

肺癌介入治疗后的护理

许秀芳 程永德 丁美娟

肺癌是一种常见的恶性肿瘤,且发病率逐年增加。常常因为发现较晚而失去手术切除的机会。对中期、晚期肺癌采用介入性治疗,在我国正在广泛开展。由于肺癌以支气管动脉供血为主,肺动脉供血几乎不存在,因此,大多数都做支气管动脉插管化疗或加栓塞治疗。我院自 1988 年至 1994 年应用支气管动脉灌注抗癌药物治疗不能手术的肺癌患者。在护理方面我们认为除了一般肿瘤介入性治疗的护理外,还应注意介入治疗后可能产生的问题与并发症二个方面的护理。

一、肺癌介入性治疗后产生大量咳痰的护理

由于大量高浓度的化疗药物经支气管动脉灌注后,使癌组织很快坏死,坏死的组织经呼吸道咳出,此时应协助患者排痰,给予半坐位,对自行排痰有困难的患者,应及时给予吸痰,保持呼吸道通畅,以防窒息。

二、肺癌介入治疗术后出现大咯血的护理

由于肿瘤组织大量坏死,致使部分血管破裂,造成咯血,有时血量可能很大。如产生大量咯血时,应及时报告医生并先给予处理。同时应严密观察咯血量,及血压,呼吸,脉搏的变化,注意体位,防止窒息,做好患者的思想工作,消除恐惧心理。

三、支气管动脉灌注化疗术后可能出现截瘫的护理

由于脊髓动脉常与支气管动脉共干,经支气管动脉注入的造影剂,化疗药物,栓塞剂进入脊髓动脉对脊髓有一定的损伤,可能出现截瘫,这是支气管动脉灌注化疗并栓塞治疗肺癌常见而严重的并发症,因此术后

除给予活血化瘀的药物外,还应及时观察病员下肢皮肤的感觉,脚趾的活动情况,足背动脉的搏动情况及皮肤的温度,颜色的变化。若发现下肢运动,皮肤感觉,血液循环障碍等情况,应及时报告医生,给予必要的处理。

四、支气管动脉灌注化疗术后可能出现背部皮肤损伤的护理

由于肋间动脉常常与支气管动脉共干,或者术者误把肋间动脉当做支气管动脉进行灌注治疗或栓塞,造成由肋间动脉供血的局部皮肤出现红肿,红斑,患者可诉背痛,严重者可引起水泡、化脓或感染,因此必须做好以下工作:认真观察病情,避免局部刺激,如粗糙毛巾,衣服等摩擦,若发生皮炎或渗出时,应严防感染,保持干燥,必要时给予局部处理后包扎,待脱皮、渗液吸收后再行暴露。

五、支气管动脉灌注术后可能出现支气管食管瘘的护理

因左右支气管动脉都有较多分支供血食管,抗癌药物从支气管动脉内灌注时,部分药物进入食管支,从而引起食管壁局部组织损伤,坏死,溃疡,甚至穿孔。好在其发生率相对较低。患者可能诉胸骨后疼痛,有烧灼感(与饮食有关)。如瘘道形成可出现呛咳,咳痰,发热等症状,此时应结合个人的饮食习惯给予半流质及易消化的饮食,应避免油腻及生冷食物,以保护食管粘膜,如瘘道形成的患者,则应使用抗生素治疗,必要时采用鼻饲。

作者单位: 2000052(上海市)解放军第 85 医院

布加氏综合征下腔静脉成形术护理

王涵平 吴 琦

布加氏综合征(Budd-chiari). 临床表现为肝脾肿

大,食道静脉,腹壁浅静脉曲张,上消化道出血,下肢浮

作者单位: 222002 江苏省连云港第一人民医院

肿,晚期患者以大量腹水为特点等。布加氏综合征传统方法采用外科手术治疗,但术中危险大,术后并发症多。现已在有条件单位采用介入方法治疗。我院自 1993 年~1994 年 8 月向对 9 例布加氏征的患者采用下腔静脉成形术,取得良好的效果,现将护理体会介绍如下。

