

肿瘤患者动脉化疗栓塞介入治疗的护理体会

王静雯, 张 晴, 付文华

中图分类号: R8145 文献标识码: B 文章编号: 1004-714X(2007)03-0357-01

【摘要】 对于晚期无法手术切除的恶性肿瘤患者, 介入性动脉栓塞化疗近年来在临床上已被广泛采用。介入诊疗科护理人员根据不同疾病的治疗特点, 采取正确的术前准备、术中配合及术后护理是介入治疗手术成功的关键因素之一。笔者总结了 2005 8~2006 8 在我院进行的 151 例各类恶性肿瘤的动脉栓塞化疗的护理体会, 进一步探讨护理在介入治疗中的作用。

【关键词】 肿瘤; 栓塞介入; 护理

对于晚期无法手术切除的恶性肿瘤患者, 介入性动脉栓塞化疗具有疗效确切, 副作用轻微, 对人体创伤小、患者易于接受的优势, 近年来在临床上已被广泛采用。介入诊疗科护理人员根据不同疾病的治疗特点, 采取正确的术前准备、术中配合及术后护理是介入治疗手术成功的关键因素之一。我院自开展肿瘤患者的介入化疗栓塞治疗以来, 各级医护人员通过严格规范的治疗和护理工作, 总体效果让人满意。现将肿瘤介入治疗护理工作中的体会总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 2005 8~2006 8 我院进行各类恶性肿瘤的动脉栓塞化疗共计 151 例, 其中原发性肝癌 53 例, 原发性胃癌 39 例, 原发性肺癌 25 例, 其他肿瘤 34 例; 患者年龄 33~72 岁, 平均 50.5 岁; 男性患者 109 例, 女性 42 例。

1.2 手术方法 常规备皮, 消毒, 铺巾, 局部麻醉, 使用改良 Seldinger 术穿刺插管, 将导管头端置于靶动脉进行造影和减影, 根据造影情况和疾病特点选择不同的化疗方案和栓塞剂进行药物灌注和栓塞, 术后压迫止血。

2 护理

2.1 术前准备 完善各项术前检查。包括血常规、心电图、出凝血时间、肝肾功能等。患者术前一天双侧腹股沟备皮, 进行碘过敏试验, 训练床上大小便, 屏气及术后变换体位的方法, 术前 4h 禁食禁水。

2.2 术中配合 嘱患者平卧在手术台上, 双手置于身体两侧, 以免影响手术操作。保持手术室室温在 25℃ 左右, 湿度在 50% 左右。常规消毒双侧腹股沟区, 用 2% 利多卡因局部分层麻醉。术中按照要求准备好造影剂、化疗药物, 配好化疗药物—碘化油乳剂。造影时嘱患者屏气, 减少运动伪影。随时注意观察患者生命体征的变化和出现的异常反应, 积极处理因为造影、化疗栓塞引起的副反应。如果患者出现呼吸急促, 烦躁不安, 紫绀等症状, 应给予吸氧, 并做好急救准备。注意观察痰性分泌物的情况, 随时清除呼吸道分泌物防止窒息发生。

手术完成时在穿刺部位略上位置压迫止血 15min, 穿刺部位加压包扎, 将患者送回病房。

2.3 术后护理

2.3.1 穿刺部位的护理 患者送回病房后, 要求绝对卧床 24h, 穿刺处沙袋压迫 6h, 穿刺肢体制动平伸 12h, 嘱咐患者咳嗽、打喷嚏时用手按压穿刺部位。观察穿刺部位有无血肿、出

血, 如果出现较大的局部血肿, 可在血肿内注射透明质酸酶 1 500~3 000U, 特别严重时要考虑手术治疗。

2.3.2 化疗药物副反应的护理 术后患者有可能出现恶心、呕吐等副反应。这时在充分补液的基础上, 鼓励患者进清淡易消化的饮食。呕吐时将患者头部偏向一侧, 以免误吸引起呛咳或窒息, 严重不能进食者, 可给予静脉支持疗法, 维持机体正氮平衡。必要时给予灭吐灵等药物治疗^[1]。

