临床研究 文章编号:0253-3626(2010)06-0957-03

儿童实体肿瘤经动脉插管化疗栓塞术的护理

莫 霖,王秋鸿,吴书娟,邹 科
(重庆医科大学附属儿童医院肿瘤外科,重庆 400014)

【摘 要】目的:回顾性研究儿童实体肿瘤经动脉化疗栓塞治疗的术前、术中及术后护理,以期保证手术的安全实施及术后顺利康复。方法:我院 2008 年 4 月 ~2010 年 1 月安全实施 20 例 0.3 ~ 7 岁儿童实体肿瘤经动脉插管化疗栓塞术(Transcatheter arterial chemoembolizatin,TACE),执行严格、规范化的术前、术中及术后护理管理,尤其是术中的严密监护、术后的密切动态观察及相应护理措施包括术中心电监护、患儿制动,术后腹痛、发热、穿刺处的观察与护理等。结果:20 例患儿手术安全实施,未发生与护理相关的并发症及意外;术后除出现发热等栓塞术后综合征外,无术后穿刺部位出血、严重感染等并发症发生,全部病例于术后 7 ~ 10 d 康复出院。结论:充分的术前准备,严格、规范化的术中、术后监测及护理可确保介入手术安全进行,利于患儿术后康复,可有效地避免与护理有关的并发症及意外的发生。

【关键词】儿童;实体肿瘤;化疗栓塞;护理
【中国图书分类法分类号】R248.2 【文献标识码】A 【收稿日期】2010-03-11

Nursing of children with solid tumors treated by arterial chemoembolization

MO Lin, et al
(*Department of Tumour, the Children's Hospital, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To retrospective study of the preoperative, intraoperative, and postoperative nursing of children with solid tumors treated by arterial chemoembolization, in order to ensure the safety of surgery and successful of postoperative rehabilitation. *Methods*: 20 children, aged 0.3 to 7 years, with solid tumors underwent successful surgery of arterial chemoembolization from April 2008 to Jan. 2010 in the hospital where the authors worked. The surgical management were strict and standardized, so were preoperative, intraoperative and postoperative nursing management, particularly

作者介绍:莫 霖(1968-),女,护理本科,
研究方向:儿童实体肿瘤护理。

植肾动脉过短,故取自体左侧大隐静脉一段延长移植肾动脉,方便与髂外动脉吻合。术后移植肾肾功及重建肾血管功能良好,血压恢复正常。

离体肾动脉瘤切除、自体肾移植术是治疗肾动脉瘤继发高血压一种安全可行的治疗方法,有条件的医院可以考虑应用。

参 考 文 献

[1] 郭连瑞,谷涌泉,欧彤文,等.离体肾动脉瘤切除和自体肾移植术治疗复杂肾动脉瘤[J].中国修复重建外科学,2008,22(9):1085-1088.
[2] 张 建,冯 睿,冯 翔,等.离体肾动脉瘤修补、肾动脉重建和自体肾移植治疗复杂性孤立动脉瘤 1 例并文献复习[J].中华外科杂志,2007,45(18):1253-1256.
[3] Novick A C, Fergeny A. Renovascular hypertension and ischemic nephropathy [M]. 9th Philadelphia, Saunders, 2008.1187- 1189.
[4] Cinat M, Yoon P, Wilson S E. Management of renal artery aneurysms [J]. Semin Vasc Surg, 1996, 9(3): 236-244.
[5] English W P, Pearce J D, Craven T E, et al. Surgical management of renal artery aneurysms [J]. J Vasc Surg, 2004, 40(1): 53-60.
[6] Bastounis E, Pikoulis E, Georgopoulos S, et al. Surgery for renal artery aneurysms: a combined series of two large centers[J]. Eur Urol, 1998, 33(1): 22-27.
[7] Plouin P F, Perdu J, Batide-Alanore L, et al. A fibromuscular dysplasia orphanet [J]. J Rare Dis, 2007, 7(2): 28.
[8] Henry M, Polydorou A, Frid N, et al. Treatment of renal artery aneurysm with the multilayer stent[J]. J Endovasc Ther, 2008, 15(2): 231-236.
[9] Laganà D, Carrafiello G, Mangini M, et al. Multimodal approach to endovascular treatment of visceral artery aneurysms and pseudoaneurysms [J]. Eur J Radiol, 2006, 59(1): 104-111.
[10] Andersen P E, Rohr N. Endovascular exclusion of renal artery aneurysm[J]. Cardiovasc Intervent Radiol, 2005, 28(5): 665-667.
[11] Bisschops R H, Popma J J, Meyerovitz M F. Treatment of fibromuscular dysplasia and renal artery aneurysm with use of a stent-graft [J]. J Vasc Interv Radiol, 2001, 12(6): 757-760.
[12] Castillo O A, Vitoqliano G J, Sanchez-Salas R, et al. Laparoscopic repair of renal artery aneurysm: a description of the technique and results in 2 cases[J]. Surq laparosc Endosc Percutan Tech, 2008, 18(4): 379-383.
[13] 陈 正,潘光辉,虞湘才,等.自体肾移植治疗肾动脉瘤[J].实用医学杂,2006,22(10):1164-1166.

