

• 临床监护 •

多点射频消融治疗巨块型肝癌并发症的观察及护理

王春清,程昌盛

【关键词】 巨块型肝癌;射频消融;并发症;护理

【中图分类号】 R 735.7 【文献标识码】 B 【文章编号】 1674-3296(2012)11B-0123-02

射频消融(RFA)是肝癌微创治疗的代表性治疗方式,也是应用最广泛的热消融手段,该技术具有创伤性小、疗效确切、不良反应小等优势。目前 RFA 联合肝动脉栓塞化疗(TACE)治疗大肝癌得到肯定疗效,让中晚期肝癌治疗有了新的突破。由于需要多点 RFA 治疗范围和时间需要增加,并发症也相应增加,对术后护理提出了新的要求。我科于 2010 年 10 月-2011 年 12 月对 92 例巨块型肝癌患者应用多点进针 RFA 治疗,术后针对患者出现的并发症制订护理对策,效果显著。现将体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 在超声引导下经皮穿刺行肝癌 RFA 92 例,男 86 例,女 6 例,年龄 25~66 岁,中位年龄 45 岁,均为原发性肝癌。肿瘤直径 5.1~10.6(7.5±1.2)cm,肿瘤直径>5.0 cm 者 76 个病灶,>8.0 cm 者 16 个病灶。所有病例均经血清学、影像学检查或病理活检确诊。78 例 AFP 明显升高,术前均行 1 次以上 TACE 符合 RFA 的手术指征。

1.2 治疗方法 采用迈德医疗科技(上海)有限公司 RFA 治疗仪及迈德多极电极。首先用分辨率高的彩色 B 型超声显像仪检查以明确肿瘤部位,在超声引导下结合 CT 仔细观察病灶的部位、形状、大小,确定穿刺部位、布针的数目。患者治疗时取平卧或左侧卧位,先硬膜外麻醉或静脉复合麻醉。在离消融部位 30~50cm 处贴 2 块专用电极并连接回路电源,在局部消毒后将 RFA 针头在超声引导下插进肿瘤,根据病灶形态布针,选择多个穿刺点,间距为 3cm,设定所需功率,进行消融。

2 结果

本组 92 例均为第 1 次行 RFA,术后出现不同程度肝区疼痛 76 例(占 82.6%),发热 53 例(占 57.6%),穿刺处渗血 5 例(占 5.4%),肝功能损害 20 例(占 21.7%),肾功能损害 7 例(7.6%),液气胸 6 例(占 6.5%),肠梗阻 2 例(占 2.17%),胆瘘 1 例(占 1%),皮肤灼烧 3 例(占 3.2%)。经对症治疗护理后均痊愈,患者住院 5~15d,平均 10d,好转出院。

3 并发症的观察与护理对策

3.1 肝区疼痛 疼痛为术后肿瘤组织凝固坏死,瘤周充血水肿致肝包膜紧张度增高所致。肿瘤越靠近肝脏包膜及肝门区,治疗范围越大,痛阈越低,术后疼痛越明显。本组 76 例疼痛较明显。护理:给予舒适的体位,提供安静舒适的病室环境以利于休息。分散注意力,指导患者放松技巧。轻度疼痛者给予止痛药口服,疼痛剧烈者,在排除肝损伤性出血、继发性腹膜炎、胆瘘、肠瘘等急腹症的情况下,遵医嘱肌内注射吗啡注射液。注意观察镇痛药物效果及可能出现的不良反应。

3.2 发热 由于 RFA 治疗后肿瘤组织坏死,细胞崩解后释放

肿瘤坏死因子等致热原,引起全身性反应,肿瘤大范围坏死后也极易发生继发感染和吸收热。术后多数会出现低热,体温波动在 37.5~38.5℃,一般出现在手术当日或术后数日。护理:密切观察体温的变化,鼓励患者多饮水,每天摄入量不少于 2000ml,必要时可通过静脉补充水分及电解质^[1]。体温高于 38.5℃时,可辅以物理降温或药物降温,同时观察生命体征的变化。对于体温持续过高、热程超过 3d 者,做血细菌培养,可考虑应用抗生素治疗^[2]。

3.3 出血 肝脏出血是 RFA 的严重并发症之一,多数肝癌发生在肝硬化的基础上,凝血机制差,穿刺时损伤大血管或热凝不完全而致出血。护理:术前加强护肝治疗、补充维生素 K₁,纠正凝血机制,术毕应用单针 RFA 电极做针道消融,不仅可以防止针道种植,而且可以预防穿刺针道出血。拔针时观察穿刺点有无渗血渗液,必要时注入医用吻合胶封闭针道。术后监测生命体征,尤其是心率、血压和血氧的变化。本组 5 例穿刺处渗血患者经注入医用吻合胶后加压包扎,渗血停止。