2.3.3 并发症的观察与护理 患者介入手术后可能出现动脉栓塞、感染、疼痛、发热反应等并发症。穿刺侧动脉栓塞多因血管内皮受损激活内源性凝血系统或者穿刺部位包扎过紧影响血流等原因引起。术后每半小时拿起压迫沙袋 5h 并随时对比观察双侧足背动脉的搏动情况, 注意穿刺侧有无搏动减弱或消失, 皮肤温度、颜色的变化, 询问患者有无麻木疼痛等异常感觉。如出现穿刺肢体剧烈疼痛、皮肤苍白、温度下降等情况, 则有可能发生动脉栓塞, 应立即通知医生进行溶栓等处理。患者术后易于发生感染通常是由于化疗药物损伤机体免疫系统、抑制骨髓造血使白细胞、血小板减少造成的。术后 3d 内常规使用抗生素预防感染, 护理时要做到房间每日空气消毒, 严格无菌操作, 防止交叉感染, 指导并协助患者做好皮肤、口腔护理, 减少陪护、探视人员。栓塞阻塞血管和引起肿瘤坏死均可引起患者局部疼痛, 必要时应给予镇痛药物对症处理。发热多是由于肿瘤栓塞后坏死吸收引起, 一般体温波动在 37.5~39.5℃, 持续 1 周, 体温在 39℃ 以下时不必处理, 高于 39℃ 时应给予物理或药物降温。

2.3.4 心理护理 心理干预可以提高癌症患者的免疫功能, 尤其是 NK 细胞的活性^[2], 心理干预可以降低癌症患者的焦虑和抑郁等负性情绪, 提高患者的生活质量, 延长其生存期, 减少和减轻了恶心、呕吐发生的频率和程度。英国皇家医学院对 475 名癌症手术患者的康复研究发现, 那些自信能战胜癌症, 有良好心理素质的癌症病人, 手术后有 67% 的人生存 10a 以上, 相反, 对癌症精神恐惧压力过大的人, 有 80% 在手术后不久便相继去世。肿瘤介入治疗可导致病人明显的应激反应, 出现焦虑和抑郁情绪, 对其治疗和康复极不利, 从而影响到病人的生活质量, 临床护理人员应该注意病人的心理问题, 为病人提供充分的情绪支持和信息支持, 使病人尽快地适应自己的形象改变, 实现生存价值和社会价值。因此, 治疗既包括病人的躯体治疗, 也包括对病人的心理治疗。

3 讨论

介入治疗对护理工作的特殊要求。与静脉化疗相比, 动脉栓塞化疗有其自身特点。介入诊疗科护理人员应熟悉不同部位肿瘤介入治疗的操作步骤, 熟练掌握手术各阶段可能出现的

介入治疗在急性动脉大出血中的应用价值

李忠学, 孙 松, 陆文彬, 张道春, 鲍兰芳

中图分类号: R815 文献标识码: B 文章编号: 1004-714X(2007)03-0358-02

【摘要】 目的 探讨介入治疗在急性动脉大出血中的应用价值。方法 51例经内科保守治疗无法控制出血的急性动脉大出血患者, 急诊作动脉血管造影术, 根据术中出血原因和部位, 分别采用动脉内栓塞或缩血管药物灌注治疗。结果 共 51例, 其中行动脉内栓塞 48例, 止血率 100%; 单纯动脉内灌注缩血管药物 2例, 1例未再出血, 1例灌注止血 72h后再出血者剖腹探查, 手术证实为回盲部美克尔憩室; 1例空肠部血管畸形, 采用动脉灌注及栓塞治疗后止血。所有病例均未发生严重并发症。结论 介入治疗对急性动脉大出血多数可以通过栓塞或灌注止血, 栓塞止血效果佳, 灌注不能彻底止血者, 可为患者进一步治疗创造条件。

【关键词】 急诊; 介入治疗, 栓塞

急性动脉大出血是临床常见的急诊, 其出血量大, 常危及病人的生命, 内科保守治疗疗效往往不理想, 外科手术, 病人往往耐受性差, 尤其是已经处于休克或和近期已经做过一次或多次手术又再出血的病人。介入治疗快速、微创、高效等优点在急性动脉大出血急救方面显示出了其独特的优势, 现将我们经介入治疗的 51例急性动脉大出血的临床结果报告如下:

1 材料和方法

1.1 一般资料 本组 51例, 男 34例, 女 17例, 年龄 16~79岁。平均年龄 58岁, 鼻出血 2例, 大咯血 24例, 上消化道出血 3例, 腹腔积血 6例, 血尿 7例, 阴道流血 2例, 下消化道出血 4例, 盆腔积血 1例, 臀部流血不止 1例, 右侧大腿广泛皮下血肿 1例。患者均有明显的出血相关症状和体征。介入治疗前均经相关科室积极的保守治疗无效, 24h出血量 500~3 000ml, 采用美国 GE公司 Advantix LCV DLX A/C型 DSA机, 美国 Medrad MARK V PLUS高压注射器。

