维普资讯 http://www.cqvip.com

其起病急,发病快,病情复杂,并发症多,是病死率高的危重病之一。虽经20多年的不断探索实践,对此病的发病机制有了一定认识,治疗上逐渐趋向成熟,其疗效也有显著提高。但由于病情发展变化复杂,临床上仍有接近20%的死亡率,而且存在疗程长、费用高等问题[2]。目前认为,重症急性胰腺炎的发病机制主要是由于多种诱因引发各种胰酶的异常激活,致使胰腺细胞自身溶解和破坏,启动全身炎症反应综合征(SIRS),使机体处于免疫变态反应状态,过度激活的白细胞,释放大量氧自由基(OFR)及炎症递质,产生级联放大效应,加重了局部的病理变化,并参与胰腺组织及胰外器官损伤,导致多器官功能不全综合征(MODS),甚至多器官功能衰竭(MOF)[1,3]。因此,抑制活性酶及细胞因子的生成是有望控制重症急性胰腺炎病理生理发展的一个途径[3]。应用生长抑素有效地治疗急性重症胰腺炎成为可能,并在临床上得到广泛应用。但是急性重症胰腺炎的发生并不仅仅是各种胰酶的释放引起的。大量的研究显示,在急性胰腺炎发病的早期即存在炎性细胞因子过度释放和过度的全身性炎症反应,并成为急性胰腺炎病情加重的关键因素。单核巨噬细胞释放TNFα、IL-1、IL-6等细胞因子,刺激粒细胞的活化,粒细胞与内皮细胞粘附,刺激吞噬细胞的功能激活,释放活性自由基,以及蛋白酶和水解酶,加重胰腺及远隔脏器的损伤[4],这些因素可能是急性重症胰腺炎发生的决定性因素,单纯使用生长抑素并不能有效地提高疗效,这与本分析结果相一致,即生长抑素组同对照组相比较在缩短住院时间和减少并发症的发生上没有显著性差异;而在死亡率方面两治疗组有明显的差异,这可能与治疗方案选择有关,如胆源性胰腺炎有胆道梗阻者应当行急诊手术或者行EST(endoscopic sphincterotomy),同时积极抗休克、防治肾功能衰竭,无胆道梗阻的先做积极的抗炎非手术治疗,后期作胆囊切除术,是否探查胆总管根据病情决定。对来势急,经非手术治疗仍迅速出现休克、肾功能衰竭、ARDS、胰性脑病或伴有腹膜炎或腹内高压者应及时手术引流。制定出不同治疗方案的个体化治疗以取得相应疗效。

虽然生长抑素在建立的试验性胰腺炎动物模型中,能有效地降低胆汁诱发的胰腺炎的死亡率,促进血淀粉酶恢复正常。但是,许多临床试验未能证实其降低急性胰腺炎死亡率有统计学意义。因此生长抑素在临床治疗急性胰腺炎特别是急性重症胰腺炎中的治疗作用仍需做长期全面的评估。

[参考文献]

[1]Norman J. The role of cytokines in the pathogenesis of acute pancreatitis[J]. Am J Surg, 1998,175(1):76-83.
[2]雷若庆,姜 戈,火海钟,等. 重症胰腺炎的治疗方案选择与预后关系[J]. 胰腺病学, 2002,2(1):7-10.
[3]王春友. 胰腺外科实验研究的现状与展望[J]. 中华实验外科杂志. 2001,18(4):296-297.
[4]张圣道,雷若庆.重症急性胰腺炎治疗的争论、进展和发展趋势[J]. 中国实用外科杂志,2002,22(1):22-23.

(编辑:兰阳军)

·个案与短篇·

肝癌介入治疗的护理体会

刘洪荣,尚尔杰,王玉梅
(鞍山钢铁集团公司立山医院外科,辽宁 鞍山 114032)

[关键词] 肝癌;介入治疗;护理
[中图分类号] R248.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2004)04-0232-01

肝癌是常见的恶性肿瘤之一,好发于40~50岁之间,男性多于女性。患者就诊时肿瘤已属中晚期,手术切除率低,生存时间短。为使晚期肝癌患者能延长生命,提高生活质量,减轻病痛的折磨,我院自2000年2月至2003年5月对12例无法实施手术的肝癌病人进行介入治疗,收到了满意疗效。现结合病案分析将护理体会报告如下。

[收稿日期] 2004-04-22 [修回日期] 2004-05-16

1 临床资料

本组病例共12例,均为男性,年龄46~84岁,发病时间1~3个月。其中原发性肝癌8例,肝转癌4例,均经腹部CT、B超或AFP检验证实。介入治疗主要是对肿瘤进行化疗药物灌注和其血管选择性栓塞,临床监测和保肝治疗。经介入治疗和随诊观察,本组病例死亡4例,其余8例仍按疗程继续介入治

(下转234页)

维普资讯 http://www.cqvip.com

强直-阵挛性发作稍多于部分性发作。37例早发性癫痫中，强直-阵挛性发作28例；34例迟发性癫痫中，部分性发作24例，迟发性癫痫则以部分性发作多见。

2.4 治疗与转归

早发性癫痫37例中，19例只发作1～2次，仅临时注射安定控制症状，8例抗癫痫药物治疗1～3个月，停药后未再复发，6例用抗癫痫药维持治疗，4例癫痫持续状态，2例死亡，2例用药维持治疗。迟发性癫痫34例中，12例用抗癫痫药治疗3～6个月后停药，未再复发。

