

· 临床护理 ·

# 加强型射频消融新技术治疗巨大肝血管瘤的围术期护理

邱 琰, 马宽生, 邹 华, 冯晓彬

(第三军医大学西南医院全军肝胆外科研究所, 重庆 400038)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.26.050

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)26-3200-02

血管瘤是肝脏最常见的良性肿瘤,尸检发现率为 0.4%~7.3%<sup>[1]</sup>。临床以海绵状血管瘤最常见,多为单发,也可多发,约占 10%;可发生于任何年龄段,以女性多见<sup>[2]</sup>。当肝血管瘤直径大于 4 cm 时,被称为巨大肝血管瘤。目前,对血管瘤治疗的指征还有争议,但对巨大血管瘤多数学者认为应采用积极的手术切除治疗,但创伤大;亦有采用动脉栓塞、硬化治疗等微创手段进行治疗,但效果欠佳<sup>[3-4]</sup>。既往有学者<sup>[5]</sup>治疗肝癌时,先毁损富血供区以减轻“热沉降效应”、提高消融效率、缩短射频时间,本所将此新技术应用于巨大肝血管瘤治疗上。将新型加强型电极与先毁损血管瘤富血供区结合的技术称为加强型射频消融新技术。2010 年 8 月至 2011 年 9 月,应用此技术治疗了直径大于 5 cm 的巨大血管瘤患者 30 例。现将护理体会报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2010 年 8 月至 2011 年 9 月,对本所收治的 30 例巨大肝血管瘤(直径 5~15 cm)患者进行了治疗。男 5 例,女 25 例,年龄 24~61 岁,平均(44.9±9.8)岁;其中,12 例患者存在巨大血管瘤相关的腹痛症状。血管瘤的诊断通过超声、超声造影、磁共振成像(MRI)及 CT 确诊。

**1.2 手术方法** 手术均由同一医师完成。禁食 8 h 后,患者左侧卧位,彩色多普勒超声定位肝血管瘤后,2%利多卡因局部麻醉,应用 RITA 1500X 射频发生器及 RITA StarBurst™ XLi-enhanced electrode 射频电极行射频消融(RFA)治疗。治疗范围以覆盖整个瘤体及周边 0.5~1.0 cm 正常肝组织为标准。

## 2 结 果

30 例患者有 31 个巨大血管瘤(直径大于 5 cm),直径 5~12.8 cm,平均(7.7±1.9)cm。30 例患者中,29 例治疗成功,失败 1 例。该例患者因血管瘤直径较大(12.2 cm),第 1 次术后仍有病灶残留并出现黄疸。所有患者经过精心的术前准备,全面的术后观察和护理,未发生护理并发症,病情好转出院。

## 3 护 理

### 3.1 术前护理

**3.1.1 术前准备** 常规术前实验室检查,做 B 超、CT 或 MRI 和超声造影检查,至少 2 种影像技术的检查<sup>[6]</sup>。禁食、禁饮 8 h,术前 30 min 给予盐酸哌替啶 50 mg 加上盐酸异丙嗪 25 mg 肌肉注射。

**3.1.2 心理护理** 肝血管瘤虽然是一种良性疾病,但当病灶较大时,患者往往对手术后肝脏功能的影响有较多担心。本组病例采用的是加强型射频消融新技术,患者及家属对手术的疗效、安全性有一定的质疑。特别是有的患者病灶太大或不止一

个时,需行 2 次射频消融术,这无疑给患者及家属带来严重的心理负担。通过护士与患者及家属的仔细沟通,在患者行射频治疗前向患者及家属讲解治疗目的、方法、注意事项,介绍术者的精湛技术和成功病例,还让手术成功者现身说法,消除不良刺激,减轻了患者及家属的心理负担,用积极的心理状态准备手术。

