关性研究[J]. 现代预防医学, 2008, 35(9):1665-1667.
- [10] 张曼华. 乳腺癌患者的心理特征及心理干预[J]. 中国健康心理学杂志, 2007, 15(11):986-988.
- [11] 孙红,王浩,马璐璐,等. 乳腺癌病人的心理健康状况及应对对策[J]. 中国医学伦理学, 2006, 19(2):99-100.
- [12] 杨秀木,李娜. 心理干预对乳腺癌患者生存质量的影响[J]. 蚌埠医学院学报, 2006, 31(6):663-665.

[文章编号] 1000-2200(2009)09-0842-03

· 护理学 ·

人工肝血浆置换治疗重型肝炎 42 例护理体会

宋卫芹, 惠娟, 汪素琴

[摘要] 目的:总结人工肝血浆置换术治疗重型肝炎的护理措施及要点。方法:42例重型肝炎患者在常规药物治疗基础上联合血浆置换治疗,每间隔2~7天治疗1次,治疗期间进行术前准备、术中病情观察及术后护理。结果:42例在血浆置换后临床症状均有明显好转,最终病情好转出院36例(85.7%),死亡6例(14.3%)。血浆置换78例次,出现不良反应10例次(12.8%)。结论:对患者术前的心理护理、术前准备,术中病情观察和并发症处理,术后留置静脉导管护理和及时观察患者病情变化是人工肝血浆置换治疗重型肝炎成功的重要环节。

[关键词] 肝炎;肝,人工;血浆置换;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 575.1;R 318.14

[文献标识码] A

重型肝炎是病毒性肝炎中最严重的一种类型,病死率可高达60%~70%^[1]。人工肝血浆置换作为人工肝支持治疗的一种,是用人工方法清除血液循环中因肝脏细胞大量坏死产生的毒物,从而使肝功能得到一定程度代偿,促进患者肝脏自发恢复,或为进一步肝移植赢得时间和创造条件^[2]。2006年1月,我科引进日本生产的持续徐缓式血液净化装置ACH-10(人工肝机),2006年2月至2008年2

月,对42例重型肝炎患者采用人工肝血浆置换治疗78次,通过术前准备、术中病情观察和术后留置静脉导管护理取得显著疗效,现将护理体会作一报道。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男32例,女10例;年龄14~68岁。诊断符合2000年9月西安会议修订的《全国病毒性肝炎防治方案》标准^[3]。其中,乙型肝炎19例,戊型肝炎8例,乙型肝炎重叠戊型肝炎11例,未分型4例。并发症:Ⅱ度以上肝性脑病5例;并发性腹膜炎、肝肾综合征、肝肺综合征和电解质紊乱各1例。

[收稿日期] 2009-02-28

[作者单位] 蚌埠医学院第一附属医院 感染科,安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 宋卫芹(1968-),女,主管护师。

1.2 方法 患者入院后均按重型肝炎进行常规治疗,择期行血浆置换治疗。首次治疗前行单针双腔导管股静脉置管,以肝素化生理盐水 1 000 ~ 1 500 ml 预冲管路,设定需要的参数,血液流速为 80 ~ 120 ml/min,血浆分离和输入血浆的速度为 25 ~ 30 ml/min,每次血浆置换量 2 600 ~ 3 000 ml。本组 42 例每次治疗间隔 2 ~ 7 天,治疗 1 ~ 5 次,共进行血浆置换治疗 78 次。每次治疗 3 ~ 6 h。

1.3 结果 42 例每次经血浆置换治疗后临床症状均有不同程度缓解,如食欲增强、腹胀减轻、黄疸减退、精神好转等。5 例治疗前伴肝性脑病患者昏迷程度减轻,其中有 3 例由Ⅲ度降为Ⅰ度。患者血浆置换治疗后肝、肾功能、凝血机制显著改善。最终好转出院 36 例(85.7%),死亡 6 例(14.3%)。血浆置换 78 例次中,10 例次(12.8%)出现不良反应,其中颜面、四肢麻木 4 例次,皮疹 5 例次,过敏性休克 1 例次,经积极处理后均好转。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 重型肝炎患者病情重、病程长、预后差,患者及家属都存有巨大的心理压力,易产生焦虑、悲观、恐惧等情绪^[4]。国内人工肝治疗才开展 10 多年,许多患者及家属对人工肝的基本知识、疗效、安全性缺乏了解,加之多数患者长期饱受病痛折磨,情绪低下,而人工肝血浆置换治疗一般要重复多次,费用昂贵。因此,我们根据患者及家属文化层次的不同,具体情况具体对待。术前采用通俗易懂的语言耐心向患者及家属讲解人工肝相关知识、治疗方法、过程、目的、术中可能出现的不良反应、并发症和处理措施。对提出的问题耐心解释,根据患者不同心理状态给予安慰、疏导和劝解,请成功进行人工肝治疗的患者现身说法;对再次进行血浆置换术的患者讲解重复治疗的必要性。帮助患者树立战胜疾病的信心,增加安全感,减轻患者及家属陌生、紧张、恐惧心理,与家属签定治疗知情同意书。