3.4 肝功能损害 大面积 RFA 引起肿瘤周围正常肝组织水肿坏死,在原有肝病基础上,肝脏损伤进一步加重,临床表现为黄疸、转氨酶升高、腹水。本组 20 例术后出现上述症状,天冬氨酸氨基转移酶(AST)最高达 2000U/L,总胆红素最高达 153.6μmol/L。护理:鼓励患者多进食高热量、高维生素、易消化食物。观察患者皮肤、巩膜有无黄染、神志改变,术后第 2 天监测肝功能及电解质。本组 20 例经静脉滴注护肝药物、白蛋白等,饮食调理 7~10d 肝功能接近正常范围。

3.5 肾功能损害 由于 RFA 治疗使肿瘤细胞坏死崩解,大量蛋白代谢产物释放到血液中,引起高肌酐蛋白血症,在肾小球弥漫性沉淀物可引起肾内滤过障碍,引发肿瘤溶解综合^[3]。临床表现为肌酐和尿素氮升高,尿酸、血钾、血磷酸升高,发生急性肾功能衰竭。尤其是 RFA 治疗范围较大,术前肾功能较差的患者,易发生。护理:术后 1~3d 内密切观察患者的尿量及尿色,定时监测尿比重,每天检查肾功能、尿常规、电解质和血气分析,及时了解肾功能状态,术后预防性给予 5% 碳酸氢钠 250ml 静脉滴注,以碱化尿液。鼓励患者多饮水,有利于沉淀物排出,减少对肾脏的损害。本组 7 例患者发生肌酐蛋白尿,均为尿色的改变,护士及时发现,及早报告,得到及时治疗,7 例均 3~5d 好转。

3.6 血气胸 因部分肝癌在膈下,穿刺点离右侧胸腔腔较近,反复胸部呼吸运动,穿刺针移动容易损伤所致。本组 6 例术后出现气紧、呼吸困难,予取半卧位、吸氧后症状不能缓解,急行床旁 X 线胸片,有右侧胸腔积液 4 例,经胸腔置管外引流持续引流 3d 后痊愈;右侧气胸 2 例,经紧急放置胸腔闭式引流接无菌水封瓶排气 3d 后痊愈。护理:术前训练患者学会屏气,术后除观察生命体征外,要注意观察患者胸廓运动,有无进行性呼吸困难、胸部压迫感。

作者单位: 543001 广西梧州市 广西桂东人民医院肝病科

通讯作者:程昌盛

3.7 肠梗阻 由于肝癌消融范围大,消融部位温度高,刺激腹膜或胃肠道可引起交感神经兴奋,使胃肠道运动受抑制。另外,术后患者害怕疼痛,早期不愿下床活动致使肠蠕动减弱而引起肠梗阻。本组 2 例术后第 3 天发生不完全性肠梗阻,经禁食、放置鼻胃管行胃肠减压,3d 后肠梗阻痊愈。护理:术后密切观察患者腹胀、腹痛程度、性质、部位,观察肠蠕动的动态变化,鼓励患者早下床活动,以促进肠蠕动。如术后患者无肛门排便排气,出现腹胀痛、腹部压痛、反跳痛、腹肌紧张等症状时应警惕肠梗阻发生,及时报告医师予以处理^[4]。

3.8 胆瘘 本组 1 例术后出现典型的腹膜刺激症状,穿刺口处渗出大量黄绿色液。其原因由于肿瘤与肝内胆管靠近,手术时热凝对癌周胆管热损伤,致胆管堵塞,另 RFA 热凝后肿瘤坏死破溃不愈,胆汁外渗,形成瘘管。护理:术后观察患者腹部体征的变化,观察腹痛、腹胀、腹肌紧张、局部压痛、伤口渗出等症状和体征,观察有无发热和黄疸。如肿瘤有明显液化渗出者,术后放置无菌硅胶管引流。注意避免引流管脱落、折叠,注意观察引流液的性质,准确记录 24h 引流液量,防止漏出的胆汁淤积于患者腹腔而导致胆汁性弥漫性腹膜炎。更换引流管,以防逆行感染。

3.9 皮肤灼伤 常见 2 种情况:(1)治疗过程中,由于肿瘤内部压力上升,热消融组织液从未闭合穿刺口外溢,烫伤穿刺口周围皮肤。护理:术中用生理盐水纱布覆盖,对周围组织进行

保护。(2)大肿瘤多针多次消融方能达到治疗目的,工作时间长、功率大,大电流通过容易灼伤贴电极片处皮肤。需要长时间消融者,术前将电极片铺平,在电极片上放置干冰块,可有效预防局部温度过高灼伤皮肤。本组 3 例浅 II 度皮肤灼伤予以换药,保持创面干燥,经对症治疗后痊愈。

