

影剂,并根据出现的反应立即给予相应处理。

术中防止血栓形成,每次向导管内注药或注盐水时应先回抽,以防微小栓子进入血管,并保持导管内肝素化,每 3 至 5 分钟向导管内注入肝素盐水一次,每次约 5ml 至 10ml,盐水配制为 500ml 加肝素 2500IU。

手术所用的器械、导管材料、敷料等应严格消毒,术中严格执行无菌技术操作,无菌敷料及复盖物尽量少沾液体或血液,以防发生感染。

血管痉挛多为暂时性不良反应,由于它可导致血流减慢,血液粘度增加,加之血管内皮损伤可发生血栓形成,故应注意避免。术中避免多次穿刺或动脉内反复穿刺,末梢血管采用保暖措施,并且提高室温 20°C 至 22°C。内脏血管痉挛时,有人建议通过导管注入利多卡因,以解除血管痉挛,有人认为解痉剂无效,可滴入等渗盐水。

四、结果

512 人次肝癌患者,在术中均出现不同程度的反应,如恶心、呕吐、疼痛,经及时处理或预防,反应得到缓解或避免发生。术中 2 例患者应用 76% 泛影葡胺后出现过敏反应,经及时发现,及时有效抢救,未发生严重后果,抢救成功后,继续接受治疗。

五、体会

血管性介入治疗是一门新兴的学科,它不同于原放射学的单纯诊断工作,而是在应用影像设备指导下,通过穿刺等方法将器械引入体内进行诊断,并可作治疗的学科,因此介入术前、术中、术后的护理工作是不可缺少的,而介入术中的护理是介入治疗中的重要环节,要求护士有高度的责任感,熟练的护理技术、技能、对病情变化的严密细致观察和及时处理,才能防止减少术中反应或并发症的发生,为保证介入术顺利完成起着极其重要的作用。

胃动脉灌注化疗与栓塞治疗胃癌后的护理

杜菊芬

介入放射学治疗的开展为晚期胃癌的患者带来了新的希望。胃动脉内灌注化疗是目前常用的治疗方法,同时应用栓塞的方法,治疗不能手术的晚期胃癌疗效更佳。临床症状得以缓解,吞咽困难明显改善,上消化道出血得以控制,少数病人通过治疗可获得手术机会。栓塞时,碘化油与化疗药物要充分乳化,栓塞剂量视肿瘤大小和血供而定,注射时需控制压力,力量要均匀,以减轻对正常组织的损伤。在护理方面,除了一般肿瘤介入治疗的护理外,还就注意介入栓塞治疗后可能产生的问题与并发症的护理。

一、心理护理

介入治疗后,疼痛、呕吐、发热等反应比较大,往往使病人焦躁、痛苦、绝望,所以医护人员要尽力为病人创造一个良好的心理环境。特别要重视与病人建立信赖关系。临床实践表明,医护人员的语言是良好的安慰剂,应耐心诚恳地回答病人及家属提出的问题,举一些治疗愈成功的病例去鼓励病人,使他们在似乎山穷水尽的绝境中,仍然有柳暗花明的希望。

二、饮食护理

介入治疗后因大量的化疗药物的灌注,不可避免会可起胃粘膜的损伤,水肿,甚至溃疡病人会频繁呕吐,不思饮食,故术后要给流质一周。凡消化功能许可,尽量鼓励病人摄食,以易

作者单位:301500 天津宁河县中医医院

消化,高热量为宜。少量多餐,同时要给予胃粘膜保护药口服,如氢氧化铝胶,镁乳等。

三、疼痛护理

疼痛是因胃动脉灌注栓塞后,化疗药物刺激胃粘膜所造成的。大多数为轻度上腹痛,术前应向患者说明可能发生的情况,使病人有心理准备。疼痛难忍时应酌情给予安慰剂、镇静剂或镇痛剂。一般 1~2 周内逐渐消失。疼痛时慎用麻醉剂,并注意副反应,剧烈腹痛,有胃穿孔的可能。如原疼痛加剧或突发性全腹剧烈疼痛,需注意观察分析,此时不能按一般的疼痛处理,需立即报告医生。

四、发热护理

在短时间内经胃动脉灌注较高浓度的化疗药物,使癌组织很快坏死。机体在吸收坏死的肿瘤组织时所引起的发热反应,大约 90% 以上的病人都有此反映。一般热度多在 38°C 左右。

此时需要注意室内空气流通,注意保暖,保护皮肤清洁,鼓励患者多饮水,一星期内可逐渐恢复正常,有的可能延长 2~3 周,发热较高者可用解热镇痛剂。

五、出血护理

主要是化疗栓塞后对胃粘膜的刺激引起溃疡而出血。小剂量出血,如黑便等,可口服止血药,大出血时要禁食,平卧,注意保暖和安全情绪,并维持输液通道以保证输血、补液和应用止血药的进行。注意观察生命体征、排出物的量和性状以及继续存在的征象,准确记录 24 小时出入量及病情变化。

通过以上护理,病人的症状应得以改善,要不断询问病人的自我感觉,检查原有肿块或转移淋巴结,以协助医生评价疗效,病人也可以治疗效果上得到心理上的支持,使其减少忧,促进康复。

回盲部血肿机化一例

武广明 曹喜才

消化道出血临床常见,但腹腔内血肿机化在回盲部形成窦道与肠腔再通,造成间断性下消化道出血较为罕见。近日遇到一例报道如下。

患者,女性,59 岁,因下腹痛十余年,间断黑便六年,加重一个月入院。查体:右下腹压痛明显,无反跳痛。上消化道及小肠系造影未见器质性病变。纤维结肠镜检查未见出血性及其他病变。临床以“下消化道出血原因待查”行血管造影。

采用 Seldinger 技术,经右股动脉穿刺置管行腹腔动脉,肠系膜上,下动脉造影。肠系膜上动脉可见回结肠动脉分支局部血管扩张,增粗,

静脉早显,其末梢可见浅淡染色,肠系膜下动脉造影未见异常。考虑回肠末端血管畸形。

手术所见:在回盲部与右腹壁间有 - 5cm × 10cm 肿物,周围粘连,界限不清,肿物内可见陈旧性血块,无完整包膜。行回盲部肿物及右半结肠切除术,切开标本可见肿物与肠腔有直径 0.8mm 窦道相通。病理证实为回盲部陈旧血块机化。

临床上回盲部血肿机化并非少见,机化后形成血肿的腔与肠腔再通较罕见,在行 DSA 肠系膜上动脉造影时可出现局部血管扩张,静脉早显及染色类似血管畸形的改变。