

Nursing Care Analysis of Primary Hepatic Carcinoma Patient with Hepatapostema after Argon-Helium Cryoablation

Yinyin Li, Linjing An, Xiaojing Zhai, Jianzhi Pang, Ying Lu

Tumor Internal Medicine, Chinese People's Liberation Army No. 302 Hospital, Beijing
Email: lhllyy@sohu.com

Received: Apr. 29th, 2013; revised: May 2nd, 2013; accepted: May 27th, 2013

Copyright © 2013 Yinyin Li et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract: Objective: Hepatapostema is a serious and rare complication which less than 5 % occurred after cryosurgery. It results in the extending hospital stay, extra costing and poor outcome of hepatocellular carcinoma (HCC) patients. Analyzing factors that caused for hepatapostema, and making targeted nursing interventional measure, it will be helpful to cut the occurrence rate and improve prognostic of HCC patients. The agedness, advanced HCC stage, poor nourishment state, and biliary obstruction are the high-risk factors for hepatapostema post cryosurgery. Observing intensely and nursing works focus on these factors will contribute to get better outcome of HCC patients.

Keywords: Hepatapostema; Cryoablation; Risk Factors; Ablation Therapy of Argon-Helium Cryotherapy; Nursing

一例原发性肝癌氩氦冷冻消融术后并发肝脓肿的护理

李因茵, 安林静, 翟晓静, 庞建芝, 路 营

中国人民解放军 302 医院肿瘤内科, 北京
Email: lhllyy@sohu.com

收稿日期: 2013 年 4 月 29 日; 修回日期: 2013 年 5 月 2 日; 录用日期: 2013 年 5 月 27 日

摘 要: 氩氦冷冻消融术后并发肝脓肿的几率很小低于 0.05%, 一旦发生不但延长住院时间, 还将严重影响患者预后。因此分析原发性肝癌患者氩氦冷冻消融术后发生肝脓肿的危险因素, 针对原因采取相应的临床护理干预措施对于减少此类并发症的发生率、改善预后、促进病情恢复有重要意义。肝癌临床分期晚、营养状态差、以及胆道梗阻是氩氦冷冻消融术后并发肝脓肿的易感因素; 对这些危险因素进行针对性的观察和护理将有助于改善患者预后。

关键词: 肝脓肿; 氩氦冷冻消融治疗; 危险因素; 氩氦冷冻消融术; 护理

1. 引言

氩氦刀冷冻消融治疗术后并发肝脓肿是最为严重的并发症之一, 病死率较高。主要表现为畏寒、发热、腹痛等临床症状。2012 年 11 月我科收治了 1 例肝癌病人, 行两次氩氦冷冻消融术, 第二次治疗后三天并发肝脓肿, 经过精心治疗, 完全恢复, 于 2013 年 1 月 22 日出院。现将该病人的治疗及护理过程报道如下。

2. 资料与方法

病例介绍: 患者男性, 56 岁, 2006 年查体发现抗 HCV 阳性, 转氨酶反复增高, 间断口服甘草酸二胺、益肝灵、联苯双脂等护肝降酶治疗, 每年复查肝功。2012 年 10 月 25 日复查肝功, B 型超声提示肝右叶实质性占位, 脾脏稍大。腹部 CT 右叶肝巨大型瘤, 脾大。11 月 1 日入我科求治, 于 2012 年 11 月 14 日、21 日 2 次行 CT 引导下肝癌氩氦刀冷冻消融治疗, 术

后出现发热，最高温度 38.5℃，寒战、畏寒，多次血培养阳性。结果为表皮葡萄球菌、肺炎克雷伯杆菌，肺部 CT 提示肺炎，经抗生素治疗后，肺部炎症较前缩小。12 月 11 日患者出现腹泻症状，经对症治疗后恢复正常。此后间断发热，12 月 23 日血培养结果仍为阳性，并伴有右上腹疼痛，当天 18:00 点进行肝脏穿刺引流置管术。抽取 6 ml 引流液送检。引流液细菌培养和血培养，结果一致为表皮葡萄球菌感染。确诊为氩氦刀术后合并肝脓肿。因患者发热，营养状态较差，免疫力低。给与血浆 200 ml 每日加强治疗，补充多种免疫因子，启用泰能联合抗感染。每日观察体温、血象、PCT、血培养等，并加强保肝、降酶、退黄、营养支持治疗。每日引流出脓液约 20 ml 左右，至 1 月 9 日，患者体温恢复正常，无寒战、发热及畏寒症状发生。1 月 13 日夹闭引流管 24 小时后未诉不适，至 1 月 18 日，共夹闭管道 5 天，未诉不适。给与拔出引流管，伤口无渗液、红肿等异常表现。1 月 21 日患者精神较前明显好转，轻度乏力伤口愈合良好，1 月 22 日患者出院。