### 3.2 术后护理

**3.2.1 射频术后综合症的护理** (1)发热护理。由于本组患者血管瘤巨大,毁损面积大,术后均出现肿瘤坏死吸收热,持续时间长短取决于消融坏死组织的大小和患者全身状况。术后 3 d 内发热最高温度为 39.2 ℃,最低为 38.4 ℃。护士遵医嘱为患者进行药物降温和物理降温,鼓励患者多喝水。出汗较多者及时更换衣服,并注意及时补充液体,饮食宜清淡。每天 2 次口腔护理,预防口腔感染。并对患者讲解发热的原因,消除焦虑心理,使患者积极配合治疗和护理。(2)疼痛护理。疼痛与治疗区域发热膨胀刺激肝包膜有关,多表现为肝区胀痛,可放射至左、右肩,为膈神经反射造成<sup>[7]</sup>。患者回病房后,护士及时应用疼痛评估表对患者疼痛进行客观评估,并鼓励和尊重患者对疼痛的表达,切忌低估或忽视患者的镇痛需求。本组患者运用疼痛数字评分法,最高者为 6 分,最低者仅有 2 分。根据患者的疼痛评分的高低,选用有针对性的护理措施。小于 4 分者,向患者解释疼痛的原因,并指导患者进行放松训练,包括深呼吸、慢节律呼吸,分散注意力如看电视、听音乐等措施,有效减轻了患者的不适和焦虑。大于或等于 4 分者除采取以上措施外,还及时、正确地遵医嘱给予镇痛药物,并密切观察药物的作用和不良反应,及时动态评估疼痛,保证了患者的休息和睡眠,减轻了需行 2 次射频消融术的患者对疼痛的恐惧。

**3.2.2 术后并发症的护理** (1)黄疸的护理。巨大肝血管瘤行射频消融术后,部分病例有可能引起溶血导致不同程度的黄疸,本所在术后治疗上通过加强输液、应用碳酸氢钠、利尿等方式,极大地预防了 RFA 术后溶血性黄疸的发生。本组 30 例患者中,有 1 例发生黄疸。该例患者因血管瘤直径较大(12.2 cm),第 1 次术后仍有病灶残留并出现黄疸(总胆红素 119.3 μmol/L,直接胆红素 19.0 μmol/L),经对症治疗后总胆红素降至 24.6 μmol/L,直接胆红素 6.4 μmol/L。黄疸原因考虑为消融时血管瘤内的红细胞破坏,导致溶血所致。护士及时为患者解释原因,消除患者的紧张心理,严格执行医嘱,合理安排输液计划。鼓励患者多喝水。严密观察患者的皮肤、巩膜颜色变化,观察并记录患者小便的量、颜色、性状。关注患者胆红素值的变化。通过积极的治疗和护理,患者胆红素下降,黄疸消失。(2)血压升高的护理。紧张、疼痛等原因可诱发血压升高。本

组 7 例血压升高的患者,其中,5 例有原发性高血压。当收缩压大于 150 mm Hg 时,给予卡托普利片 25 mg 口服,每 30 分钟监测血压 1 次。并嘱患者安静休息,让患者保持心绪平和、轻松、稳定。7 例患者经对症处理 2 h 后,血压均趋于稳定。

#### 4 讨 论

对于 5 cm 以上的巨大肝血管瘤,过去认为手术治疗是最为安全有效的方式,但手术创伤大。因此,寻求一种微创、安全、有效的治疗方式成为目前巨大肝血管瘤治疗的热点。随着射频消融技术的改进、手术方式的创新,RFA 治疗巨大血管瘤的有效性、微创性、安全性、可行性越来越突出<sup>[8-10]</sup>。本研究应用的是最先进的 RITA StarBurst™ XLi-enhanced electrode 射频消融电极和 RF 1500X generator 射频发生器,同时改进射频治疗的方式,首先损毁血管瘤富血供区域,以减轻热沉降效应。与常规将射频电极进到肿瘤中心进行消融相比较,可发现肿瘤在血供切断后有缩小的趋势,射频效率提高,消融时间缩短。而且,本研究采用的是点穿刺、多点烧灼的手术方式,皮肤上仅有一个穿刺点,避免多次反复穿刺、减少了穿刺点出血的概率以及对肝实质的损害。随着医疗新技术、新业务的开展,对护理也提出了新的要求。针对本组 30 例患者,本研究在术前进行完善的准备,全面的心理护理,使患者以积极、良好的心态迎接手术,为术中的配合建立了基础。术后除给予常规护理外,针对患者肝血管瘤巨大,射频消融后发热、疼痛普遍的特点,结合每位患者的具体情况,实施有针对性的护理,及时缓解了患者的疼痛、高热,减轻了患者的术后不适感,增强了患者战胜疾病的信心。对个别患者出现的特殊并发症,护理给予了高度的重视,紧密配合医疗,为患者的康复提供了基础。对本组 30 例患者实施精心、有针对性的护理,是保证患者手术成功、提高其住院舒适度的重要措施。

