

## 宫颈癌介入治疗的护理体会

吴建, 杨玉, 杨海燕

中图分类号: R815 文献标识码: B 文章编号: 1004-714X(2005)02-0139-01

**【摘要】** 目的 探讨术前准备及术后护理在宫颈癌治疗中的作用。方法 对 12 例宫颈癌患者介入治疗前做好心理护理, 术后密切观察, 防止穿刺部位血肿及血栓形成和其他并发症的发生, 2 周后行子宫根治术+ 盆腔淋巴结清扫术。结果 12 例患者均顺利地实施了子宫动脉灌注+ 栓塞术, 手术全部成功。结论 宫颈癌介入治疗护理可有效排除患者的心理顾虑, 避免并发症的发生, 从而取得良好的临床效果。

**【关键词】** 宫颈肿瘤; 介入治疗; 护理

宫颈癌是妇科最常见的恶性肿瘤之一, 近年来有年轻化趋势, 目前随着抗癌药物的发展, 宫颈癌化疗疗效有很大提高, 因此介入化疗栓塞技术的开展为不能手术的患者争取手术, 切除肿瘤创造了条件。山东大学第二医院近年来采用经皮股动脉穿刺超选择性子宫动脉栓塞术作为宫颈癌的术前治疗, 使得 II b 期的患者有了手术机会, 并对 I ~ II a 期病灶较大的患者术前也采用此方法, 使病灶局限、缩小, 为彻底手术创造了条件。现将护理体会总结如下。

### 1 临床资料

对本院 2002 年 1 月 ~ 2004 年 5 月间收治的 12 例宫颈癌初始病例进行介入化疗, 其中 I b 期 4 例, II a 期 3 例, II b 期 5 例, 年龄 35 ~ 69 岁。所有患者均经宫颈活检证实。三合诊检查: 宫颈肿瘤直径  $\geq 4$  cm, 子宫根治术前 2 周行超选择性子宫动脉栓塞治疗。

### 2 术前护理

2.1 心理护理及健康宣教 介入治疗是一种有创性治疗方法, 且需要在 X 射线下进行, 患者由此产生一定的心理压力, 还有部分患者存在抑郁、焦虑、悲观等情绪, 特别需要人文关怀。责任护士应耐心向病人讲解介入治疗的相关知识及疗效, 并鼓励病室内已做完介入治疗的患者向其讲解有关体会, 解除患者的恐惧心理, 使其能树立信心, 积极配合手术; 同时解释使用的化疗药物的毒副作用, 使患者有一定的心理及物质准备; 另外指导患者在化疗期间摄入高蛋白、高维生素、高热量、易消化饮食, 少食多餐, 多饮水, 保证每日尿量 2 000 ~ 3 000 ml。

2.2 术前准备 协助做好术前常规检查及准备, 做好碘过敏试验; 冲洗腹股沟及会阴部并备皮; 触摸穿刺部位远端动脉搏动情况, 便于术中、术后对照; 指导患者术前 6 h 禁食, 4 h 禁水; 术前一日晚肥皂水灌肠 1 次; 鲁米那钠 0.1 g, 阿托品 0.5 mg 术前 30 min 肌注; 为防止术中损伤膀胱, 常规留置导尿管。

### 3 术后护理

3.1 术后注意事项 术后患者平卧, 保持穿刺侧肢体伸直, 制动 6 h, 以利于血管穿刺点收缩闭合, 保持血流通畅, 防止穿刺点出血、血肿和血栓形成, 6 h 后可翻身, 穿刺侧下肢仍保持伸直位, 用手紧压穿刺处向健侧处转卧, 避免屈膝、屈髋和打喷嚏动作, 以免局部压力突然增高而出血, 术后 24 h 方可下床, 术后 6 h 可提供清淡易消化的半流质饮食。

3.2 穿刺部位观察 介入治疗最常见的并发症是穿刺部位血肿和血栓形成<sup>[1,2]</sup>。导管拔出, 穿刺部位指压 20 min, 指压后用绷带加压包扎, 并置 1 kg 砂袋压迫穿刺点 6 h, 穿刺侧肢体伸直, 制动 6 h, 观察穿刺点有无渗血及血肿形成, 同时做好患者

的生活护理, 避免排泄物污染, 保持局部清洁、干燥, 以防穿刺部位感染。

3.3 生命体征监测 术后每 30 min 测 BP、P、R 各一次, 如无特殊变化, 2 h 后改为每 1 h 一次, 监测 24 h, 同时监测尿量, 发现异常情况及时报告医师处理。

3.4 留置导尿管 以往资料表明, 少量栓塞剂进入膀胱动脉, 导致膀胱壁局部栓塞, 可引起尿痛、尿频。因此, 常规术后 48 h 留置导尿管并鼓励患者多饮水, 以保证每日尿量 2 000 ~ 3 000 ml, 以减少膀胱刺激症状的发生。本组 2 例患者术后出现尿痛、尿频症状, 自行缓解。留置导尿管期间每日用碘伏会阴擦洗, 每日两次, 以防泌尿系统上行性感染。