3. 护理

3.1. 置管引流的护理

3.1.1. 穿刺部位的观察

氩氦刀冷冻消融术后第三天，注意观察氩氦刀伤口有无血肿、渗血、以及脓液渗出，周围皮肤是否发红、肿胀、触之有疼痛感，因患者高热，营养状况差，延长拆线时间至 10 天。引流穿刺管位于腋中线第九肋间，固定好。每日观察：穿刺部位的皮肤有无皮下气肿。观察患者的呼吸及心率，防止因误伤肺部引起气胸。

3.1.2. 引流的冲洗、配合

患者平卧位，每日用 0.5% 甲硝唑注射液反复冲洗一到二次，冲洗前消毒穿刺点周围皮肤，更换引流袋并夹闭。冲洗时严格无菌操作，保证引流管通畅。固定好引流袋。防治细菌进入肝内引起逆行性感染^[1]，冲洗结束 1 小时后开放引流管道。

3.1.3. 引流的护理

观察引流液的量、颜色、性质并记录，有无肝内出血以及胆汁引出，每日更换引流袋，严格无菌操作，

戴无菌手套消毒引流管与引流袋接口处，以及穿刺的部位。并妥善固定引流袋，最好放置至患者腰间，不影响其适量的活动。每日查看引流管的位置并给与明显的标示，防止脱出^[2]。

3.1.4. 疼痛的护理

观察患者疼痛的部位、性质、和程度，置管后疼痛有无缓解或是加重，教会患者使用长海痛尺，正确评估疼痛程度，适当用药，观察呼吸或是体位改变引起疼痛加剧。指导患者半坐卧位，以促进引流液的排出，切口疼痛不能缓解，根据疼痛程度使用止疼药。观察有无头昏、呕吐、便秘等不良反应，并给与对症处理，因患者术后不适，长期卧床，排便困难，给与开塞露 40 ml 纳肛、乳果糖 40 ml 口服后排便一次，无其他不良症状发生。

3.2. 基础护理

3.2.1. 发热的护理

病人为氩氦刀冷冻消融术后，发热 38.5℃，属于正常手术后吸收热，体温 > 38.5℃ 时，由于给予头枕冰袋物理降温，必要时行乙醇擦浴。并在寒战、畏热时抽血行血细菌培养，以提高细菌的出检率，观察体温变化并及时记录。并要观察发热时的症状、热型、以及伴随的症状，为医生提供依据以判断是否是术后肿瘤坏死吸收热以及感染性发热。鼓励患者适量饮水。督促患者经常漱口，协助做好口腔护理，防止霉菌感染引发多重感染^[3]。平时加床档护栏，起身时要有护士或是家属协助，防止长久卧床导致虚脱、晕厥发生。保持衣裤清洁干燥，及时更换，保持床单位平整。给与补液治疗，保持能量的补给。

3.2.2. 保持大便通畅

氩氦刀术后，病人长期卧床，胃肠蠕动缓慢，容易引起便秘或排便困难，早期遵医嘱给予开塞露 40 ml 纳肛、乳果糖 40 ml 口服协助排便。3 d 未排便时遵医嘱给予生理盐水 1000 ml 清洁灌肠，乳果糖 100 ml 保留灌肠协助排便。

3.2.3. 饮食护理

患者为肝癌晚期，术后本身造成免疫力低下，加之高热，所以加强营养支持尤为重要，饮食应给予高营养、高维生素、低脂、易消化食物。若饮食不当，

不仅会加重肝脏负担,还会导致营养不良,机体恢复缓慢。故应适当补充脂肪、蛋白质、糖类的摄入,指导患者少食多餐,多进食动物瘦肉、鱼类以及奶类和豆制品,补充维生素类尤其是维生素 C,促进肝细胞恢复与再生。同时指导病人进食酸奶、蜂蜜与蔬菜汁等,以调理肠道,保持大便通畅,加快毒素的排出。

