

· 护理园地 ·

人工胸水辅助 B 超引导下射频消融治疗肝穹窿部肿瘤的护理

张 佳, 傅俊棠, 郭莹莹, 宋春美, 卢 青

〔摘要〕 目的 探讨人工胸水辅助 B 超引导下射频消融治疗肝穹窿部肿瘤的护理要点。方法 对 10 例肿瘤位于肝穹窿部的肝癌患者经右侧胸腔注入等渗盐水, 经超声引导行射频消融治疗。结果 10 例人工胸水后治疗过程顺利, 均康复出院, 一月后复查, 原瘤灶治疗完全, 局部无复发。结论 全面的术前评估、充分的术前准备、娴熟的术中配合和严密的术后观察可减少术后相关并发症, 是治疗成功的重要保证。

〔关键词〕 人工胸水; 射频; 肝癌; 护理

〔中图分类号〕 R735.7 〔文献标志码〕 B doi:10.3969/j.issn.1672-271X.2015.04.032

B 超引导下经皮肝穿射频消融治疗肝癌具有创伤小、恢复快、安全性高、疗效确定等优点, 在临床上已被广泛开展^[1]。然而, 肝穹窿部肿瘤由于受到肺组织的阻挡, 超声很难探及, 且肝脏由于受呼吸运动的影响而随膈肌上下移动, 治疗时可能会出现误伤肺组织和肿瘤周围组织而引起各种并发症^[2]。在胸膜腔内人工注入胸水可移开肋膈角内的肺组织, 使膈面下移, 使超声能够探及肝穹窿处病灶, 以利于超声引导局部治疗, 确保治疗的安全性^[2,4]。我院 2013 年 12 月-2014 年 11 月采用人工胸水 B 超引导治疗肝穹窿部肿瘤 10 例, 通过完善术前准备及心理护理、娴熟的术中配合及严密的术后观察与积极处理, 所有患者均顺利完成治疗并康复出院, 现将护理体会报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 10 例, 男 9 例, 女 1 例, 年龄 41~65 岁, 平均 45.5 岁。所有病例均经超声、CT 和 AFP 检测等辅助检查明确诊断为原发性肝癌, 且肿瘤均位于肝穹窿部。所有患者均知晓病情、治疗方法并签署知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 人工胸水 患者均于术前 3 h 在床边 B 超引导下, 于右侧腋中线第 5~7 肋间行胸腔穿刺术, 置入单腔中心静脉导管, 滴入等渗盐水 1500~2000 mL, 直至肺组织被完全压缩推离肋膈角。

1.2.2 射频消融治疗 B 超定位引导下采取合适的入路穿刺, 每针治疗时间为 20~30 min, 治疗结束后, 逐步退针并消融针道止血。B 超检查无明显活动性出血后, 无菌纱布覆盖穿刺点。

1.3 结果 本组 10 例经治疗后第 1 天行超声造影检查^[5], 均显示肿瘤消融彻底且本组患者无肺部相关并发症发生, 术后 2~5 d 复查胸片显示胸水完全吸收。术后 1 个月复查 CT, 原瘤灶治疗完全, 局部无复发。

2 围术期护理

2.1 心理护理 术前告知患者射频消融治疗的优越性和原理, 并与医生共同向患者解释整个手术的过程及配合要点, 并介绍一些成功病例以增强患者的信心。

2.2 术前护理 ①检查凝血功能, 术前 2~3 d 静脉输入等渗盐水 100 mL + 维生素 K1 0.03 g, 以改善凝血功能。②评估肺功能, 术前戒烟。教会患者做有节奏、缓慢的深吸气, 每次锻炼 10~20 min, 3 次/d, 闭气时间要求达到 45 s 以上, 并指导患者做吹气球练习^[6]。③术前备皮, 清洁手术野, 禁食 8 h, 治疗前排空小便。④左上肢留置静脉套管针, 术前 30 min 输入等渗盐水 250 mL + 止血三联 1 组, 以减少术中出血。

2.3 胸腔注水护理 指导患者放松心情, 穿刺成功后, 妥善固定导管, 注入等渗盐水。注水过程中注意观察患者呼吸, 注水完成后, 以肝素帽封闭导管。本组患者注水过程均无不适主诉。

