

门静脉插管留置治疗晚期肝癌的护理体会

赵杰 刘华琳

(山东省立医院, 250021)

肝癌是我国较常见的恶性肿瘤, 男性已跃居恶性肿瘤的第三位, 女性为第四位, 多数病人来诊时已属中晚期, 已失去手术机会, 全身化疗因疗效差, 多数病人不能耐受而被放弃。目前盛行肝动脉插管局部化疗, 但此术费用较高, 技术条件较为复杂, 需专业人员在 X 线下操作, 因此需在设备齐全的条件下进行, 且疗效也很一般。为了延长中晚期肝癌病人的生存期, 我们首先开展了在 B 超引导下插管留置行局部化疗治疗肝癌新疗法, 且取得较好的疗效, 经我们观察随访, 此术效果如何与护理工作有密切的关系, 现将我们的护理体会报道如下。

1 材料和方法

1.1 一般资料 16 例晚期肝癌病人均来自我院肝病病房, 均经临床、影像及病理检查确诊为原发性肝细胞型肝癌, 其中男 13 例, 女 3 例; 年龄 35~60 岁, 平均 42.5 岁; 影像确定为巨块型肿瘤(直径 > 10cm) 7 例, 结节型 5 例, 弥漫型 4 例; 临床分型: 硬化型 10 例, 炎症型 3 例, 单纯型 3 例; 按病情程度区分均为晚期, 其中 8 例病人有不同程度的腹水。

1.2 方法 术前给予一周的营养支持疗法, 输入一定量的血浆或白蛋白, 有腹水者同时服用利尿剂, 检查凝血酶原时间及出血时间, 术前 3 天常规给予维生素 K₁、葡萄糖酸钙、庆大霉素治疗, 手术当日右上腹部及右季肋部清洁备皮。

1.2.1 术前备齐各种术中所用物品及药物。

1.2.2 穿刺日午餐禁食, 下午在 B 超引导下下行门静脉插管。

1.2.3 操作步骤 ①B 超下选择好穿刺部位, 穿刺门静脉根据肿瘤位置而定, 选择距肿瘤最近的易穿刺的门静脉分枝。②常规消毒, 铺洞巾, 利多卡因 100mg 进行逐层浸润麻醉直至肝包膜。③安装穿刺探头和穿刺针, 在 B 超引导下, 将 4 号小儿心导管置入门静脉分枝内。④抽出回血确定导管在门静脉后, 立即注入丝裂霉素 8mg, 5-Fu 1g。⑤留置导管, 注入 2~3ml(50~70IU)

肝素盐水, 将导管用活塞堵住, 无菌纱布包好送病人回病房。⑥术后每天经导管注入丝裂霉素和 5-Fu, 剂量同第一次, 连用 3 天; 每月重复 1 次, 3 个月为一疗程; 每年重复一疗程。

2 结果

16 例晚期肝癌经门静脉插管留置定期注入化疗药物后经一年随访存活率大大提高(见附表)。

附表 16 例晚期肝癌门静脉插管留置化疗生存时间

时 间	1 月	3 月	半年	1 年	1 年 以上
人次(例)	16	15	10	8	6
百分率(%)	100	90	70	50	40

3 副作用

16 例经插管化疗后未见明显的副作用, 恶心、呕吐均未见发生。3 例注药后前 5 天稍有食欲不振, 纳差, 占 18%。黄疸加重, 转氨酶升高的 2 例, 占 11.42%; 经保肝治疗后很快恢复正常。腹水通过穿刺点外溢 3 例, 随着病情好转而恢复。

4 护理体会

4.1 穿刺前的护理

4.1.1 做好病人的心理护理。病人多为中晚期肝癌, 体质消耗较重, 对 B 超下穿刺不了解, 担心穿刺是否能耐受, 置管是否能成功, 置管后是否会疼痛, 针对这些, 需要护士耐心细致的对病人讲解手术的过程及穿刺口的大小、管径的粗细, 使病人及家属能充分了解手术的过程及意义, 做好充分的心理准备, 解除顾虑, 全面配合手术的进行。