3.2.4. 皮肤护理

氩氦冷冻消融术后需严格平卧位至少 24 h,并用沙袋加压腹带包扎穿刺点,防止出现渗血、渗液、皮肤淤斑。此病人 24 h 后撤除沙袋,松腹带,穿刺点压迫较好,无渗血、渗液、皮肤瘀斑。由于此病人出现肝脓肿,导致高热,因此皮肤护理非常重要,护士每班密切观察皮肤以及引流情况,穿刺点定期消毒,无菌辅料覆盖,半坐卧位时注意引流袋安全,合理放置。观察活动时引流管是否扭曲,防止脱垂,出汗较多时注意及时更换衣裤,及时擦拭皮肤,保持皮肤干燥。夜间睡觉时尽量平卧位或是左侧卧位,防止压迫引流管道以及手术部位。

3.2.5. 心理护理

心理护理是病人在治疗和恢复过程中非常重要的环节,起着越来越重要的作用。心理护理旨在对心身疾病过程中的心理反应采取相同的保护措施,它能充分调动病人的能动作用,具有重要的医疗预防价值。同时,家属的支持是配合治疗的关键,让家属和医护人员一起参与到治疗中来,建立家庭化的服务模式,及时和家属讲解有关疾病知识,及时沟通。和护士一起尽量满足病人的心理需求,让患者有幸福感和被尊重感。此外,护士应加强病房巡视,态度和蔼,认真倾听病人主诉,主动与病人交流,给予讲解有关疾病知识;对病人进行必要的思想指导与健康教育,树立正确观念,配合医生积极治疗,支持护士的各项操作,早日康复。

4. 讨论

氩氦刀术后并发肝脓肿是一种不常见的严重的

并发症,术后并发肝脓肿的原因主要来自于术中造成的细菌感染和肿瘤坏死;其次为静脉血流和胆肠炎症等;患者的营养状况不佳,也是引起发病的一个原因。连续两次的氩氦冷冻消融治疗造成了肝功受损^[4],形成利于脓肿细菌生长的环境。对于术后出现急性疼痛与体温过高,护士应加强对发热的早期观察及干预,注意伤口的愈合情况,观察周围皮肤有无红肿热痛^[5]等大范围异常表现,鉴别肿瘤栓灶坏死性组织吸收热和肝脓肿产生的高热,报告医生及时进行肝脓肿的排除性诊断尤为重要。针对肝脓肿患者的心理应激状态,在进行必要的医疗护理^[6]的同时,采用有效的心理护理,注意病情隐私性,安排病房讨论时应回避患^[7-9]。若能早发现,可引导患者和家属主动参与治疗及护理,通过家庭情感的支持协助患者增强自信心^[10],以促进康复,延长生命。

参考文献 (References)

- [1] 郭喜桃. 经皮肝穿置管中心静脉导管持续引流治疗肝脓肿及护理体会[J]. 中国社区医师, 2012, 14(7): 327-328.
- [2] 翁桂花. 32 例肝脓肿患者的观察及护理[J]. 中国社区医师, 2012, 14(9): 310.
- [3] 于娜. 以发热右肩痛为主要症状的肝脓肿 1 例[J]. 基层医学论坛, 2012, 16(7): 854.
- [4] 余先萍. 原发性肝癌患者肝动脉化疗栓塞后并发肝脓肿的护理[J]. 护理学报, 2011, 19(3A): 70-71.
- [5] 郭丽萍. 肝癌介入栓塞术后并发肝脓肿的原因分析与护理干预[J]. 军医进修学院学报, 2012, 33(4): 377-378.
- [6] 何海滨. 超声引导下介入治疗肝脓肿 10 例临床价值分析[J]. 中国实用医药, 2012, 7(15): 186-187.
- [7] 盛月红, 叶志霞. 射频治疗肝癌术后胆道并发症患者的观察及护理[J]. 中国实用护理杂志, 2008, 24(9): 27-28.
- [8] 王龙凤. 肝癌合并门静脉癌栓行超选择性肝动脉栓塞化疗病人的护理[J]. 护理学杂志, 2003, 18(2): 110-111.
- [9] S. Miyayama, O. Matsui, K. Taki, et al. Transcatheter arterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma fed by the reconstructed inferior phrenic artery: Anatomical and technical analysis. Journal of Vascular and Interventional Radiology, 2004, 15(8): 815-823.
- [10] A. Maataoui, J. Qian, D. Vossoughi, et al. Transarterial chemoembolization alone and in combination with other therapies: A comparative study in an animal HCC model. European Radiology, 2005, 15(1): 127-133.