

要。护理人员应严密监护,保证各项监测及时、准确、有效,精心护理,密切配合,以求延长患者的生存时间,提高生存质量。

[参 考 文 献]

- [1] Okamoto K, Kobashi G, Washio M, *et al.* Descriptive Epidemiology of Amyotrophic Lateral Sclerosis in Japan, 1995 - 2001 [J]. *J Epidemiol* 2005, 15(1): 20 - 23.
- [2] Gauthier A, Vignola A, Calvo A, *et al.* A longitudinal study on quality of life and depression in ALS patient-caregiver couples [J]. *Neurol* 2007, 68(12): 923 - 926.
- [3] Brooks BR. El Escorial World Federation of Neurology criteria for

the diagnosis of amyotrophic lateral sclerosis [J]. *J Neurol Sci*, 1994, 124(Suppl): 96 - 107.

- [4] 王运良, 曹芳, 耿爽. 肌萎缩性侧索硬化的研究进展 [J]. *实用医药杂志* 2004, 21(2): 165 - 167.
- [5] 郭玉梅. 慢性呼吸衰竭病人的护理体会 [J]. *临床肺科杂志*, 2005, 10(1): 122.
- [6] Kurt A, Nijboer F, Matuz T, *et al.* Depression and anxiety in individuals with amyotrophic lateral sclerosis [J]. *CNS Drugs*, 2007, 21(4): 279 - 291.

(本文编辑 章新生)

[文章编号] 1000-2200(2011)10-1151-03

· 护理学 ·

经动脉介入治疗原发性肝癌术后并发症的观察与护理

陈 玲, 江怀芝, 黄培英, 赵春苗

[摘要]目的:总结经动脉介入治疗原发性肝癌术后不良反应及并发症的经验护理。方法:对 69 例原发性肝癌患者介入术后不良反应及并发症进行预防性护理。结果:69 例原发性肝癌经动脉介入治疗,总有效率达 100%。不良反应症状较轻,无严重并发症发生。结论:正确评估并积极处理肝癌经动脉介入治疗后的不良反应,不仅可提高患者的生存质量,而且可以有效预防并发症的发生。

[关键词] 肝肿瘤; 介入治疗; 并发症; 护理

[中国图书资料分类法分类号] R 735.7 [文献标识码] A

随着介入放射学的发展,肝动脉栓塞化疗(TACE)开辟了治疗肝癌的一条新途径,尤其成为中晚期肝癌的有效治疗方法^[1]。然而 TACE 后常出现一系列不良反应和并发症,这些情况如不被及时观察、评估并实施护理,会严重影响介入治疗效果。2009 年 4 月至 2010 年 12 月,我科行 TACE 治疗原发性肝癌患者 69 例,现就其术后并发症的观察与护理作一经验总结,旨在提高 TACE 的疗效。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 57 例,女 12 例;年龄 26 ~ 82 岁。均经临床血生化、甲胎蛋白(AFP)测定、影像学检查确诊,均为原发性肝癌晚期而采取 TACE 治疗,其中巨块型 50 例,结节型 14 例,弥漫型 5 例。

1.2 方法 运用 Seldinger 技术经右股动脉穿刺,置入 5F 导管鞘,然后经鞘管引入 5F-RH 导管,用非离子型造影剂,行腹腔干及肝动脉造影。观察肿瘤部位、形态、大小及血供情况,将导管超选择入肿瘤

的供血血管内,将各种化疗药物如氟尿嘧啶、羟喜树碱及顺铂等稀释后缓慢灌注入肿瘤血管内;再将超液化碘油与表阿霉素或阿霉素乳化后行肿瘤末梢血管栓塞,如存在动静脉瘘者栓塞瘘口后再进行肿瘤末梢血管栓塞及灌注化疗药物。注射完毕,拔除导管及导管鞘,穿刺部位局部按压 10 ~ 15 min,松开手指确定无血液外渗后,用弹力绷带加压包扎。

1.3 结果 69 例肝动脉栓塞化疗疗效均满意,总有效率 100%;肿瘤缩小 > 50% 36 例(52.1%),缩小 < 50% 33 例(47.9%)。

2 护理

2.1 预防术后出血及血栓形成 (1) 术后穿刺部位加压包扎,外用盐袋定位加压,指导患者术后取下肢伸直制动卧位 6 h,预防穿刺点出血。密切观察局部渗血和足背动脉搏动情况,观察患侧肢体有无疼痛、麻木,脚趾有无发凉苍白。(2) 指导做足部伸屈活动,按摩下肢比目鱼肌和腓肠肌及足踝关节活动,每 3 ~ 4 h 1 次,每次 10 min。(3) 术后鼓励患者多饮水,促进对比剂排泄,可降低血液黏稠度,利于预防下肢深静脉血栓形成。

2.2 术后发热护理 术后观察患者体温变化,指导

[收稿日期] 2010-10-31

[作者单位] 蚌埠医学院第一附属医院 介入科,安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 陈 玲(1981-),女,护师。