4.1.2 术前应了解肿瘤的大小、所在肝内段叶、门静脉情况, 测定出凝血时间、凝血酶原时间, 做青霉素过敏试验, 术前禁食。

4.1.3 术前准备工作要充分,术前1天最好让病人洗澡,避免着凉。备皮要彻底,严格无菌操作是防止术后感染的关键。术前备好穿刺时应用的一切物品,缩短穿刺时间是减少病人痛苦的关键。

4.2 插管后护理

4.2.1 插管成功后,病人应绝对卧床12h,避免活动,以免发生出血等意外,严密观察病人血压、脉搏、呼吸、肝区有无疼痛及插管局部有无渗血,常规给予青霉素等抗感染药物。

4.2.2 维持导管的通畅 由于置留的导管较细,容易发生阻塞,因此,保持置管的通畅是该疗法成功与否的关键,必须定期定量的向导管内注入1%的肝素盐水,一般于每次注入化疗药物之后,即推0.5~1ml肝素(50~70IU),始终使置管内有一定量的肝素,若化疗间歇时间长,应至少每3天向置管内注入上述剂量肝素1次,本组病人有两例在插管治疗后数天,由于导管阻塞而被迫拔管。

4.2.3 防止感染 由于导管与体外相通,穿刺部位应定期用碘伏消毒,更换纱布,导管注药处应每日用碘伏消毒并保持插管处敷料干燥,加强无菌观念,定期检查穿刺部位,如发现局部有红肿、渗出,应及早通知医师采取措施。本组病例观察3~6个月,无一例发生局部或全身感染。

4.2.4 注药时注意事项 由于推注药物直接进入门静脉,所以每次注药不宜过快过多,以免造成人为门静脉高压,在冰箱内保存的药物应放置到室温后方能使用。

4.2.5 注意化疗药物的副作用 应用化疗药物,病人会出现恶心、呕吐、脱发、骨髓抑制、继发感染等副作用,应密切观察病人有无上述反应以便及时通知医师调整治疗方案。

总之,由于门静脉插管治疗,持续时间长,容易出现的问题较多,对置留导管的护理要求严格,方能保证置管的成功。所以,严密的观察和科学的护理方法是保证该项新疗法顺利进行的重要环节。

门奇静脉联合断流术的护理体会

魏陶军

(新汶矿务局中心医院,271100)

3年来,我院收治了门脉高压10例,在非出血期进行了联合断流术,效果良好,现将术前、术后的护理体会介绍如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 10例中男4例,女6例,20~57岁,病史3~30年,有消化道出血史8例,腹水3例,10例手术方式均为门奇静脉联合断流术,治愈10例。

1.2 典型病例 患者女,20岁,门脉高压两次食管胃底静脉曲张破裂出血,均经内科保守治疗。1992年10月19日入院准备行手术治疗,查体见一般情况好,营养一般,无黄疸,神志清,入院后无呕血及黑便,心肺功能良好,肝未触及,脾肋下5cm可触及,有明显触痛,无腹壁静脉曲张;有少量腹水;肝功 GPT正常, A 34g/l, G 33g/l, II正常,凝血酶原时间较正常对照慢2s。食管、胃肠钡餐示食道胃底静脉曲张;于入院后10日行门奇静脉联合断流术,效果良好,住院1个月痊愈出院。

2 护理

门奇静脉联合断流术是指经腹脾切除,贲门周围血管离断,胃底切开浆肌层作粘膜下血管结扎,食管下段用胃底作围巾式折叠以减少返流及幽门成形术。

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 由于患者的文化、职业和社会环境不同,他们有不同的思想和护理需要,因此,我们要根据具体情况,加强心理护理。10例病史最短的3年,最长达30年,因其病程长,并发症多,且反复出现,故产生自卑感、忧虑,甚至有悲观厌世情绪,影响治疗。因此,我们采取通俗易懂的语言向患者及家属介绍本病的发生发展及诱发因素,使他们对疾病的进展结果有较充分的认识,正确对待现状。还向患者讲述术后的效果,通过心理疏导,使患者处于最佳心理状态,做好手术前的精神、思想准备。

2.1.2 饮食 给予高热,高碳水化合物,高维生