一、一般资料

本组患者共 9 例,其中男性 7 性,女性 2 例,年龄为 25~47 岁,疗程 7 个月~9 年,均经彩色多普勒血流显象和下腔静脉造影确诊完全膜性阻塞 7 例,不完全阻塞 2 例。

二、护理体会

(一) 术前准备 1. 配合医生完成术前各种必要的检查,包括心脏和肝脏的彩色多普勒显象(测量下腔静脉宽度以选择合适的球囊导管类型和直径),食道钡透,胸部 X 光摄片,肝肾功能等。

2. 向患者及家属详细说明本疗法的目的,方法,效果,及其与外科手术相比的优点,帮助患者消除顾虑,鼓励患者积极配合治疗。

3. 参加术前讨论,了解病情及术中可能出现的意外,为防治血栓形成和并发肺栓塞做好准备,备好术中使用的导管和抢救器械,如心电图监护仪,除颤器,氧气,吸痰器,心包穿刺器械及抢救药品。

(二) 术中配合 1. 患者护送入导管室后,采用侧卧位,连接心电图监护仪,建立静脉通道,以便术中使用抢救药品。

2. 在行下腔静脉造影时,要注意可能发生的造影剂过敏反应,并准备抢救措施。

3. 插管过程中,严密监护患者的面色、脉搏,心率和血压变化,发现异常及时报告医生。

4. 在手术过程中,插入球囊导管的右股静脉的内

膜可能损伤致血栓形成,一旦血栓形成并脱落可能引起肺栓塞,因此要协助医师观察患者病情,如突然出现胸痛,紫绀,气急,呼吸困难,咯血,休克等。要考虑到肺栓塞的可能,立即配合医师作溶栓治疗。

5. 术毕加压包扎穿刺部位,并以砂袋压迫,护送患者回病房。

(三) 术后护理 1. 观察病情变化,根据医嘱中补液量,严格控制输液速度,将应输入液体尽量均匀分配,输液速度控制在 50 滴/分内,由于下腔静脉通畅后回心血量剧增,加重了心脏的负荷,因而要求随时观察心率与血压变化,静脉充盈状态和尿量,以防成形术后出现右心衰竭。

2. 成形术后常由于拔管后压迫止血不当或压迫时间过短、患者下肢活动过早引起出血。术后压迫伤口时间应为 15~30 分钟,包扎后再用砂袋压迫 4~6 小时,嘱患者卧床 12 小时,下肢伸直,严密观察伤口敷料有无渗血或出现皮下血肿。

3. 加强营养,但宜进食易消化食物,以保持大便通畅,减少腹压。

4. 嘱患者 12 小时后下床活动,防止血栓形成,并逐渐增加活动量,避免过度劳累。

5. 观察疗效,术后逐日观察患者腹胀情况与测量腹围并观察黄疸,下肢浮肿,腹壁静脉曲张是否消退,肝脾回缩情况。

通过医护密切配合,9 例患者无一例出现并发症均痊愈出院。

以上是我们在配合对布加综合征作下腔静脉成形术时从护理角度提出的几个注意点,其中有些还是对经股动脉作 Seldinger 操作时所需注意的问题,提供介入病房同道参考。

经皮动脉导管栓塞术的配合

廖 磊

经皮动脉导管栓塞术是治疗动脉导管未闭的非开胸性治疗方法,具有损伤小,方法简便,恢复快,效果好的特点。近年来我院先后为 12 例患者进行了治疗,均获成功。现将手术配合要点报告如下。

一、临床资料

本组 12 例,其中男性 8 例,女性 4 例;年龄最小 10 岁,最大 39 岁;超声心动图检查:动脉导管未闭 10 例,导管未闭术后再通 2 例。麻醉方法多采用硬脊膜外麻醉。栓塞术均在 X 线电透下施行。栓塞成功后,患者连续性心脏杂音立即消失,5~10 天痊愈出院,连续随访