2.4 射频消融护理 治疗开始前 30 min 肌肉注射哌替啶 50 mg, 以减轻术中疼痛。低流量吸氧, 密切观察呼吸、心率、血压、血氧变化。治疗过程中观察患者的表情, 不断询问其感受, 根据患者的反应, 协助医生及时采取措施以帮助患者顺利完成射频消融治疗过程^[7]。

2.5 术后护理 ①解除电极板后, 观察皮肤有无灼伤, 本组病例均无灼伤。②持续低流量氧气吸入

3 d, 流量 2 ~ 3 L/min, 有助于增加肝细胞含氧量, 促进肝细胞再生, 减少肝细胞损害。③静脉输入止血、保肝、营养支持药物, 第 2 天晨复查血常规、肝功能, 行肝脏超声造影查看肿瘤消融效果。④卧床休息 6 h, 术后 3 d 内避免激烈运动, 防止出血。⑤禁食 4 h, 如无腹痛、恶心、呕吐等不适, 可进食清淡流质饮食, 第 2 天起鼓励患者进食高蛋白、高热量、高维生素、易消化食物, 避免生硬、粗糙、甜食和易产气食物^[8]。⑥胸腔引流管接抗反流引流袋, 保持管道密闭、无菌, 妥善固定, 防止受压、扭曲, 保持引流通畅, 准确记录引流液颜色、性质和量。本组患者注入等渗盐水量与引流液量差距在 50 ~ 350 mL。6 例于术后第 1 天拔管, 2 例于术后第 2 天拔管, 2 例于术后第 3 天拔管。

3 并发症的观察与护理

3.1 出血 出血是手术时及术后短时间内出现的严重并发症, 包括肝脏包膜及实质撕裂出血、针道出血、肿瘤破裂等^[9]。术后观察穿刺点有无渗血, 监测心率、血压、呼吸、血氧饱和度变化, 1 次/30 min, 直至平稳。如出现血压进行性下降、心率增快、肢端末梢发凉、患者烦躁不适等, 立即通知医生查看、处理。此外, 还应注意观察患者有无突发剧烈腹痛、腹部隆起和急腹症症状^[10], 必要时行 B 超或 CT 明确诊断。

3.2 疼痛 因治疗后肿瘤组织坏死, 肿瘤周围组织充血水肿使肝被膜张力增加所致, 与肿瘤部位及治疗范围有关^[11], 需及时听取患者主诉, 了解疼痛部位、性质, 准确判断疼痛程度。本组 10 例均有不同程度肝区胀痛且吸气时加重。6 例为轻度疼痛, 解释安慰后未使用药物; 2 例为中度疼痛, 口服散利痛治疗; 2 例为重度疼痛, 同时伴有血压升高, 予以肌注强痛定 0.1 g, 并舌下含服硝苯地平 0.01 g 治疗, 1 h 后疼痛明显减轻, 血压恢复至正常水平。此外, 我们也调动家人给予精神上的安慰、感情上的支持, 还指导患者采用音乐疗法、放松技术等缓解疼痛。

3.3 发热 术后肝脏组织损伤及肿瘤组织细胞发生凝固变性坏死, 因而产生吸收热, 多数在 37.5 ~ 38.5 °C, 少数可达 39 °C 以上^[12]。若高热持续不退, 应复查血常规, 注意有无肝脓肿等并发症发生^[9]。本组 3 例 3 d 内最高体温在 38.5 °C 以下, 物理降温后体温恢复正常; 1 例体温在 38.5 °C 以上, 使用消炎痛栓 0.1 g 纳肛并辅以物理降温和静脉抗感染、补液治疗后于 4 d 内体温恢复正常。

3.4 血气胸和胸腔积液 如患者出现进行性呼吸

困难, 可行胸片检查, 行胸腔闭式引流或抽胸水予以改善。本组中 1 例因导管引流不畅于术后第 1 天拔管后重新放置引流管, 复查胸片正常后拔管; 1 例发生气胸, 予以注射器抽气, 并封闭引流管, 复查 X 线胸片正常后拔管。