(责任编辑:冉明会)

intraoperative intensive care, close postoperative dynamic observation, and other relevant nursing measures such as intraoperative ECG, calming the children, relieving postoperative abdominal pain and fever, observation and care of puncture. *Results*: 20 cases of surgery were safely implemented without the occurrence of nursing ~ related complications and accidents; postoperative fever, etc. Except postoperative embolization syndrome, postoperative bleeding, severe infection, and other complications did not occurr, and? all patients was discharged 7 ~ 10 d later. *Conclusion*: The adequate preoperative preparation, strict and standardized postoperative monitoring and care can ensure the safety of interventional procedures, help postoperative rehabilitation, and effectively prevent care ~ related complications and accidents.

[Key words]Children; Solid tumors; TACE; Nursing

肿瘤经导管动脉化疗栓塞术(Transcatheter arterial chemo embolizatin, TACE)因组织创伤小、手术安全、病人痛苦小、并发症少、疗效显著、恢复期短等众多优点已广泛应用于成人不能外科切除的肿瘤治疗,儿童实体肿瘤 TACE 治疗术开展较晚,其手术和护理与成人存在差异,相关护理报道较少。我科 2008 年 4 月 ~ 2010 年 1 月实施 20 例儿童实体肿瘤 TACE 治疗,取得良好效果。现将有关护理报道如下。

1 临床资料

1.1 研究对象

我科 2008 年 4 月 ~ 2010 年 1 月实施 20 例实体肿瘤 TACE 治疗(经穿刺活检病理证实的肝恶性肿瘤 18 例,脾脏血管瘤 2 例),肿瘤大小 6 ~ 15 cm,平均 7.5 cm;其中,男 13 例,女 7 例。年龄 0.3 ~ 14 岁,平均 2.1 岁。

1.2 方法

20 例患儿在治疗前 1 ~ 2 周内均行腹部 CT 增强检查,在全身麻醉下经右股动脉穿刺行超选择性肿瘤滋养动脉插管化疗栓塞术,肝肿瘤患儿注入卡铂 300 mg/m^2+ 表阿霉素 60 ~ 90 mg/m^2+ 超液化碘油 5 ~ 10 ml 混悬乳剂,脾脏血管瘤注入平阳霉素 2 ~ 4 mg,肿瘤内碘油沉积良好,并以 560 ~ 710 μm 聚乙烯醇颗粒实施超选择性动脉栓塞。

1.3 护理

1.3.1 术前护理

1.3.1.1 心理护理 以家庭为中心,耐心、细致地与家属和患儿沟通,评估家属和患儿心理状态,疾病知识知晓度等。安慰家属,鼓励患儿树立战胜疾病的信心,让其整个家庭了解介入治疗的优点、目的、意义和治疗中及治疗后可能出现的并发症、药物的副作用以及防范措施等。使他们有充分的心理准备,便于积极配合治疗与护理。

1.3.1.2 充分的术前准备 详细询问病史,对患儿进行全身检查,了解足背动脉搏动情况并记录,协助病人完成心电图、胸部 X 线片、血常规、血型、尿、大小便常规、凝血四项、肝肾功能检查、免疫术前全套等实验室检查。嘱病人术前 2 d 练习床上大小便、深呼吸、咳嗽动作等训练,以适应介入治疗后卧床休息及肢体制动的需要。术前 1 d 作好青霉素及碘过敏试验,交叉合血,经平脐至大腿中部备皮。术前 6 ~ 8 h 禁食,4 h 禁饮,术前半小时静脉输入抗生素预防感染,术前清洁灌肠 2 次。