2.1.2 治疗室准备 室内用紫外线消毒 30 ~ 40 min。保持室温恒定,以夏天 26 ~ 28 ℃,冬天 28 ~ 30 ℃ 为宜。术中补充的血浆及体液应先放置在 37 ~ 38 ℃ 的水中预热,治疗仪温度调为 38 ~ 39 ℃。

2.1.3 术前准备 术前做好治疗室及仪器的消毒,常规检查患者的血型、肝、肾功能、凝血功能等。人工肝血浆置换治疗时间较长,术中血流动力学变化大,为减少术中不必要的活动,患者要在术前排空大小便,必要时术前灌肠或导尿。指导患者养成在床上排便的习惯,做好穿刺部位皮肤准备。血浆置换

治疗一旦开始,患者血浆中物质将被排出体外,因此,当天常规进行的治疗药物,除特殊需要在治疗中应用的药物外,应放在术后应用,尤其是白蛋白等贵重药等。严密监测生命体征,备齐急救药品和物品,术前根据患者病情遵医嘱使用异丙嗪、地塞米松、葡萄糖酸钙、肝素等以预防过敏反应及出、凝血。核对、检查血浆,检查仪器设备是否正常,各管道接口是否固定。在使用前先试行一次,出现故障及时排除,以保证上机后正常运转。

2.2 术中护理

2.2.1 严格消毒隔离,防止交叉感染 医护人员进入治疗室前必须戴帽子、口罩,更换工作鞋,穿好隔离衣,做好手的消毒,操作时戴无菌手套。医护人员在接触患者、冲洗管路及血管穿刺的过程中存在着自身感染和感染他人的危险,操作时要严格执行无菌操作,并做好自身防护,必要时戴防护眼罩。

2.2.2 分离器冲洗 体外循环管路和分离器需无菌装接,用 38 ℃ 的生理盐水 1 500 ml + 肝素钠 2 ml 冲洗管路,并做好血液灌注管的冲洗和安装。

2.2.3 连接动静脉回路 选择动脉出路,深静脉回路,用 0.3% 聚维酮碘棉球进行穿刺部位的消毒。插管时予患者一些暗示性语言,转移其注意力,减轻紧张情绪。导管插入成功后连接动静脉回路,开通血泵,同时开通肝素抗凝泵。血液管路的术中观察是保证人工肝治疗顺利进行的条件,人工肝治疗依赖通畅稳定的体外血液循环通路,血流速度多在 80 ~ 120 ml/min,血液过慢容易引起跨膜压在体外发生凝血造成分离器堵塞。因此,在运行中应注意观察血管通路是否通畅,各种压力(动脉压、静脉压、跨膜压)监测是否在正常范围并及时做好调整。保持合适的体位,预防管路阻塞、曲折、脱落。

2.2.4 血浆的使用 血浆置换前,护士再次询问患者的血型及有无血浆过敏史,告诉患者治疗过程中可能出现的不适,如口麻、皮肤瘙痒、皮疹等,以避免其精神紧张。冰冻血浆在使用前必须放入 36 ~ 38 ℃ 恒温水箱中快速融化,并不断轻轻地摇动血浆,直到完全融化为止。融化后的血浆在 10 ℃ 放置不超过 2 h,在 4 ℃ 存放也要在 24 h 内用完,以免凝血因子失活。为了避免浪费和减少不良反应,每次只融化 3 ~ 5 袋,现用现融。置换前肉眼检查血浆应为黄色半透明液体,如发现颜色异常或有凝块则不能使用。

2.2.5 严密观察病情 严密观察患者神志、面色、末梢循环及生命体征的变化,由于血浆用量多,体外循环的血流速度快,故应使用心电监护仪进行监护,严密观察,每 30 min 记录 1 次生命体征。

2.2.6 并发症处理 (1) 血浆过敏预防: 做好“三查七对”, 备好的血浆应在 6 h 内用完, 天气炎热时不超过 2 h。及时处理过敏反应, 轻者如皮肤瘙痒, 可给阿司咪唑口服。重者如血压下降, 恶心、呕吐、发冷, 应立即停止输入血浆, 给氧气吸入, 地塞米松静脉滴注或者肌肉注射异丙嗪。如经处理无效应停止人工肝治疗。(2) 低血钙: 由于血浆置换采用的抗凝剂为复方枸橼酸钠, 大量的枸橼酸钠结合患者血液中的 Ca^{2+} , 使血浆游离 Ca^{2+} 浓度降低, 导致低血钙。常出现口周、四肢麻木、肌肉痉挛、手足抽搐等症状, 本文有 4 例患者在治疗中出现低血钙, 给予补钙、热敷、按摩等对症处理后, 症状很快缓解。(3) 低血压: 本文有 1 例在血浆置换治疗开始 30 min 内出现胸闷、心悸, 心率加快达 100 次/分以上, 血压下降等血容量下降, 立即减慢血流速度, 给氧气吸入, 建立静脉通道, 补充血容量及使用升压药物后, 症状很快缓解, 血压恢复正常。

