

的变化,加强血氧饱和度监测和心电监护,随时观察引流液及尿液颜色,注意是否有较大的血管损伤。一旦出现较大的出血时,视野会模糊不清,如果经冲洗和使用止血药物未能改善,必须终止手术。本组出现并发出血都是在取石时,经加快冲洗和使用止血药后改善,继续手术取石。

3.2.3 造影剂反应的护理 目前使用的造影剂有离子和非离子型两大类。离子造影剂具有高渗性、高离子性和亲水弱的特点,可导致荨麻疹、喉头水肿、过敏性休克等特异性反应和恶心、呕吐、发热等反应。非离子造影剂具有亲水性强的特点,其副作用明显降低,术前严格筛选造影剂副作用的高危人群,对经济许可者应选用非离子造影剂,或用B超引导下穿刺。临床证明,过敏试验为阴性的病人,在使用造影剂时仍发生过敏反应,故在术前需备齐急救药品和物品、器械,术中严密观察病情,一旦出现呕吐、胸闷、烦躁、气急等过敏症状,立即进行抢救。

3.2.4 建立经皮取石通道后,及时向术者了解穿刺部位,若穿刺点在第11肋间以上,患者出现胸闷、腹胀、呼吸急促、血氧饱和度下降,应考虑到损伤胸膜的可能,一旦出现气胸,灌洗液外渗等,应及时告知术者予以处理。注意肠、肝、脾等损伤,观察病人腹部和呼吸及全身情况。留意有无局部外渗和腹胀等输尿管穿孔的早期症状,一旦出现输尿管撕裂,立即准备配合开放手术。如需变动手术床,需提前告知术者,因为任何细小震动都可能造成组织不必要的损伤。

3.2.5 术前根据病人生命体征调节输液速度,防止低血容量,同时注意心脏功能,在保证输液的同时防止心衰的发生。每次改变体位时,先向病人解释,并告知麻醉医师,动作缓慢,

防止体位突然改变导致体位性低血压。

3.2.6 MPCNL病人麻醉成功后先截石位行输尿管插管,插管成功的再转为俯卧位。俯卧位时,注意患者胸腹部及肘部不能受压,以软垫保护,同时注意患者四肢的循环,踝关节保持功能位,体位的安置应在呼吸、循环功能许可和充分暴露手术视野、有利于观察的前提下,尽量使患者舒适。术中经常观察受压部位、约束带的松紧和位置。

3.2.7 灌注液采用静脉用的生理盐水,低压灌注,严密观察患者生命体征,如果发生低钠血症,立即终止手术,遵医嘱用利尿药,促进体内多余水分排出。

3.3 术后处理 手术后过床和护送中,注意尿管和肾造瘘管,严防脱落,如有出血需暂时夹管时要与病房护士做好交班。告知病人若有胸痛、呼吸困难、腹痛等症状,及时与医生、护士联系,及早发现和及时处理邻近器官的损伤。

MPCNL术中并发症虽然发生率不高,但如果不能做好预防、及时发现、及时处理,会导致手术失败,需二期手术或损伤肾脏,甚至危及生命。因此,护士应提高认识,对术中可能出现的并发症做好严密预防措施,并加强观察及监护。一旦出现并发症,应配合麻醉师和术者及时、准确、有效地进行处理。

#### 参 考 文 献

- [1] 赵燕,许兵,唐正利,等.微创经皮肾镜钬激光碎石术的手术护理[J].现代护理,2005,11(21):1812.
- [2] 叶章群,邓耀良,董诚.泌尿外科结石[M].北京:人民卫生出版社,2003.631.

(收稿日期:2007-10-14 修回日期:2007-12-11)

## 介入治疗局部晚期乳腺癌的护理

陈振兰 葛德湘 庞永慧 黄雅意

(广西医科大学附属肿瘤医院肝胆乳腺科,南宁市 530021)

【关键词】 介入治疗;乳腺癌;晚期

【中图分类号】 R 47 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-6575(2008)01-0070-03

乳腺癌是妇女最常见的恶性肿瘤之一,其发病率在全世界范围内呈明显上升趋势<sup>[1]</sup>。我科采用介入治疗局部晚期乳腺癌取得了较好的疗效。现报告如下。

### 1 资料和方法

1.1 临床资料 对象为2002年7月至2005年7月我院肝胆乳腺科收治的25例局部晚期乳腺癌患者,均为女性,年龄35~62岁,平均48.7岁。25例均经细胞学或病理证实为乳腺癌。TNM分期均为Ⅲ期,其中T<sub>3b</sub>N<sub>2</sub>M<sub>0</sub>15例,T<sub>4a</sub>N<sub>2</sub>M<sub>0</sub>10例。