1.3.2 术中护理 在完成麻醉后首先对外生殖器等重要非 X 线照射区进行防护、摆好手术所要求的体位,固定肢体及躯干以防止术中出现意外伤害,连接好心电监护并实施实时监护,确保患儿呼吸道通畅;手术开始后除密切配合医生实施手术外,密切动态观察患儿各项生命体征、保持静脉输液通畅,以保证手术顺利进行。

1.3.3 术后护理

1.3.3.1 麻醉清醒前患儿去枕平卧位,头偏向一侧,穿刺侧肢体取伸直位。

1.3.3.2 穿刺点及穿刺侧肢体的观察与护理 术后穿刺点伤口敷料用 4 ~ 5 cm 弹力胶布固定,1 kg 沙袋压迫穿刺点 6 h,绝对平卧 24 h,右侧下肢制动 12 h,24 h 后下床活动。注意穿刺部位有无渗血渗液,密切观察穿刺侧肢体远端皮肤颜色、皮温及足背动脉搏动情况。注意伤口敷料的干燥、清洁,防大小便污染,24 h 更换伤口敷料。

1.3.3.3 治疗后 6 h 内每小时测量血压、脉搏、呼吸及腹部体征的变化,以监测有无出血征象。

1.3.3.4 发热观察及护理 栓塞后 3 ~ 8 h 一般出现体温升高,体温 36℃ ~ 38.5℃,无需特殊处理。如体温 >39℃,应注意观察有无感染征象,查血常规,了解白细胞计数,遵医嘱补液及抗感染治疗,做好高热病人的护理。本组病例体温均在 38℃以上,治疗后 1 周内体温恢复正常。

1.3.3.5 胃肠道反应观察及护理 术中应用化学药物可引起恶心、呕吐,术后禁食 6 ~ 12 h 可减轻恶心、呕吐。故治疗后第 1 d 嘱患儿多饮水,多食水果,促进毒物排泄;第 2 d 予流质饮食;第 3 d 予正常饮食,宜少食多餐,进食低脂低盐易消化,刺激性小,富含维生素的食物,注意食物的多样化。

1.3.3.6 疼痛观察及护理 介入治疗后由于各种原因使肿瘤组织缺血、水肿和坏死,可引起不同程度的右上腹肝区疼痛,应告知患儿及家长一般在术后 1 ~ 3 d 出现,3 ~ 5 d 自行缓解,同时遵医嘱给予镇痛,以消除患儿的恐惧情绪。本组病例中 1 例出现呕吐和瘤区疼痛,经对症处理后缓解。

1.3.3.7 白细胞、血小板减少观察及护理 由于化疗药物导致骨髓抑制,一般比较轻微,使用化疗药物后每 3 d 复查血

常规,如出现重度白细胞减少 <1 000 × 10^9 个/L,嘱患儿卧床休息,减少活动,做好口腔及皮肤护理,并对其实行保护性隔离,必要时给予升白细胞的药物。

1.3.3.8 其他护理 肝动脉插管灌注化疗药物可加重肝功能损害,应经常复查肝功能,必要时应用保肝药物;大量造影剂对肾脏也有毒性,遵医嘱进行水化,嘱其多饮水,加速药物的排泄,减轻毒性,必要时用利尿剂,密切观察尿液的量、颜色、性质的变化,并做好记录。

2 结 果

20 例患儿均成功地施行了 TACE,且成功地将导管超选择插入肿瘤的主要供血动脉, 术后肿瘤内碘油沉积良好,肿瘤供血动脉绝大部分被阻断。TACE 术后 4 ~ 6 周,18 例患儿 AFP 的下降率为 70.5% ~ 99.8%,平均 90%;20 例患儿 CT 显示术后肿瘤内碘油沉积良好, 肿瘤供血动脉绝大部分被阻断,肿瘤大小的缩小率为 50% ~ 85.5%,平均 65%。本组病例中 18 例患儿行 TACE 治疗后体温均在 38.0℃以上,持续 3 ~ 7 d,经对症处理后体温降至正常。1 例出现呕吐和瘤区疼痛,经对症处理后缓解。所有患儿术后 1 周肝功能检验出现血清胆红素、丙氨酸转移酶、天门冬氨酸转移酶轻度升高,经保肝治疗后于 TACE 术后 4 ~ 6 周复查各指标均在正常范围,无化疗药物心脏毒性和肾毒性的表现。经过规范的术前、术中及术后护理管理,20 例患儿手术安全实施,未发生与护理相关的意外及并发症; 术后除出现发热等栓塞术后综合征外,无术后穿刺部位出血、严重感染等并发症发生,全部病例于术后 7 ~ 10 d 顺利康复出院。