2.2.7 及时准确完成有关记录 人工肝治疗的患者病情危重, 变化很快。及时、准确、客观的术中记录, 有利于医生判断病情, 了解治疗过程, 对防范医疗纠纷也十分重要。

2.3 术后护理

2.3.1 穿刺部位的护理 每次进行人工肝治疗后用肝素封管液进行封管。如术中穿刺部位出现血肿, 尤其血肿面积较大, 应及时冷敷、局部盐袋加压包扎、抬高患肢, 同时观察肢体末梢血运情况和敷料有无渗血、渗液, 如有应及时更换。做好导管的固定, 防止导管脱落, 双腔管避免作其他用途, 如输液、抽血等。拔管后常规按压 30 min 后加压包扎固定, 嘱患者 5 h 内穿刺侧肢体不宜屈曲、用力。

2.3.2 留置管的护理 导管留置时间较长, 易形成血栓, 导致血管狭窄或闭塞, 严重者会出现上腔静脉综合征。护理不当可出现留置管局部或导管内感染。特别是中心静脉导管造成的医源性感染发生率相当高, 病死率达 3%。留置局部应保持清洁、干燥, 外展部分的管夹必须夹紧, 肝素帽旋紧防止空气栓塞。外口管路末端用无菌纱布包裹, 每天换药 1 次。开启封帽时要严格无菌操作, 消毒时要用聚维酮碘棉签由里向外消毒。静脉留置导管使用结束后用肝素稀释液封管, 观察插管是否通畅, 如发现导管阻塞, 血栓形成, 切忌向内推入, 以防血栓脱落造成肺栓塞, 可负压抽吸将凝血块抽出。如发现局部有红肿、疼痛、脓液时应立即拔除插管, 并使用有效的抗生素。病室每天紫外线空气消毒 1 次, 定时通风换气。

2.3.3 病情观察 (1) 密切观察生命体征变化, 执

行术后常规医嘱, 每小时测血压 1 次, 连续测 6 次, 如血压平稳, 6 h 后可停测, 否则继续, 并及时通知医生作相应处理。(2) 严格床头交接班, 治疗结束后, 治疗护士与病区护士的交接应清楚了, 交接重点为生命体征、治疗过程、有无不良反应, 应用的药物用法及穿刺部位的压迫和有无出血和血肿等, 交接后在护理记录单上记录、签名。(3) 人工肝血浆置换术后, 患者血清胆红素、内毒素等一般可暂时下降, 随之全身中毒症状可有显著改善, 此时患者容易进食过量, 尤其摄入过多蛋白, 引起肝昏迷及消化道出血。因为此时肝脏功能还未完全恢复, 应反复告知患者及家属, 根据病情酌情进半流质、流质饮食, 在治疗后 24 ~ 72 h 内饮食要适量, 特别是控制蛋白质的摄入, 少量多餐, 以碳水化合物为主, 低脂肪、低蛋白、无刺激饮食。(4) 指导患者取平卧位, 限制活动量, 必要时床上大小便。

2.3.4 出院指导 嘱患者注意休息, 避免过度疲劳, 保持乐观的情绪, 生活要有规律, 禁烟禁酒, 定期检查, 应在医生的指导下用药, 避免滥用药, 指导做好家庭隔离与消毒。

3 讨论

人工肝支持系统在临床上已逐渐推广^[5,6], 人工肝血浆置换术作为治疗重型肝炎的一种重要治疗手段, 收到了良好的效果, 已被相关专家承认和肯定^[7]。它降低了重型肝炎的病死率, 缩短了疗程, 为肝移植争取了时间。在治疗过程中医护密切配合, 加强术前、术中、术后护理, 是人工肝血浆置换术得以顺利进行和成功的保证。我科在内科支持治疗的基础上配合人工肝单纯血浆置换治疗, 取得了较好的临床效果, 而护理工作对减少并发症, 促进患者康复起到了重要作用。

[参 考 文 献]

- [1] Mullin EJ, Metcalfe MS, Maddern GJ. Artificial liver support: potential to retard regeneration? [J]. Arch Surg, 2004, 139(6): 670 - 677.
- [2] Wang YJ, Wang ZW, Luo BW, et al. Assessment of resin perfusion in hepatic failure *in vitro* and *in vivo* [J]. World J Gastroenterol, 2004, 10(6): 837 - 840.
- [3] 中华医学会传染病与寄生虫病学分会、肝病学分会. 病毒性肝炎防治方案 [J]. 中华传染病杂志, 2001, 19(1): 56 - 62.
- [4] 刘戌香. 人工肝支持系统治疗患者的心理分析及护理 [J]. 中国实用护理杂志, 2006, 22(5): 65.
- [5] 李兰娟. 人工肝脏 [M]. 杭州: 浙江大学出版社, 2001: 173 - 174, 147 - 150.
- [6] 周霞秋. 重型肝炎治疗新技术 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2002: 143.
- [7] 何金秋, 陈川英, 邓廷廷, 等. 人工肝支持系统治疗重型肝炎的临床研究 [J]. 中国危重急救医学, 2000, 12(2): 105 - 108.