DOI:10.16016/j.1000-5404.1994.02.040

12例肺癌心包转移患者的护理体会

周泽云 张楚毅 陈正堂 (第三军医大学西南医院呼吸中心) 630037

肺癌在世界范围内发病率日趋增加[1],多为淋巴或血道转移,心包也是肺癌常发生转移部位之一,一旦发现已属癌症晚期,病情重,死亡率高。我院1989年5月至1992年8月共确诊肺癌676例,其中证实有心包转移12例,占1.77%。配合治疗正确实施护理措施,可使患者安全渡过化疗期,减少并发症,延长患者生存期,现将体会介绍如下:

1 临床资料

12例患者中,男性7例,女性5例,男女之比1.4:1。年龄25~68岁,平均48岁。腺癌5例,鳞癌3例,未分化小细胞癌和肺泡细胞癌各2例。全身化疗加局部心包穿刺抽液后注抗癌药物7例。单纯心包腔穿刺抽液后注入抗癌药物5例,8例患者分别于住院17~66 d死于肺癌所致全身衰竭,4例患者经治疗后症状缓解出院。

2 护理体会

2.1 化疗过程中观察与护理

2.1.1 心包腔穿刺抽液后化疗的护理:术前监测体温、脉膊、呼吸、血压、血气及电解质,记录B超测定心包积液量,并向患者解释穿刺的目的及如何与医生配合,准备好用物并配合医生操作。给患者取半坐位,患者术中均勿咳嗽、深呼吸等,以免发生意外。注药后协助患者更换体位,使药液扩散。注意观察抽出液的色、量和性质。如患者感觉不适,心率加快,出冷汗和气短,应立即报告医生停止抽液,并作相应处理。术后静卧、监测脉膊、血压每半小时一次,连续6 h,以后2~4 h测一次。

2.1.2 静脉注入化疗药物的护理:①静脉穿刺应从远端细小静脉开始,注入抗癌药物前先用生理盐水行静脉穿刺,待针头确定在血管腔内时再加抗癌药物,推药速度宜慢。抗癌药物滴完后,再继续滴入生理盐水20~30 ml,以冲洗静脉减少药物对血管内膜刺激,经常更换穿刺部位,减轻对血管的损伤,避免在关节部位穿刺。②化疗时经常巡视患者。观察针头局部皮肤颜色及肿胀情况,询问患者静脉注射部位有无刺痛及烧灼感,并向患者说明化疗药物外渗的危害性,并请患者保持静脉穿刺肢体相对固定位置。化疗药物输完后拔针时应压迫2 min以上,防止化疗药物顺针眼处溢出,损伤局部皮肤。③护士应了解患者治疗方案,熟悉抗癌药物的性质、稀释、保存、给药方法及毒性反应[2]。本组7例患者采用自力霉素4~6 mg以心包腔内注入,全身用CAP治疗方案。由于顺铂是一种金属络合物,可引起肾小管上皮细胞急性坏死,出现血尿、蛋白尿。故应充分水化和碱化尿液,每天摄入量应多于4000ml,尿pH值应在大于6.5~7,若低于6.5加服碳酸氢钠,防止顺铂代谢产物在酸性环境中形成沉淀,加重肾脏损害。本组患者均有心功能不全,必须应记录24 h出入量,若入量大于出量,加重心脏前负荷、诱发心力衰竭,此时应及时报告医生作相应处理。阿霉素可有心脏传导阻滞、ST-T改变等毒性,应注意观察心率,心律及脉膊变化,测脉膊同时数心率。化疗前后作心电图检查,及时了解有无心脏毒性反应。顺氯氨铂和阿霉素还可引起严重胃肠道反应,且出现早,症状剧烈,一般止吐药效果不佳,我们采用化疗前6 h静注蒽丹西酮8 mg,化疗完后8 h,10 h重复给药,取得良好效果。