3.5 肝功能损害 主要表现为氨基转移酶的一过性增高, 部分患者术后黄疸指数升高, 甚至出现黄疸^[13]。通过护肝、降黄、补充白蛋白和利尿治疗后, 一般肝功能在 1 个月左右可以恢复到术前水平。本组 4 例术后出现转氨酶升高, 经保肝治疗后, 3 ~ 5 d 转氨酶恢复正常。

4 讨论

人工胸水辅助 B 超引导下射频消融治疗肝穹窿部肿瘤的技术性强、护理标准高, 护士应全面评估患者病情, 做好术前的基本准备, 加强宣教, 用通俗易懂的语言向患者讲述治疗的目的、人工胸水的作用以及围术期可能会出现的不反应和应对方案, 使其对并发症有充分的认识, 减轻其心理恐惧^[14]。术中与医生娴熟配合, 密切监测生命体征变化, 听取患者主诉, 给予有针对性的心理护理帮助患者完成治疗。术后注意胸腔引流管的护理, 保持管道的密闭性, 严格无菌操作, 保证引流通畅, 准确记录引流液的颜色、性质和量, 同时注意观察患者的呼吸情况。加强并发症的观察, 尤其是术后 3 d, 及时发现并妥善处理。通过本组 10 例围术期的综合护理, 所有治疗均顺利完成, 术后未出现严重并发症, 围术期的综合护理对治疗的实施及术后的康复具有重要作用, 是治疗成功的保障。

【参考文献】

- [1] 范建华. B 超引导下经皮射频消融治疗肝癌的术后观察及护理 28 例报告[J]. 中国民康医学, 2013, 25(24): 92-93.
- [2] 郑云, 张亚奇. 人工胸水协助超声引导肝穹窿部肿瘤治疗[J]. 中山大学学报, 2005, 26(6): 696-699.
- [3] Koda M, Ueki M, Maeda Y, et al. Percutaneous sonographically guided radiofrequency ablation with artificial pleural effusion for hepatocellular carcinoma located under the diaphragm[J]. AJR, 2004, 183(3): 583-588.
- [4] Minami Y, Kudo M, Kawasaki T, et al. Percutaneous ultrasound-guided radiofrequency ablation with artificial pleural effusion for hepatocellular carcinoma in the hepatic dome[J]. J Gastroenterol, 2003, 38(11): 1066-1070.
- [5] 司 芩, 黄声稀, 张华华, 等. 超声造影在肝癌非手术治疗中的应用价值[J]. 东南国防医药, 2009, 11(1): 14-16.
- [6] 黄蔚华, 张海英, 罗桂嫦. 胸腔注入生理盐水 B 超引导下微波固化治疗膈顶部肝癌的护理[J]. 中华护理杂志, 2009, 44

(12):1089-1091.

- [7] 薛继莲,吴秀丽,幸永凤,等. 肝脏肿瘤射频消融术围术期护理[J]. 护理研究,2013,27(2):543-544.
- [8] 王 颖,高明春,徐永茂,等. 化疗栓塞联合微波治疗巨块型肝癌的护理体会[J]. 东南国防医药,2013,15(4):407-409.
- [9] 朱玉峰,赵 卫. 射频消融治疗肝肿瘤并发症的分析及防治[J]. 当代医学,2010,16(19):76-77.
- [10] 简小兰,陈丽娟,郭 敏,等. 彩超引导下射频消融治疗肝癌的观察和护理[J]. 护士进修杂志,2011,26(8):766-768.
- [11] 常 俊,傅巧美,梁有俊. 人工胸水超声引导下经皮经胸腔冷循环射频治疗膈顶部肝癌的护理[J]. 实用临床医药杂志:护

理版,2006,2(2):57-60.

- [12] 陈振兰,庞永慧,曾 珊,等. B 超引导经皮肝穿射频消融术治疗肝癌的护理干预[J]. 中国癌症防治杂志,2009,1(3):267-268.
- [13] 黄建生,马宽生. 射频消融治疗肝癌的并发症及其防治措施[J]. 中华肝脏病杂志,2012,20(4):248-250.
- [14] 田素红. 预见性护理干预在肝癌射频消融术中的应用[J]. 护理研究,2014,28(6):1145-1146.