多饮水,同时向患者解释说明术后短期内发热为介入术后常见的症状,为暂时性的。发热为栓塞化疗后肿瘤坏死引起的吸收热,随着时间推移可逐渐恢复正常,从而在思想上消除患者紧张与疑虑。本组患者术后47例体温不超过38.5℃,均未予特殊处理,嘱其卧床休息、多饮水,注意保持机体的水和电解质平衡,体温多在3~5d天恢复正常;13例体温超过38.5℃者遵医嘱给予复方氨基比林2ml肌内注射或予以吲哚美辛肛栓,同时配合物理降温,降温效果较好。

2.3 疼痛护理 表现为右上腹肝区钝痛、烧灼样痛,一般持续3~7d。若为胆囊区疼痛,且向右肩背放射,应考虑术中胆囊动脉异位栓塞可能。护士应加强巡视,听取患者主诉,密切观察腹痛的部位、性质、程度,进行必要的心理护理:(1)对于疼痛较轻能耐患者不予镇痛处理,并告知患者腹痛是介入术后正常反应,短期内可自行减轻或消失,耐心向患者做好解释工作;(2)对于疼痛较重者,在明确没有误栓胆囊动脉和并发腹部其他器官感染的情况下,给予适当镇痛药物,如哌替啶、吗啡、羟考酮等。用药后及时观察药物的副作用。本组患者55例使用了药物镇痛,效果很好。

2.4 恶心、呕吐护理 为了防止恶心、呕吐,同时提高患者对手术的耐受力,我科改变了以往术前术后禁食的常规。(1)采取术中使用止吐药,术后给予地西泮或盐酸异丙嗪肌内注射、静滴止吐剂等方法减轻胃肠道症状。同时心理辅导,使患者精神放松,并给予术后饮食指导,鼓励患者多进食高热量、高维生素、易消化清淡饮食,必要时可少食多餐。(2)若呕吐较为频繁,可予以甲氧氯普胺肌内注射,以增强胃肠蠕动,加速排空。本组患者呕吐症状较轻,经积极对症处理后均能按指导进食。

2.5 骨髓抑制护理 化疗药物抑制骨髓造血系统导致白细胞降低、机体免疫力低下。本组共有5例患者出现白细胞降低,均在 $2.5 \times 10^4/L$ 以下。经过口服升高白细胞的药物或粒细胞集落刺激因子300 μg 皮下注射,每天1次,连用1~3d。对患者实行保护性隔离,术后定期检查血常规,做好口腔护理,鼓励患者多饮水以促进毒素的排泄。5例患者经治疗和科学护理后骨髓造血功能均恢复正常,未发生严重感染。

2.6 肝肾功能损害观察 大剂量的化疗药物注入肝脏局部及对肝细胞及肾脏造成一定程度的损害。

栓塞后肝细胞缺血、缺氧,细胞的通透性增加,部分肿瘤细胞发生炎性坏死,更多的转氨酶进入血液,致使丙氨酸氨基转移酶上升,这都加重了肝肾功能损害^[2]。我们足量补液,碱化尿液,加速药物排泄,缓冲化疗药物的毒副作用,介入治疗前后及出院前必须检测肝肾功能,并观察24h尿量、颜色和性质。本组患者术后1周复查肝肾功能与术前相比均无严重损伤。

3 讨论

原发性肝癌一旦出现临床症状,多已进入病程的中晚期而失去手术切除机会,若不积极治疗,生存期一般仅为1~6个月,而TACE术后1年生存率为50%~55%^[3],介入治疗已成为中晚期肝癌的首选治疗手段,其具有微创、见效快、住院时间短、可重复性等优点^[4]。通过局部化疗栓塞,可使肿瘤局部坏死、缩小或消失,患者临床症状得到有效改善,生存期延长。发热为术后较常见并发症多在术后3~5d发生,少数患者可持续2周,体温多在37.5~38.5℃,极个别超过40℃,多为肿瘤栓塞后造成的局部缺血、坏死及坏死物吸收所致,对体温持续超39℃的患者可给予地塞米松肌内注射或静脉注射,同时应积极寻找高热的原因,查血常规排除感染^[5]。术后疼痛主要为肝动脉栓塞时肝癌血供减少,造成肿瘤缺血缺氧、坏死、局部组织炎性水肿,肝包膜紧张度增加所致,护士应向患者解释说明疼痛原因及应对措施,必要时给予药物镇痛。为了防止TACE术后患者出现或加重肝破裂出血、肺栓塞、上消化道出血穿孔等严重罕见并发症,告知患者术后1周内保持情绪稳定、减少活动量、缓慢下床^[6-7]。注意观察患者呕吐物的性质及有无黑便,鼓励患者少量多次进牛奶、米汤等保护胃肠道黏膜的饮食,并常规应用H₂受体阻滞剂^[8]。TACE术后并发症直接关系到患者的治疗效果和预后,因此,术后细致的观察和精心的护理是提高介入手术疗效的重要环节,对预防或减少并发症的发生至关重要。本组69例患者术后均未发生严重不可逆并发症。由此认识到合理的护理能够预防和减少并发症的发生,提高患者的治疗效果和生活质量。

[参 考 文 献]

- [1] 吴沛宏, 黄金华, 罗鹏飞, 等. 肿瘤介入诊疗学[M]. 北京: 科学出版社, 2005: 64.
- [2] 罗莎莉, 谢永丽, 李惠惠. 肝动脉化疗栓塞后电解质和肝功能指标的变化[J]. 护理研究, 2008, 22(1): 58-60.