#### 参考文献:

- [1] Ishak KG, Rabin L. Benign tumors of the liver[J]. Med  
• 临床护理 •

Clin North Am,1975,59(4):995-1013.

- [2] Lerner SM, Hiatt JR, Salamandra J, et al. Giant cavernous liver hemangiomas: effect of operative approach on outcome[J]. Arch Surg,2004,139(8):818-821.
- [3] Demircan O, Demiryurek H, Yagmur O. Surgical approach to symptomatic giant cavernous hemangioma of the liver[J]. Hepatogastroenterol, 2005,52(2):183-186.
- [4] Huang XQ, Huang ZQ, Duan WD, et al. Severe biliary complications after hepatic artery embolization[J]. World J Gastroenterol,2002,8(1):119-123.
- [5] 侯毅斌,陈敏华,严昆,等.经皮阻断肝癌血供对提高射频消融疗效的可行性[J].中国医学科学院学报,2008,30(4):448-454.
- [6] 马宽生.对射频消融治疗肝肿瘤的一些思考[J].重庆医学,2008,37(15):1644-1648.
- [7] 尹玉华.CT 引导下肝癌射频消融术后观察与护理[J].护理与康复,2005,4(1):52-53.
- [8] 马宽生,陈敏,丁钧,等.射频消融治疗肝脏良性肿瘤的疗效[J].第三军医大学学报,2005,27(20):2077-2079.
- [9] 马宽生,陈敏,丁钧,等.射频消融治疗肝肿瘤 315 例报告[J].中华消化外科杂志,2005,4(5):307-310.
- [10] 范瑞芳,柴福录,贺冠宪,等.缝扎术联合射频消融术治疗巨大肝脏海绵状血管瘤的临床观察[J].中华医学杂志,2006,86(30):2134-2137.

(收稿日期:2013-03-10 修回日期:2013-05-22)

## 不同护理干预模式与重型肝炎患者治疗效果的相关性研究\*

罗 玲,袁春兰,蒋祖利,林年芬,汪景香,赖 宁

(重庆医科大学附属第二医院感染病科 400010)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.26.051

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)26-3201-03

重型肝炎是乙型病毒性肝炎中最严重的临床类型,病死率高达 50%~70%<sup>[1]</sup>,易出现多种并发症,并发症的出现是重型肝炎病情加重的主要标志,也是导致死亡的主要原因,且并发症越多,病死率越高<sup>[2-3]</sup>。因此,预防和早期发现并发症并积极治疗,对提高患者的生存率有非常重要的作用<sup>[4]</sup>。护士如何能预防和早期发现患者的并发症呢?只有通过责任包干制的护理工作模式,让护士对自己管理的患者全面负责。本科室对 2010 年 3 月至 2011 年 8 月收治的重型肝炎患者采用了此种护理工作模式,取得了明显的效果,现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 以本院感染内科 2009 年 1 月至 2010 年 2 月收治的重型肝炎患者 98 例为对照组,男 84 例(85.71%),女 14 例(14.29%);年龄 10~89 岁,平均年龄(40.11±12.45)岁;治疗有效 41 例(41.84%),治疗失败(包括死亡和自动出院时病情较入院时恶化的患者)57 例(58.16%)。2010 年 3 月至 2011 年 8 月收治的重型肝炎患者 112 例为观察组,男 93 例(83.04%),女 19 例(16.96%);年龄 11~90 岁,平均年龄(42.11±11.02)岁;治疗有效 77 例(68.75%),治疗失败 35 例(31.