1.2 治疗方法 本组病例均采用Seldinger技术<sup>[2]</sup>,经股动脉插管至锁骨下动脉,造影证实位置后与乳腺癌同侧的上肢绑扎胶布暂时阻断上肢血流,推注化疗药物。药物和用量为5-

Fu 500 mg/m<sup>2</sup>、CTX 500 mg/m<sup>2</sup>、ADM 50~70 mg/m<sup>2</sup>、紫杉醇 135~175 mg/m<sup>2</sup>。应用CAF方案:3~4周重复1次。应用紫杉醇+ADM方案:每3周1次;其中应用CAF方案进行1疗程8例,2疗程4例,3疗程2例。应用紫杉醇+ADM方案1疗程为8例,2疗程为3例。一般介入治疗结束2~3周后,待白细胞正常和机体免疫功能恢复正常后再行手术治疗。

1.3 疗效 15例患者肿瘤明显缩小≥50%,5例缩小≤50%,5例无变化。经介入治疗后13例行根治性切除,8例行姑息性切除,有效率达80%(21/25)。

### 2 介入前护理

2.1 心理护理 根据住院患者的心理特点如敏感、猜疑、紧



张、焦虑、恐惧、害怕孤独、依赖性增加等情绪反应<sup>[3]</sup>,医务人员多与患者和家属沟通,建立良好的医护患关系,有针对性地采取相应措施,根据患者的不同接受能力进行相应的宣教,消除患者的紧张情绪。根据医生决定的治疗方案,向患者和家属介绍介入治疗的大致过程及介入后可能出现的不良反应及所采取的缓解或预防不良反应的方法,让患者对治疗有一定的了解,消除顾虑,配合治疗。

**2.2 介入前准备** 术前按医嘱完善各种检查;术前2 d训练床上大小便,防止术后尿潴留;术前腹股沟区及会阴部备皮,做相关药物的过敏试验;介入治疗当天早晨测生命体征并记录,便于术后对照。根据医嘱备好所用药品。

**2.3 应用紫杉醇+ADM方案的准备** 按医嘱介入前12 h和6 h分别口服地塞米松0.75 mg×10片,介入前30 min静脉注射盐酸格拉司琼3 mg、肌注盐酸异丙嗪25 mg,30~60 min静脉滴注西米替叮400 mg。

### 3 术后护理

**3.1 生命体征的观察** 术后严密监测血压、脉搏、呼吸及血氧饱和度,根据患者具体病情心电监测12~24 h,同时观察尿量,发现异常及时报告医生处理。本组有3例术后出现明显心悸、胸闷,经持续低流量吸氧4~6 h后缓解。介入治疗后患者均有不同程度的体温升高,其原因主要是化疗药物的局部作用导致肿瘤局部缺血坏死、毒物的吸收、机体对化疗药物或栓塞物刺激所致。体温多在37.5℃~38.5℃之间。一般不需特殊处理,鼓励患者多喝水,适当补液,2~3 d可恢复正常。

**3.2 体位及穿刺点的护理** 术后患者取平卧位,穿刺点使用约束带加压包扎,术侧下肢制动18~24 h、卧床休息18~24 h后方可下床活动,密切观察穿刺点周围有无淤血,避免加压包扎松脱导致穿刺点出血或血肿,同时鼓励患者及时床上排尿,以免引起尿潴留。本组2例因术后不适应床上排尿出现尿潴留,给予导尿后能顺利排尿。

**3.3 局部反应的观察和护理** 介入治疗后药物灌注区域局部可出现不同程度的皮炎、肩臂痛、皮肤麻木感、皮肤红斑、皮肤糜烂、无菌性皮炎等<sup>[4]</sup>。根据具体情况采取相应措施以减轻不适,如给患者讲解疼痛的原因及缓解的时间。本组有3例出现明显的肩胛部肿胀疼痛,经对症处理后逐渐缓解,没有出现皮肤糜烂现象。15例出现不同程度的麻木感,3例出现患侧上肢轻度水肿,未作特殊处理,2~3 d后逐渐缓解。5例出现乳腺局部胀痛,1~2 d后消退。

