

应减轻。另外,治疗前对病人的体质评估对是否耐受治疗也有一定的帮助。

参 考 文 献

1. Lacave BA, Wil ST, Bleiberg H, et al. AN EORTC gastrointestinal group phase III evaluation of combination of methot CCNDS Fu and adrianycin in advanced gastric cancer. J Clin Oncol, 1987, 5: 1387.
2. 萧树东,李德华,张德中,等.应用 ACNU 与 MECCNU 联合化疗治疗进展期胃癌的随机研究.中华肿瘤杂志,1996,18: 30.

3. 虞喜豪,金健行,程永德,等.综合免疫治疗在中晚期肿瘤介入化疗中的应用意义.中华肿瘤杂志.1998,20: 159.
4. 谷酰之,殷尉伯,刘泰福,等.肿瘤放射治疗学.北京医科大学中国协和医科大学联合出版社.1993.467.
5. 吴国华,林清,姜燕,等.阿霉素与放疗对细胞周期的协同作用.上海第二医科大学学报,1998,18: 315.
6. 贾雨辰,刘崎,贺佳,等. Cox 模型对肝癌预后的因素分析.中华放射学杂志,1996,30: 80.

(收稿日期:2000-02-21)

• 护理论坛 •

气管内支架置入术的护理

张玉侠 祖茂衡

介入治疗为气管内肿瘤的患者提供了一个治疗的机会,对患者在有限的时间内提高生命质量起到非常重要的作用。气管内支架置入术术前和术后的护理对整个介入治疗过程能否顺利进行,防止和减少术后并发症起到非常重要的作用。现将 2 例气管内肿瘤行气管内支架置入术的护理经验介绍如下。

一、临床资料

1999 年 11 月份收治 2 例气管内肿瘤患者,均为女性,年龄 46 和 68 岁,临床表现为呼吸困难,严重憋喘,伴咳嗽,2 例均经 CT 确诊,狭窄的范围较广,程度较重,由于无法进行气管插管和麻醉,不宜行外科手术治疗,实验室肺功能检查表现为中度阻塞性通气功能障碍,血气分析 $PO_2 < 80\text{mmHg}$, $PCO_2 > 35\text{mmHg}$ 。

二、介入治疗方法

患者取半侧卧位,地卡因咽喉表面麻醉,经环甲膜穿刺注 0.1% 地卡因 2ml,行气管表面麻醉,经口腔插入 5F 单弯导管及导丝至气管支气管,经导管注入 0.1% 地卡因 2ml 表面麻醉支气管,保留导丝插入 14F 导管鞘保持气道通畅,经鞘置入直径 20mm,长约 6cm 气管支架 1 枚,透视下见支架扩张良好,定位准确。

三、术前护理

(一) 患者入院时病情危重,患者及家属均处于高度紧张状态,我们配合医师立即做好抢救工作,准备气管插管和各种抢救器材,抢救药品,遵医嘱静脉输入抗炎药物和雾化吸入治疗。

(二) 和医师一起做好患者及家属的思想工作,消除顾虑,精神放松,对我们的医疗放心,并向患者宣教介入方面的知识,使他们对用介入方法治疗气管内肿瘤有初步了解。

(三) 为患者作详细而全面的术前检查,如肝肾功能,血常规和凝血时间等。

(四) 手术前晚让患者充分休息,术前 30min 肌注鲁米那和阿托品各 1 支,起到镇静放松作用。

(五) 手术前要排空小便。

(六) 导管室内空气消毒,防止感染,同时备好氧气,吸痰器,气管切开包,无菌手术包,并检查其性能,保障手术顺利进行。

四、术后护理

(一) 气管内支架置入术后主要的并发症是喉头水肿,异物感,局部疼痛,气管损伤出血。2 例均有异物感,1 例有气管内损伤出血。

(二) 针对以上并发症,术后立即备好吸引器,并给患者吸 O_2 ,应用抗炎药物和止血药物,雾化吸入每日 2 次,以减轻局部水肿,并告知患者手术的情况,消除患者顾虑,让患者轻松呼吸。

(三) 观察患者的血压,脉搏,呼吸及咯血情况,发现异常及时报告医师。

(四) 术后为患者创造一个良好的休息环境,生活方面,给予协助。

术后 2 例均通气良好,血气分析 $PO_2 > 90\text{mmHg}$ $PCO_2 < 35\text{mmHg}$ 。

(收稿日期:2000-01-31)