3 讨 论

对于儿童恶性实体肿瘤采用手术切除术是目前最主要、可靠的措施, 但超过半数的恶性实体瘤首诊时已不可切除,常需要采用联合治疗手段[1],部分病例术前应用多种药物联合化学治疗可缩小肿瘤体积,进而延期或二期手术,取得了较好的效果,但对小儿全身化疗的不良反应亦较为严重,这些不良反应不仅可延误手术时机、导致肿瘤的扩散和转移,还可导致患者早期死亡[2]。儿童恶性实体瘤在术前行化疗的同时予以辅助性 TACE 治疗,经肿瘤供血动脉注入化疗药物和栓塞剂,可使肿瘤缩小、包膜增厚,与周围组织分界清楚、有利于完整地切除肿瘤,使无法一期手术切除的肿瘤获得二期手术切除, 并且相对毒副作用较小。本组病例中无 TACE 术后出现严重的并发症和化疗药物的不良反应。

TACE 手术前充分的准备可保证手术如期顺利进行;术前心理疏导可得到患儿及家长的理解与支持,消除心理恐惧等不利因素;认真的术前备皮及过敏试验可以减少术后感染及严重过敏反应的发生,术前严格的禁食可避免全身麻醉后误吸而引起严重的呼吸道并发症。

小儿与成人最大的区别:小儿没有自控能力,无法主动配合 TACE 手术的进行,因此,必须采用全身麻醉,严密的术中监护可保证手术的安全、顺利实施,如固定躯干、四肢可避免因栓塞引起疼痛刺激导致患儿突然活动进而引起意外伤害(动脉撕裂、摔伤等)。密切动态观察患儿各项生命体征,可及早发生各种并发症的发生, 从而采取相应的干预措施;另外在心理护理上也存在很大的区别,小儿需根据其不同的年龄,不同的生理心理状态采用不同的心理应对方式,如 3 岁以下婴幼儿采用触摸、安抚等接触性语言;3 ~ 6 岁儿童通过语言进行心理干预,转移注意力,提供患儿自我选择的机会,鼓励自我照顾等。

TACE 术后常见并发症有穿刺、插管部位出血、血肿[3];较少发生动脉栓塞、异位栓塞,但一旦发生后果严重。因此,术后严密观察穿刺部位情况及右下肢远端皮肤颜色、皮温及足背动脉搏动等尤其重要, 及早发现并处理可能发生的并发症,可避免产生严重的后果[4,5]。栓塞后 1 ~ 3 d 常有不同程度的腹部疼痛反应,及时给予镇痛及心理护理可明显降低患儿的不适。TACE 术后 1 周内常见发热,为栓塞后肿瘤组织坏死形成的热源质所致, 其表现为体温 38.0℃左右的中度发热、热型表现为下午或晚上高、上午体温正常或稍高,且常不伴有畏寒、寒战、白细胞轻度升高,否则提示有感染发生,因此,仔细观察患儿术后发热的类型,做好口腔及皮肤护理,可有效地防治各种感染的发生。

综上所述,充分的术前准备,严密的术中、术后监测及护理可保证介入手术的安全进行、促进患儿术后康复,避免与护理有关的并发症及意外的发生。

参 考 文 献

[1] 赵 强,曹嫣娜,李润田,等. 2456 例住院儿童实体肿瘤特点分析[J].天津医科大学学报,2004,10(1):114-116.

[2] 迪力木拉提·斯热吉丁,石 苇,蒋莎义,等. 儿童常见晚期恶性实体肿瘤综合治疗探讨[J].同济大学学报(医学版),2005,26(6):91-92.

[3] 文 彦. 肝动脉灌注化疗栓塞治疗原发性肝癌并发症的原因分析及护理对策[J].护理实践与研究,2009,20(6):47-48.

[4] 徐 阳,齐玉春,王 华. 肝动脉化疗栓塞术后严重并发症的护理[J].护理研究,2009,6(7):1556-1557.

[5] 王 琨,王 幻,孔繁菊.肝动脉化疗栓塞术后严重并发症的护理[J].医学影像学杂志,2009,9(9):1165-1168.

[6] 张会敏. 肝动脉化疗栓塞术后卧床制动时间的临床研究[J].菏泽医学专科学报,2009,21(3):15-17.

(责任编辑:关蕴良)