维普资讯 http://www.cqvip.com

如脑血栓后遗症行动不变，严重风湿性关节炎，癌症晚期等，约占80%。2. 康复护理对象：经住院治疗护理后疾病恢复期的患者，出院后进一步护理促进其完全恢复健康，如下肢骨折的病人护理，共15例约占30%。3. 心理护理对象：患者刚离休后爱人又去世，其身心健康受损，故进行心理健康护理，使其得到康复。4. 健康咨询：对老年人进行有利于身体健康的文体活动，合理的饮食及睡眠等进行健康咨询和指导，使其更好地合理安排。如一局级干部，退休后心理总觉失落很多，精神不振，食欲下降，体重减轻。通过对该患者心里疏导，饮食及健康咨询，一个月后病人各方面均恢复正常。

三、护理过程与管理：1. 建立院内护理中心，与社会、家庭、患属以电话或面谈进行信息联系，及时发现护理对象。2. 在医师文字诊断医嘱下，由护理中心选派担任的护理人员，携带卫生箱出诊访视后制定护理计划，采取护理措施。3. 设立出诊卫生箱，箱内装有常用急救药品及护理用品。4. 除实施一般疾病护理常规外，重点加强保健，康复护理，使院内护理发展到社区，家庭护理。

四、分析与讨论：1. 通过对50例离退休干部家庭护理的观察分析，其家庭护理的作用在于把医院专科医疗服务与社区服务为本的预防保健服务沟通起来，进行综合、全面、完整、延续的护理。2. 由于社会的发展，人们对自我保健意识和能力明显提高。因此对每例病人的护理方法也不相同，这不仅与其症症、心理状态有关，而且与家庭环境、社会背景有关。所以，为了更好地发挥医疗护理作用，这就要求护士要打破专科界限，一专多能，除掌握各专科护理知识和技能外，还需掌握公共关系技巧，语言翻译等工作技能。

（收稿：1998－01－22）

105例中晚期原发性肝癌插管化疗并发症的护理体会

王 雁*

我科自一九九一年开始至今七年时间与放射科合作插管治疗中晚期肝癌105例，取得较好疗效，现对其并发症及术前术后护理方面的经验总结介绍如下：

一、临床资料：本组男86例，女29例，年龄30岁至68岁，经病理证实92例，临床诊断17例。共插管263次，其中采用Seldinger法治疗89例，术中肝动脉置管化疗术15例，化疗药CDDPP 60—100mg，5－FU 1.0－1.5g、ADM 30－60mg（肝动脉置管术药量酌减）。

二、术前护理：1. 心理护理：向患者及家属讲明治疗方法、基本疗效及注意事项，消除紧张情绪，树立积极乐观态度。术晨适当给予镇静药如安定等。2. 皮肤准备：洗澡或擦浴并更衣，穿刺部位常规皮肤准备，3次以上插管者应双侧腹股沟备皮，为一侧穿刺失败时备用。3. 过敏试验：常规普鲁卡因及碘过敏试验，并准备肾上腺素，地塞米松及氧气等急救药品。4. 饮食护理："三高一低"，即高蛋白，高热量，高维生素，低渣易消化饮食。

三、术后并发症及其护理：

1. 发热寒战：由于穿刺过程需要大量盐水冲洗器械及动脉灌洗，致使部分患者术后出现热原反应。本组病例一般发热在38℃以下，个别可高达39℃以上，且伴有寒战，应适当给予安定10～20mg静推，一般可在1－2小时内缓解。2. 恶心呕吐：化疗药物的毒性刺激使多数患者有恶心呕吐、上腹胀满不适、疼痛及腹泻等消化道反应，此时给予灭吐灵10～20mg肌注或30～50mg静滴，3天内给予清淡软食、蔬菜水果，鼓励多饮水，减少活动及其他不良刺激，3天后给予高蛋白及补血饮食，必要时应用中药治疗如旋覆代赭汤等。3. 肾脏毒性排泄：由于CDDP大部分从肾脏排泄，为减轻肾脏毒性，常需水化3天，每日补液量约3000ml，滴速≤40滴/分，保持尿量≥100ml/小时，并配合甘露醇，速尿等加快顺铂毒性排泄。年老体弱及心肺功能不全者每日输液量不宜过多。4. 防止穿刺部位出血：由于穿刺为股动脉，故血管压力较大，退出导管时，应用手掌按压酒精纱布覆盖的穿刺部位15～20min。有高血压和血小板减少者，适当延长按压时间，用绷带加压包扎并附加2kg重的沙袋加压2h。如发现有渗血可使用冷敷，24h后予以热敷或局部红外线照射以促进血肿的吸收消