2.2 观察生命征变变化

患者出现呼吸困难加重,呼吸表浅,常甘不能平卧等时,考虑心包填塞症状,首先使患者取半卧位,同时吸氧、调节氧流量、监测血气,及时报告医生,必要时做心包穿刺液解除压迫。监测血压、脉膊、发现脉压差变小出现奇脉等,应警惕休克的发生。

2.3 加强心理护理

本组12例患者因个性、年龄、性别、受教育程度、职业、家庭关系等原因,表现出的心理状态各异。对疾病有正确认识、积极配合治疗仅2例。其余10例患者由于治疗过程中病情无明显好转,受疾病折磨、反复心包腔穿刺、情绪波动较大,认为癌癌尚无彻底的治疗方法而出现焦虑不安、悲观绝望和恐惧,精神十分紧张。我们针对性地做好患者的心理疏导工作。对积极配合治疗的2例患者赞扬他的积极配合治疗的精神,讲解疾病的治疗方案,用药后可能出现的毒副作用及预防措施,坚定了患者治疗的信心;对有恐惧心理的患者,应主动关心体贴患者,让家属陪伴亲友和同事探望,共同疏导消除患者的恐惧心理,使他们在最佳心理状态下接受治疗。对焦虑不安、悲观绝望的患者,经常与患者谈心引导其倾诉心中的情感,尽量满足患者提出的要求,生活上细心照顾,并向患者和家属介绍当前肿瘤治疗的新进展。对治疗过程中疾病有新的起色,及时告知患者,增强其治疗信心。

2.4 饮食护理

肺癌是一种消耗性疾病,反复心包穿刺抽液后蛋白质丢失较多。化疗后引起恶心,呕吐、食欲不振、导致摄入不足、可致恶病质、机体抵抗力较低。因此合理地供给营养、关心患者的进食情况,是肺癌综合治疗中不可缺少的一环。在饮食护理措施上我们采取:(1)化疗前后给予患者高蛋白质、高热量、高维生素、清淡易消化饮食。抽取心包积液、蛋白质丢失较多时,少量多餐,鼓励患者多进食。(2)向患者说明化疗中摄入充分营养的重要性,根据患者对饮食爱好和口味,提供对口味食物,以增强食欲感。(3)多给新鲜水果,多方面增加营养。

2.5 做好基础护理,防止感染

由于抗肿瘤药物对骨髓有抑制作用,患者可有白细胞、血小板减少;由于抗癌药物对机体免疫功能有影响,故患者易发生感染[4]。因此各项操作应严格执行无菌技术,室内保持空气流畅,定期进行空气消毒并作培养,每周查血常规二次。若白细胞少于2.0×10^9/L除立即停药外,实行保护隔离,护理患者时戴帽子、口罩、穿隔离衣,室内每天用2%苏液擦地板1~2次,紫外线空气消毒每天1次。同时给升白药输血等支持疗法。做好口腔护理,嘱患者饭后或睡前用温生理盐水或1:1000的呋喃西林液含漱。观察口腔粘膜情况,如发现有霉菌感染,用2%

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

碳酸氢钠溶液漱口，并用制霉菌素甘油涂口腔粘膜。保持皮肤清洁，定时更换体位，防止褥疮发生同时教会患者作自我保护。

关键词 肺肿瘤/护理；肿瘤转移

中图法分类号 R473.73

参考文献

1 徐昌文，廖美琳. 肺癌的流行病学. 见崔祥宾，王鸣岐，萨滕三，主编. 实用肺病学. 上海：上海科技出版社，1991. 408

2 李胜岐，译. 肺癌化学疗法的副作用及其处理. 国外医学：呼吸系统分册，1991，11(1)：22

3 吴 蕊. 肺瘤患者化疗时胃肠道反应的护理. 护理进修杂志，1991，6(7)：44

4 倪贤文，译. 癌症护理研究. 国外医学：护理学分册，1992，11(2)：71

(收稿：1994-01-17；修回：1994-03-10)