1.2 方法 采用 Seldinger技术, 经股动脉穿刺插管, 导管超选择至相应血管行动脉造影, 明确病变部位、范围、供血特点、侧支循环以及血管解剖等情况。依据出血不同病因、部位, 进行选择性或超选择性插管, 将导管超选至出血动脉, 用明胶海绵和/或不锈钢圈栓塞出血动脉, 不适宜栓塞者将导管插至相应动脉内灌注垂体后叶素, 栓塞或(和)灌注结束后, 再次造影确认血管闭塞程度。

2 结果

栓塞治疗 48例。其中原发鼻咽癌出血及鼻咽癌放疗后颌内动脉出血各 1例; 支气管动脉破裂出血 25例, 单侧 16例, 双侧 9例; 右肝癌破裂肝动脉出血 3例; 胰头癌、胆道疾病术后大出血 5例, 其中 3例为胃十二指肠动脉出血, 2例为肝固有动脉出血(图 1 2); 外伤后脾动脉; 经皮肾镜取石术后肾动脉出血 1例, 外伤后肾动脉出血 4例, 肾血管畸形出血 1例(图 3

4); 宫颈癌膀胱癌术后放疗后子宫动脉出血 1例、膀胱癌术后放疗后膀胱下动脉出血 1例、产后子宫动脉大出血 1例、右股骨上段骨折伴旋股外侧动脉大出血 1例(图 5 6), 臀部刀刺伤臀上动脉出血 1例; 直肠动脉血管结构不良 1例, 均采用明胶海绵和/或不锈钢圈栓塞出血动脉, 止血率 100%。1例胃癌术后中结肠动脉出血和 1例出血原因不明, 造影显示回盲部血管紊乱, 行单纯动脉内灌注垂体后叶素治疗, 前者未再出血, 后者灌注止血 72h后再出血, 剖腹探查证实为回盲部美克尔憩室; 1例空肠血管畸形, 采用动脉灌注及栓塞治疗后止血。所有病例均未发生严重并发症。

3 讨论

急性出血过去主要采用保守治疗或外科急诊手术治疗, 保守治疗对小量出血可能有效, 急诊外科手术带有很大盲目性和高风险性, 因为许多大出血病人因低血容量性休克或出血动脉的部位不明确, 或因已作过手术导致周围组织粘连。急性动脉大出血因其出血量大, 常危及病人的生命, 医生是否能及时、准确地确定出血原因和部位是制约治疗和预后的关键因素。介入治疗, 由于其术前准备简单, 仅需局部麻醉, 技术操作快速、微创、高效等优点在急性动脉大出血急救方面显示出了其独特的优势。经导管动脉造影和栓塞技术用于急性动脉大出血, 其意义在于及时明确出血的血管及位置、发现异常血管及病灶, 在此基础上进行止血治疗, 达到诊断和治疗的目的。不同的出血采用不同的治疗方法。大咯血采用明胶海绵或明胶海绵加金属弹簧圈栓塞治疗。上消化道出血一般采用栓塞治疗, 对于肝癌破裂出血予以化疗栓塞治疗, 对于胆道大出血, 应选用明胶海绵微粒和弹簧钢圈双重栓塞, 有报道其治疗一次性止血优于单纯明胶海绵栓塞, 单用明胶海绵不能有效控制出血^[1], 下消化道出血一般首选止血药物灌注, 但复发率高, 本组灌注治疗 2例, 1例出血停止, 1例复发。102笔者认为对此类病变出血应在灌注止血的基础上积极予以抗休克治疗, 为因再出血外科手术治疗做好准备, 特别是对小肠肿瘤更应积极手术切除治疗, 对小肠血管畸形, 采用灌注加栓塞治疗, 在栓塞平面上一般认为准确定位在末级弓状动脉和一定范围内的直动脉栓塞不

作者单位: 浙江省台州医院放射科, 浙江 台州 317000

作者简介: 李忠学(1975~), 男, 主治医师, 从事介入放射学及影像诊断工作。

异常情况以及护理方法, 尤其是术中急救措施和术后并发症的处理。对于不同类型的肿瘤介入治疗, 要注意术后独特严重并发症的发生情况。例如进行支气管动脉化疗栓塞治疗的肺癌患者, 如果术后出现感觉、运动障碍和尿潴留等情况, 多提示出现了脊髓损伤, 应积极进行处理。心理护理贯穿全程, 给患者以热情、诚恳、可信的感觉, 使患者以最佳状态接受治疗。

参考文献:

- [1] 徐兵河, 李青. 去甲长春花碱为主方案治疗蒽环类药物耐药性晚期乳腺癌的疗效[J], 中国肿瘤临床, 2001 28(8): 602-604
- [2] 王建平, 林文娟, 梁耀坚, 等. 心理干预对癌症患者免疫功能的影响[J], 中国肿瘤临床, 2002 29(12): 841-844

(收稿日期: 2007-02-08)