3 讨论

脑卒中后继发癫痫的发生率，文献报道不一，国外报道2%～17%，国内5.16%～13.5%，一般为2.7%～8%[3]。本组发生率为5.37%，与国内报道相符。不同类型卒中的癫痫发生率以蛛网膜下腔出血为多见，脑出血与脑梗死相近似[4]。脑卒中后癫痫的发生机理目前尚不十分清楚，可能与下列因素有关：①脑卒中早期脑组织缺血缺氧，使锥体细胞轴突侧枝破坏，造成抑制过程减弱而诱发癫痫；②脑出血及脑血管瘤破裂引起脑血管局限性或弥漫性痉挛，使神经元缺血缺氧而致癫痫性放电；③脑卒中后期，因胶质细胞增生、瘢痕形成、萎缩粘连或中风囊等病理刺激引起癫痫发作。本组早发性癫痫(37例)多见于蛛网膜下腔出血，脑出血次之，以强直-阵挛性发作为主，提示可能是脑代谢异常引起。迟发性癫痫(34例)多见于脑梗死，以部分性发作为主。迟发性癫痫往往有明显肢体功能障碍，脑电图多有一侧性异常，提示脑内可能已形成癫痫灶。脑卒中后癫痫除治疗原发病外，对脑卒中后癫痫发作必须依据不同情况进行治疗。早期发作主要与脑代谢障碍、功能紊乱有关，急性期过后这些因素逐步消除，故无须长期应用抗癫痫药，一般仅临时应用安定控制发作即可。对控制不理想者可短期予以抗癫痫药物口服[5-6]。本组早发性癫痫发作16例行抗癫痫治疗，有5例出现迟发性癫痫发作，而19例未给予抗癫痫治疗，仅3例出现迟发性癫痫发作，提示早期发作后抗癫痫治疗对防止迟发性发作无影响。迟发性癫痫发作多由中风囊机械刺激等引起，需长期用药，10例抗癫痫治疗3～6个月停药后未再复发，24例维持治疗，其中12例用药不规则或擅自减量，癫痫发作控制欠佳，致7例神经功能缺损加重，1例癫痫呈持续状态而死亡。因此对卒中后癫痫应尽早控制发作，早发性者适时停药，迟发性者则多应长期规则抗癫痫治疗。

[参考文献]

[1] 张 辉，夏 炜. 脑卒中后继发癫痫38例临床分析[J]. 河南实用神经疾病杂志，2000，3(6)：37－38.
[2] 白聪山，徐世成，李 波，等. 脑卒中后继发癫痫24例临床分析[J]. 临床荟萃，2003，18(22)：1295.
[3] 刘 力. 脑血管病后癫痫63例诊治体会[J]. 中国冶金工业医学杂志，2003，20(5)：368－369.
[4] 苏庆军，刘小龙，郭 宁. 2000例癫痫病例的发作分类研究[J]. 中国临床医学，2003，10(3)：390－392.
[5] 马淑霞，王红梅. 氟西汀治疗脑卒中后抑郁的临床观察[J]. 局解手术学杂志，2003，12(3)：195.
[6] 于 兰，朱子龙，张琳英. 脑卒中的早期康复治疗[J]. 局解手术学杂志，2003，12(3)：233－235.

(编辑：郭光金)

(上接232页)

疗观察中。

2 护理体会

对肝癌病人进行整体护理是完成介入治疗计划的重要保证。整体护理是以病人为中心，融医疗护理、康复指导等为一体的新型护理。在对肝癌病人的介入治疗中，护理方面作者主要采取了以下几点措施。

2.1 术前护理

用通俗易懂的语言向患者及家属介绍有关疾病发生、发展的知识、治疗方法及注意事项，消除患者疑虑、紧张、恐惧的心理，保持良好的生理、心理状态，积极接受和配合治疗。向患者及家属耐心、细致的讲解介入治疗的可靠性，以增强患者战胜疾病的信心。术前做好各项检查，预防感冒，术前一周戒烟。嘱患者术前保证充足的睡眠，术晨禁食、水，以防止术中呕吐而引起窒息或吸入性肺炎。指导患者练习在床上大小便。

2.2 术后护理

术后平卧24 h，术侧肢体制动伸直8 h，禁止屈曲，并用沙袋压迫穿刺部位24 h。及时复查血气分析、肝、肾功能变化并嘱患者多饮水，以加速造影剂的排泄。记录24小时尿量。术后避免过度用力咳嗽、排便、打喷嚏等，防止腹内压增高，避免出血或局部血肿形成。注意观察术区穿刺部位的敷料是否整洁，有无渗出脱落，沙袋压迫部位是否妥当；观察穿刺肢体的皮肤的颜色、温度，及足背动脉搏动情况等，如发现下肢疼痛、麻木、皮温凉等应及时向医生报告。观察患者有无恶心、呕吐、腹痛、腹胀等症状。如果发现大汗、四肢冰冷、应立即给予吸氧，并及时通知医生。

通过对肝癌病人介入治疗的整体护理，顺利地完成了治疗方案，不仅避免和减少了介入治疗并发症的发生，而且延长了病人的生命，而且提高了生活质量。

(编辑：张天飞)