(收稿日期:2015-04-10;修回日期:2015-05-04)

(本文编辑:张仲书)

(上接第 403 页)

早期血糖控制不佳,即使以后控制良好,DN 的发展也不会停止,最终发展为终末期肾病^[8]。其发病机制尚不完全清楚,但其发生和发展除受遗传、血流动力学和生化代谢等多因素影响外,与血管内皮损伤导致的高凝状态密不可分^[9-11]。因此,将凝血纤溶指标与其他实验室指标联合检测,对早期诊断和早期防治 DN 有重要意义。本资料通过回顾性研究表明 DM 并发早期肾损伤患者血浆中 D-二聚体、FIB 明显高于 DM 未并发早期肾损伤组,且差异具有统计学意义,说明 D-二聚体、FIB 确与 DN 相关,参与糖尿病早期肾损伤发生。DN 患者处于高凝状态,微循环障碍加重内皮的损伤,微血管通透性增加,导致尿蛋白滤过及排出增多^[8],对临床监测糖尿病并发肾损伤具有重要价值。本研究未发现无蛋白尿组与微量白蛋白尿组 AT-Ⅲ 结果有差异,考虑与样本量较小有关。

综上所述,通过对患者的 D-二聚体、FIB 和 AT-Ⅲ 联合检测,对监测 DM 早期肾损伤有重要临床意义,是 DM 早期肾损伤重要因素,与文献报道一致^[12]。是否由于 D-二聚体含量增加引发继发性纤溶亢进有待进一步研究。

【参考文献】

- [1] Ban B,Bai B,Zhang M,et al. Low serum cartonection/CTRP3 concentrations in newly diagnosed type 2 diabetes mellitus;in vivo regulation of cartonection by glucose[J]. PLoS One,2014,9(11):e112931.
- [2] 谢科杰,陈 菁,陆明钢,等. 尿游离轻链联合尿微量蛋白检测

在诊断糖尿病早期肾损伤中的应用价值[J]. 检验医学,2008,10(2):205-207.

- [3] Hu J,Wei W,Din G,et al. Variations and clinical significance of coagulation and fibrinolysis parameters in patients with diabetes mellitus[J]. J Tongji Med Univ,1998,3(4):233-235.
- [4] 徐幼桥,李伟求,江时森,等. 老年 2 型糖尿病患者急性心肌梗死早期血糖变异对冠状动脉病变的影响[J]. 东南国防医药,2013,5(2):122-124.
- [5] 胡 斌,刘云涛,黄 亮. 血清对氧磷酶 3 水平与 2 型糖尿病肾病的关系[J]. 广东医学,2014,35(1):107-109.
- [6] 向代军,王成彬,马骏龙,等. 血清 C 反应蛋白、纤维蛋白原与原发性肾病综合征相关分析[J]. 解放军医学院学报,2013,3(2):124-125.
- [7] 冯香梅,刘运德,王 蓉,等. 部分凝血分子标志物在糖尿病微血管并发症中的临床意义[J]. 天津医科大学学报,2010,8(1):171-173.
- [8] 阮森林,夏晴辉,丁成国. 2 型糖尿病肾病患者超敏 CRP、纤维蛋白原及 D-二聚体水平变化的临床意义[J]. 中国卫生检验杂志,2012,9(6):1359-1361.
- [9] 刘玉倩,宁 均,刘 青. 2 型糖尿病肾病患者血清中骨形态发生蛋白-7 及转化生长因子-β1 水平的变化及意义[J]. 中国老年学杂志,2014,1(8):2030-2032.
- [10] 葛永纯,刘志红. 代谢组学技术在糖尿病和糖尿病肾病研究中的应用[J]. 肾脏病与透析肾移植杂志,2014,2(1):58-62.
- [11] 孙 亮,王松岚,王晓霞,等. 血肌酐和血尿素氮在糖尿病肾病患者中与 MTHFR 基因 C677T 多态性的相关性研究[J]. 中国卫生检验杂志,2013,7(5):1167-1169.
- [12] 李 爽,张 弘. D 二聚体、纤维蛋白原联合检测在 2 型糖尿病早期肾损伤中的诊断价值[J]. 江西医药,2010,2(5):484-485.

(收稿日期:2015-04-21;修回日期:2015-05-14)

(本文编辑:齐 名; 英文编辑:王建东)