* 作者单位：310004 杭州市解放军第四七五医院肿瘤科

维普资讯 http://www.cqvip.com

散。5.动脉栓塞的观察及处理：介入化疗有存在返流性误栓的可能，尤其是下肢小动脉栓塞，故术后应常规观察足背动脉搏动情况，肢体的温度及颜色变化。当发现足背动脉减弱或消失，体温不升，颜色发紫、剧烈头痛、意识障碍、瞳孔不等、血压升高及脉搏减弱时，除常规应用低分子右旋糖酐抗凝外，还需立即配用1%普鲁卡因20ml及尿激酶5万"加入生理盐水50ml内缓慢静注，视情况每30分钟一次。同时鼓励患者排尿。6.防止肝动脉置管栓塞及污染：应严格无菌操作给药，应用2%肝素生理盐水封管，以防止血液在管内凝固。7.化疗药渗漏的护理：化疗药有时从穿刺部位渗漏至皮下造成局部皮肤炎性坏死，术后24h应注意观察穿刺部位有无红、肿、热、痛等现象。如有发生，可给予强的松龙局部封闭或清凉膏外涂，禁止热敷，以防止坏死部位扩大。8.预防感染：由于肿块压迫引起腔道引流不畅，化疗后白细胞下降，易引起感染，除严格执行无菌操作及消毒隔离制度外，应减少陪客防止交叉感染。术中及术后3天常规使用抗生素，9.肢体瘫痪：由于骨髓前动脉、椎间动脉及支气管动脉有共干现象，有的介入化疗患者可出现肢体瘫痪，文献报道发生率约2%，本组未见发生。一旦发生应注意栓塞与瘫痪的鉴别，针对不同情况分别抢救。有条件的术前应做动脉造影检查。

随着介入化疗的广泛开展，有关其并发症及护理的研究将不断深入，本文仅就中晚期原发性肝癌介入化疗中的护理经验及体会作一初步探讨。

（收稿：1998－05－06）

24f-250 阑尾扭转手术 阑尾扭转 治疗 26

阑尾扭转手术8例分析

郑裕隆*

R656.8

阑尾扭转是临床罕见，尸检也少有发现，自1910年Ringel首例报道以来，国内外文献均极少报道及阐述，我院1988～1996年曾收治阑尾扭转8例，均经手术证实，特简要报道。

一、临床资料：本组均为男性，年龄6～75岁，平均31.4岁，病程18～96小时，平均41小时。腹痛突然发作5例，缓慢起病3例，自脐周转移至右下腹3例，其中1例转全腹，自上腹转移至右下腹2例，始终局限于右下腹3例，胀痛4例，隐痛2例，绞痛及刺痛各1例，痛呈持续性伴阵发性增剧4例，持续性及阵发性各2例，伴恶心呕吐7例，畏寒3例，发热2例，腹泻1例。既往有类似腹痛2例。体检体温正常6例，38.5℃2例。右下腹肌痉、压痛、反跳痛5例，右下腹肌紧、压痛、反跳痛1例，下腹肌紧、压痛、反跳痛1例，右下腹压痛、反跳痛1例。白细胞计数正常4例，11.1～12×10³/L 4例。术中见阑尾长4～6cm 4例，7～12cm 4例，平均7.1cm。扭转均始于阑尾根部，全阑尾及其系膜均扭转，顺时针扭转7例，逆时针扭转1例，扭转180°～720°，平均350°，其中180°2例，270°1例，360°4例，720°1例，均作阑尾切除术后全愈。病检示阑尾急性化脓性炎4例，坏疽性炎2例（其中穿孔1例），单纯性炎1例，未见异常1例，伴周围炎6例。

二、讨论：阑尾扭转系阑尾自身及其系膜围绕阑尾纵轴旋转，引起阑尾管腔梗阻及系膜血运障碍，其发病率甚低，自0.03～4%，本组在同期4907例阑尾切除术中仅占0.16%。

阑尾扭转以顺时针向为多，偶逆时针向，扭转程度自180°～1440°不等，多数在360°～720°间，＜360°较少，＞720°罕见，扭转大部始于根部，包括全阑尾及其系膜，偶见中段扭转，但仅远端扭转极少。本组88%顺时针扭转，均系全阑尾扭转，扭转＜360° 3例，＞360° 5例。阑尾扭转引起管腔梗阻及炎症，系膜血运也发生障碍，但扭转程度较轻者（＜360°）发生血运障碍者较少，而＞720°者易坏疽，穿孔。本组除1例外，均有炎性改变，其中化脓性炎4例，坏疽性炎2例。阑尾位置与扭转关系，一般多见于盲肠内下方，其他部位也可发生，本组1例见于盲肠后位。阑尾长度与扭转有关，多见于阑尾长度超过7cm者，但短小者也可扭转，本组阑尾长4～12cm，其中＞7cm者4例。

病因尚无定论，但与下列因素有关：1.解剖特点：阑尾为一盲端游离的细长，狭小肠管，儿童盲肠移动度较大，移动盲肠，中肠旋转不全，阑尾过长，系膜过长或

* 作者单位：210006 江苏省南京医科大学附属南京第一医院