4 讨论

RFA 是微创靶向摧毁肿瘤手术,给中晚期肝癌患者带来新的希望,其精髓是对肿瘤进行精确灭活,尽量保护正常肝组织。由于肿瘤面积大,需要多点消融,并发症多,发生率高,伤情重,不利于患者康复。护理人员在术后加强病情观察,早期发现,尽早处理各种并发症,能最大限度减轻患者的损伤、减轻痛苦,提高肝癌患者生存质量和临床效果。

参考文献

- 1 蔡爱妮,戚新玲,孙妮.1 例窄谱 UVB 治疗银屑病致发热患者的护理[J].护理学杂志,2008,23(1):74-75.
- 2 李焕联.多弹头 RFA 治疗肝癌的配合及护理[J].天津护理,2004,12(1):29.
- 3 李凤琴,王梅,孙书杰.128 例肺癌氩氦刀冷冻治疗并发症的护理[J].中华现代护理学杂志,2009,6(2):118-119.
- 4 傅巧美,常俊.开腹术中冷循环 RFA 治疗肝癌不良反应的观察及护理[J].解放军护理杂志,2004,21(8):60-61.

(收稿日期:2012-09-26)

• 临床监护 •

胃十二指肠溃疡穿孔合并糖尿病患者腹腔镜修补术护理体会

李英,宋炳辉

【关键词】 胃十二指肠溃疡穿孔;腹腔镜修补术;糖尿病;合并症;护理

【中图分类号】 R 473.6 【文献标识码】 B 【文章编号】 1674-3296(2012)11B-0124-02

胃十二指肠溃疡穿孔是普外科常见的急腹症,近年来糖尿病发病率明显增高,目前已成为继心血管疾病和肿瘤之后的第 3 类非传染性疾病^[1]。当胃十二指肠溃疡穿孔合并糖尿病时,患者的手术风险大大增加,随着腹腔镜技术的不断发展,腹腔镜溃疡穿孔修补术逐步替代传统开腹溃疡修补术,成为急性胃十二指肠溃疡穿孔的首选手术方式^[2]。我院普外科 2006 年 1 月-2011 年 11 月对 45 例胃十二指肠溃疡穿孔合并糖尿病的患者行腹腔镜修补术,均取得满意疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2006 年 1 月-2011 年 11 月 45 例胃十二指肠溃疡穿孔糖尿病合并患者在我院行腹腔镜修补术,男 31 例,女 14 例。年龄 38~62 岁,中位年龄 48.7 岁。其中胃溃疡穿孔 18 例,十二指肠溃疡穿孔 27 例。患者均合并 2 型糖尿病,其中 15 例合并高血压病、9 例合并心肌缺血、7 例合并脑梗死后遗症。

1.2 护理方法

1.2.1 心理护理:胃十二指肠溃疡穿孔起病急,患者合并糖尿病增加了手术的风险,加之患者对腹腔镜手术方法不了解,造成沉重的心理负担。护士应充分讲解腹腔镜修补术的优势,告

知患者将血糖控制在安全范围就不会对手术造成风险。

1.2.2 术前护理:(1)术前常规护理:术前应按急诊手术要求完善各项术前准备,评估患者各方面的情况,有无手术禁忌证,建立静脉通路,保证有效循环血量,预防休克;(2)术前血糖干预:术前做好血糖监测,评估有无糖尿病的急性并发症。血糖控制采用胰岛素静脉泵入法,将血糖控制在 7~11mmol/L,方能进行手术^[3]。并用快速血糖仪实时监测血糖,随时调整胰岛素用量。

1.2.3 术后护理:(1)术后一般护理:术后给予去枕平卧位,头偏向一侧,给予吸氧。全面清醒后给予半卧位,密切监测生命体征变化。(2)保持胃管通畅:胃管要固定牢固,严格进行交接,一旦脱出禁止盲目插入,以免损伤吻合口;间隔 2h 挤压胃管 1 次,保持胃管通畅,原则上不用注射器抽吸;观察引流液的颜色、性质及量;术后 3~4d,肠功能恢复后,可拔出胃管。(3)腹腔引流管护理:保持引流管通畅,妥善固定,24h 观察有无出血的征兆,定时挤压引流管。(4)饮食护理:术后禁食,胃肠功能恢复后,遵医嘱拔出胃管进食少量水或米汤,如无不适,应与营养师制定糖尿病饮食,应遵循流食一半流食一普食,饮食种类由单一到复杂,循序渐进。(5)活动:清醒后给予半卧位,2h 翻身 1 次,术后第 2 天协助下床活动,促进肠功能的恢复。(6)术后血糖的监测和控制:术后 2~4h 监测 1 次血糖,禁

作者单位:054000 河北省邢台市第三医院普外科