- [4] 张金山. 现代腹部介入放射学[M]. 北京: 科学出版社, 1999: 23.
- [3] 吴恩惠, 刘玉清, 贺能树. 介入性治疗学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 276-287.
- [5] 严秀乔. 原发性肝癌病人介入治疗术后并发症的预防护理[J]. 中国现代临床医学杂志, 2008, 7(3): 82-83.
- [6] 张海林, 张嘉明, 王燕. 血管介入术后病人不同卧床时间的对比研究[J]. 护理研究, 2007, 21(6): 1458-1460.
- [7] 单信芝, 李英兰, 张凌云. 经导管肝动脉化疗栓塞术后穿刺肢体制动及卧床时间的探讨[J]. 中国实用护理杂志, 2006, 22(6): 12-14.
- [8] 郝润娥. 经皮股动脉穿刺灌注化疗及栓塞治疗中晚期肝癌的不良反应护理[J]. 护理研究, 2006, 20(12): 3338-3339.

(本文编辑 章新生)

[文章编号] 1000-2200(2011)10-01153-03

· 护理学 ·

急性心肌梗死并发恶性心律失常 11 例心电监护及护理

王茜, 阚新梅, 高影, 梁晓丽, 许梅

[摘要]目的:总结急性心肌梗死并发恶性心律失常的心电监测及护理经验。方法:对 11 例急性心肌梗死并发恶性心律失常患者行心电监护并观察,及时处理各种类型的心律失常。结果:密切观察急性心肌梗死患者的心电图变化,可早期发现恶性心律失常,除 1 例室颤患者家人拒绝除颤自动出院外,其余均抢救成功好转出院。结论:早期完善的心电监护能及时发现急性心肌梗死并发恶性心律失常,并及时处理,利于早期救治。

[关键词] 心律失常; 心肌梗死; 心电监护; 护理

[中国图书资料分类法分类号] R 541.7 [文献标识码] A

急性心肌梗死(acute myocardial infarction, AMI)是冠状动脉血供急剧减少或中断,使相应心肌严重而持久的缺血,从而导致心肌细胞坏死,是临床上常见的一种急危重症^[1]。AMI可并发心律失常、心源性休克、心力衰竭等,其中心律失常尤为多见。现就我科收治的 11 例 AMI 并发恶性心律失常患者的心电监护及护理作一报道。

1 临床资料

2008 年 5 月至 2010 年 2 月,我科收治 11 例 AMI 并发恶性心律失常患者,男 9 例,女 2 例;年龄 60~84 岁。临床表现:心前区压榨样疼痛,胸闷,伴窒息,大汗淋漓,并有恐惧、焦虑、紧张情绪。11 例患者均经心电图、心肌酶等检查确诊。其中急性下壁梗死 7 例,前间壁梗死 1 例,前壁梗死 1 例,广泛前壁梗死 1 例,心内膜下心肌梗死 1 例;并发室性期前收缩 2 例,室性心动过速 2 例,窦性心动过缓 1 例,心室颤动 2 例,房室传导阻滞 3 例,房扑 1 例。除 1 例室颤患者家人拒绝除颤自动出院外,其余均抢救成功好转出院。

2 护理

2.1 急诊护理 立即静卧、吸氧,禁止一切活动,床上大小便。建立两路有效静脉通道:一路静脉输注抗心律失常药物,另一路输注营养心肌药物。选择上肢较粗大的静脉行留置针给药。及时行心电监护。密切观察生命体征、尿量及胸痛症状的改变;做好各项记录,以便及时发现心律失常、心源性休克、心力衰竭等。

2.2 一般护理 AMI 患者绝对卧床休息 1 周,如仍有心律失常,应延长卧床时间,避免由于活动而增加心脏负担和耗氧量。心肌梗死患者急性期给予氧气吸入 6 L/min,间断吸氧,维持 3~5 d。由于患者长期卧床,肠蠕动减弱,可导致便秘。指导患者低脂、低盐、低热量、低胆固醇和富含维生素的饮食,少食多餐,忌过饱和暴饮暴食,禁辛辣刺激性食物。指导陪护人员在患者腹部依结肠走行方向做环形按摩,以助排便;便秘者用开塞露肛塞,必要时行低压盐水灌肠,嘱咐患者切不可用力排便。AMI 患者病情重且病情变化快,在急性期心电极不稳定,易发生心律失常,因此排便时尽可能对其心电监护。

2.3 心理护理 AMI 起病急,发展快,且因限制活动和探视,患者易出现紧张、恐惧、焦虑等不良情绪和心理状态,使心率加快,心脏负担加重,诱发和加重病情,对疾病的转归有很大的影响。我们针对不

[收稿日期] 2011-06-05

[作者单位] 安徽省萧县人民医院 内科 235200

[作者简介] 王茜(1972-),女,主管护师。