3.5 恶心、呕吐 多发生在灌注药物后 1 ~ 24 h 内, 系高浓度化疗药物刺激胃肠道引起的应激反应。术前、术后 6 h 进食, 术前静推恩丹西酮 8 mg 或肌注胃复安 10 mg, 同时安慰患者, 使其情绪放松, 术后 6 h 后可给予清淡饮食, 次日鼓励患者多食高蛋白、高维生素、易消化食物, 忌油腻、辛辣食物, 食物的选择可根据患者的喜好, 注意色、香、味搭配, 以提高食欲, 增强体质<sup>[3]</sup>。

### 3.6 并发症的预防和护理

3.6.1 穿刺点出血及血肿 预防的关键是拔管时采用正确的压迫止血方法, 适当延长压迫时间, 嘱患者遵守所交代的注意事项, 每 15 ~ 30 min 巡视一次, 如有少量出血或小血肿形成, 可延长加压包扎时间, 术后 24 h 后考虑热敷。

3.6.2 动脉血栓形成或栓塞 合并有高血压、高血脂、糖尿病的患者, 可能并发动脉粥样硬化, 容易导致血栓形成或栓塞, 故术后应每 30 min 观察足背动脉搏动情况, 肢体皮肤颜色及肢体温度, 注意有无疼痛、麻木、运动障碍、无脉、苍白等, 发现异常及时报告医师, 配合医师溶栓治疗。栓塞术后综合症: ①疼痛: 主要为下腹痛, 有时同时有臀部及会阴部疼痛, 可持续数小时或数天, 影响患者休息和生活; ②发热: 患者术后可有不同程度发热, 体温为 37.5 ~ 38.5℃ 之间。应定时测温, 鼓励患者多饮水, 促进造影剂及毒物排出体内, 若出现高热, 予以物理降温, 并配合医师寻找原因; ③臀部皮肤红肿、硬结: 术后 24 h 嘱患者下床活动, 勤翻身, 护士可轻按摩局部和给予热敷, 以增加局部血供, 防止溃烂; ④阴道流血或排液: 介入治疗后肿瘤组织坏死脱落, 阴道有较多血性粘液流出, 应每日用 1% 碘伏冲洗外阴两次, 0.5% 碘伏低压灌洗阴道一次, 如阴道流血多, 可用碘纺纱条压迫止血。

### 4 结论

近年来中晚期宫颈癌病例增多, 为了提高手术切除率, 术前采用介入化疗可较快地缩小肿瘤体积及范围, 特别是宫旁浸润效果更明显, 使不能手术者得到手术机会, 而且术中出血量减少, 手术时间缩短, 使手术难度降低, 从而提高了 1 a 及 3 a 生存率和生存质量。介入治疗前做好心理护理及健康宣教, 介

# MR 与 CT 在以眼征为首发症的颅内病变诊断的应用

廖训建, 杜耀民

中图分类号: R814.4 文献标识码: B 文章编号: 1004-714X(2005)02-0140-01

**【摘要】** 目的 探讨 MR 与 CT 在以眼征为首发症的颅内病变诊断中的作用。方法 将以眼征为首发征临床诊断为颅内病变患者 40 例(男 29 例,女 11 例)设自身对照,先后行 CT、MR 扫描。观察分析 CT、MR 扫描检查结果与临床诊断的符合率。结果 对以眼征为首发症的颅内病变的 CT 与 MR 诊断差异有显著性( $P < 0.05$ )。结论 当眼征为首发症患者疑及颅内病变需作影像学进一步确诊时,MR 的诊断更为准确,应列为首选。

**【关键词】** CT; MR; 眼征首发症; 颅内病变

医生、教授、高级党政干部、大型企业高层管理人员、著名文艺工作者,是从事高风险、高强度精神压力的职业。因此,以复视、视眊、偏盲等眼征为首发症状的病变,在此群体中常常可以碰到。为了及早确诊以眼征为首发症颅内病变的定位与定性,争取及时积极的治疗,我们应用常规神经眼科常规检查,再作 CT、MR 检查,对 CT、MR 的作用优缺点进行自身对照研究,现介绍以下。

## 1 材料与方 法

1.1 一般材料 共 40 例,男 29 例、女 11 例,年龄 56~81 岁,平均 67 岁。

1.2 职业分布 主任医师 3 人,教授 3 人,高级工程师 14 人,高级党政干部 15 人,大型企业高级管理人员 4 人,著名文艺工作者 1 人。

1.3 方法:

1.3.1 主要设备 美国 Picker 公司产 PQ2000CT,荷兰产 Philips ACS-NT15 1.5 T 超导型 MR 成像仪。

1.3.2 评价标准 能给出明确病灶部位、范围及形态者为阳性。对病灶部位、范围及形态不能显示和显示不明确的为阴性。

1.3.3 一般步骤 首先常规采集病史、进行神经眼科学检查,排除肌源性眼肌麻痹(如重症肌无力)、鼻咽癌转移、眼眶肿瘤、甲亢、外伤等。进行临床定位初步诊断,然后进行 CT、MR 的颅内扫描,评估 CT、MR 与临床诊断的符合率。

## 2 结 果

40 例中至少有一种以上中风危险因素,分别为高血压 19 例、冠心病 7 例、糖尿病 12 例、高脂血症 15 例、吸烟 12 例、饮酒 7 例。首发征复视 30 例,视朦 6 例,偏盲 1 例,下睑外翻 3 例。40 例经过 CT、MR 检查,CT 检查显示阳性 31 例、阴性 9 例;MR 检查显示阳性 39 例、阴性 1 例。经统计学处理 CT 与 MR 诊断差异有显著性( $P < 0.05$ )。详见表 1:

表 1 CT 与 MR 颅内病因病位扫描诊断结果

	阳性	阴性	合计
CT	31	9	40
MR	39	1	40

作者单位:广东省人民医院,广东 广州 510080  
作者简介:廖训建(1947~),男,广东梅县人,副主任医师,从事眼科临床诊治工作。

入治疗后做好术后护理工作,对于解除患者的思想顾虑,使其积极配合手术,避免并发症的发生,起到了不可忽视的作用,值得临床重视。

## 参 考 文 献:

[1] Howatson Jones L. Arterial embolisation of uterine fibroids[J].

## 3 讨 论

目前医疗界实行“举证倒置”制度,无疑给从事医疗职业增加很大风险和负担,本研究中一例资深外科主任出现半个多月复视,还天天上台给患者施手术,起初以为是老花,白内障等其他原因,来眼科检查后发现轻微复视。CT 检查未发现异常,再进一步 MR 检查才发现轻微脑干梗塞,从而避免了重大医疗事故的隐患。其中一例大型国企总经理有轻微复视半年之久,仍常常自驾汽车来往珠海与广州之间。在 MR 检查作出明确诊断后才终止了这种危险行为,而避免了潜在的重大交通事故。高级党政干部作为国家的宝贵财富,有良好的保健制度、体检制度,由于这批群体处于“决策中心”,分身乏术,自身又缺乏医学常识,所以往往容易拖延病情及贻误治疗时机。本组研究中的这名文艺家由于比较自信或自负,临床推论不足以令其信服,可迅速的 MR 检查诊断才消除了其对医生的疑虑,进而服从治疗。复视、视朦、偏盲等眼科首发症病变多发生于脑干、枕叶等部位,本组研究临床推断的 III、IV、VI 颅神经麻痹与 MR 扫描诊断基本相符<sup>[1]</sup>。而 MR 又具有如下优点:①它是一种不使用放射线的无损伤摄影技术,无需造影剂,检查灵活性大,不需改变体位即可随意取得横断面、矢状面或冠状面切层图像。②软组织对比度好,分辨力强,优于 CT。CT 常受骨性伪影干扰而使某些病变不易显示或显示不确切,如本组一例典型是枕叶有一 6 cm×4 cm×3 cm 大小的缺血性梗塞 CT 未能检出,而 MRI 给予清晰显示。③MR 有质子密度、T1 和 T2 多种成像参数,CT 不能定性的,而 MR 可给予正确定性。④MR 无需造影剂增强即可显示血管,亦可观察血流及其他体液流动情况。

基于以上认识,笔者认为,当疑及以眼征为首发症状的老年人的颅内病变需作影像学检查时 MR 无疑列为首选。但 MR 亦非无所短,其缺点为:①对钙化灶及骨骼病灶的显示不如 CT。②扫描时间长,对不合作者常感困难,有时需用镇静剂或安眠药处理方能完成检查。③体内有磁性异物者禁用,头面部或眶内有磁性异物即使是极细小的铁屑,亦会造成局部磁场的不均匀,出现明显的局部伪影。如镶有金属假牙、心脏起搏器等均受限。④相对 CT 而言,MR 检查费用偏高,但随着社会进步、科技发达,MR 设备的普遍、医院间竞争的加剧,其费用必然降低。目前,大多数医疗单位的眼科医师只熟悉神经性眼征的检查手段,但对产生眼征的颅内病因和病位,甚少能作出正确的分析和判断。同样,神经科医生虽然对颅内结构(包括视

Nurs Stand 1999 13 (45): 41-45.

[2] 李修荣,卢明华,徐敬芝. 导管法介入治疗子宫肌瘤的护理[J]. 实用护理杂志, 2000, 16 (3): 183.

[3] 冯芳,袁国新. 肝癌行肝动脉插管化疗栓塞后的观察和护理[J]. 实用护理杂志, 1999, 15 (7): 29.

(收稿日期: 2005-02-24)