缩窄性心包炎手术前后的护理

廖 宏 (第三军医大学西南医院胸心外科) 630038

我院自1976年4月以来，经心包剥脱术治疗缩窄性心包炎66例，现将有关护理经验介绍如下：

1 临床资料

本组66例，男42例，女24例，年龄5～68岁，平均年龄21.9岁。66例均有不同程度的颈静脉怒张及肝肿大，术前外周静脉压值均高于正常。78.8%的患者伴有呼吸困难、心慌，并伴腹水、下肢水肿。心电图检查报告有心肌劳损、QRS低电压、窦性心动过速、心房颤动、心房扑动等。术后行外周静脉压测定，除3例下降不明显外，其余均较术前明显下降，下降幅度为0.69～2.75 kPa。术后死亡2例，其余病员心功能均明显改善，随访观察疗效满意。

2 术前准备

本组病例以青少年居多，多数病员存有对手术的恐惧心理，我们根据不同的心理状况，向患者讲解有关知识，让患者了解目前心脏手术安全度大，死亡率低，使其树立战胜疾病的信心，积极配合治疗和护理。

2.1 改善全身营养状况

患者由于回心血受阻，致使胃肠道粘膜充血，淋巴回流受阻，多有吸收不良，营养低下，纠正手术前的低蛋白血症，对保证手术的成功是致关重要的。术前应进食易消化、蛋白丰富的低盐软食，配合医生的支持治疗，准备较好的身体基础待手术。

2.2 注意心功能改变

术前应注意观察体重、肝、脾、颈静脉、下肢水肿、腹围、外周静脉压及心律、心率变化，以及活动后心功能的改变情况，以便观察准备阶段的效果；并严格记录患者的尿量，限制活动量，同时对个别重症病人采用半坐位，以解除腹水对肺脏的压迫，防止病员受凉感冒而加重心脏的负担。

2.3 技术指导

术前训练病员床上排尿、排便，并训练咳嗽动作，此点对小儿及农村患者尤为重要，对术后减少肺部并发症，防止心衰的发生具有一定的作用。

3 术后护理

3.1 严密监护

密切观察血压、心律、心率、尿量的变化，心包炎患者多有不同程度的心肌萎缩，加上手术创伤，术后常有各种心律失常，如不能及时发现，常导致病员死亡；同时尿量必须保持在50 ml/h以上，凡发现异常情况应立即报告，及时处理。本组术后出现各种心律失常25例，包括窦速、频发房早、室早及房颤、房扑等，因发现及时，处理得当，病员均转危为安，大多数病员心律转为窦性出院。

3.2 控制液体入量

心包炎患者因术后心包解除，第3间隙的体液开始回吸收，除要强心利尿外，也要严格控制液体的入量，在结合中心静脉压监测基础上，切忌大量及快速补液[1]，如静脉压高、心率快、血压低，则应加强心功能，以强心为主，加用血管扩张剂；静脉压低、心率快、血压低，则可能为容量不足，可适当加快补液速度，补充容量；反之静脉压高、心率快、血压高、则应使用血管扩张剂，更应严格控制液体量，并使用利尿剂。

3.3 保持呼吸道通畅

患者因肺脏淤血，肺顺应性下降，加上术后伤口疼痛及麻醉后咳嗽无力，常致呼吸功能不全，除给予一定的呼吸支持外，一定要勤吸痰，鼓励病员咳嗽，多翻身、叩背，每日给予雾化或蒸汽吸入，以利痰液排出，经上述处理仍有呼吸困难者，应及时报告医生，以排除肺不张等其它原因。

3.4 消化道管理

术后早期，尤其在1～2 d内不宜过多进食，对小儿尤应注意，往往过多进食造成腹胀、呕吐甚至误吸入支气管，造成意外。本组曾有一例患儿自行拔除胃管后盲目进食，致严重腹胀并大量呕吐，误吸造成急性呼吸道阻塞，经抢救无效而死亡，这也说明消化道管理的重要性。

关键词 心包炎，缩窄性/护理；心包炎，缩窄性/外科手术

中图法分类号 R473.6

参考文献

1 兰锡纯，主编. 心血管外科学. 北京：人民卫生出版社，1985. 658

(收稿：1992-11-12；修回：1993-12-26)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net