**3.4 穿刺点及术侧下肢血运的观察和护理** 注意观察足背动脉搏动及下肢远端皮肤颜色温度等,同时与健侧下肢作对比,如果出现皮肤紫绀或足背动脉搏动不明显,应及时报告医生,调整至恢复下肢动脉搏动及正常皮肤颜色和温度为宜。

**3.5 应用5-FU、CTX、ADM的毒副反应的观察及护理** 根据所用化疗药物出现的胃肠道副反应,采取相应的预防处理措施。指导病人加强营养,提高机体抵抗力,预防感染。

**3.6 阿霉素联合应用紫杉醇的护理** 阿霉素对心脏有较大毒性,可引起心肌损害和心电图异常<sup>[5]</sup>,紫杉醇严重的变态反应的发生率极高,可达25%~30%,多数为I型变态反应,包

括支气管痉挛引起的呼吸困难、荨麻疹和低血压。严重反应通常发生于用药后2~3 min内,几乎所有患者均发生于10 min内<sup>[6]</sup>。因此,用药后的15 min内护士要守护在床旁,密切观察患者的自觉症状,出现胸闷、呼吸困难、血压下降、心率快等严重反应者,应立即停药,迅速报告医生,给予抗过敏治疗和对症处理;如仅出现面部潮红、轻微皮疹,可继续用药。本组1例在首次用紫杉醇5 min内出现胸闷、呼吸困难、面部潮红、血压下降等过敏性休克症状,立即停药,更换输液管,予5%葡萄糖注射液静脉滴注,同时给予氧气吸入、地塞米松10 mg静脉注射、非那根25 mg肌注后,症状逐渐缓解,呼吸、血压和心率等逐渐恢复正常。

**3.7 心理支持** 根据介入治疗的特点及所用药物有可能出现的不良反应,要有针对性地进行宣教,并进行适当的心理疏导,经常巡视关心患者,主动了解患者的需要,帮助患者建立良好、有效的社会支持系统,指导配偶了解患者的心理反应并给予关爱,让其亲属或朋友多关心陪伴患者,使其心理上得到安慰。

### 4 讨论

经动脉内灌注治疗乳腺癌,由于瘤灶内药物浓度高,可以有效杀死癌细胞,缩小病灶,减轻疼痛和粘连,降低肿瘤分期,使病灶容易切除或原来不能手术的病例获得根治性切除的机会,部分局部晚期乳腺癌患者获得二次手术切除的机会。本组25例中13例获得根治性切除,8例姑息性切除,取得较好的疗效,但大剂量的化疗副作用较大,严重影响患者的生活质量并增加患者心理恐惧感,特别是脱发及白细胞明显下降和呕吐严重者,加强护理可提高疗效,并进一步提高患者的生存质量。

由于动脉插管及化疗药的刺激,卧床、下肢制动,血流缓慢,血管内膜损伤,血小板凝集,容易导致下肢血栓形成<sup>[7]</sup>。应密切观察患肢远端血液循环情况,注意患者有无患肢麻木、感觉迟钝等表现,预防下肢血栓形成的可能。本组无下肢静脉栓塞病例发生。

紫杉醇配合应用阿霉素,其严重的变态反应和心脏毒性也应引起临床医护人员的高度重视。用药前严格执行医嘱,认真按药物说明书要求做好预防,加强用药期间的监测,重视患者的主诉,及时发现异常状况,是保证治疗顺利进行的关键。

患者的康复有赖于有效的治疗和精心的护理。因此,护士对开展每一项治疗必须熟练掌握相关的并发症、注意事项及不良反应,重视心理护理,消除患者对治疗的恐惧感,使患者更好地配合治疗。采取有效的预防措施及恰当的护理,帮助患者顺利康复。

#### 参 考 文 献

- [1] 李树玲主编. 乳腺肿瘤学[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2000. 3-4.
- [2] 汤钊猷主编. 现代肿瘤学[M]. 第2版. 上海: 上海医科大学出版社, 2000. 502-511.

- [3] 陆 骏,李益民,孙红娟.应用医院应量表指导护理措施的制定[J].中华护理杂志,2001,36(12):885-887.
- [4] 李天晓,樊青霞,王瑞林主编.恶性肿瘤介入治疗学[M].郑州:河南医科大学出版社,2000.191-192.
- [5] 王福歆,杨淑霞,杜春英.阿霉素心脏毒性多因素分析[J].心血管康复医学杂志,1999,8(2):45-47.
- [6] 王 洋,谭 玲.紫杉醇的不良反应[J].中国全科医学杂志,1999,10(5):372-373.
- [7] 张风真,黄 爱,连向群.妇科恶性肿瘤介入治疗的护理[J].现代肿瘤医学,2005,6(13):879.

(收稿日期:2007-11-11 修回日期:2007-12-30)

## 小儿电子耳蜗植入术的手术配合体会

温秀芬

(广西医科大学第一附属医院手术室,南宁市 530021)

【关键词】 小儿;电子耳蜗;植入

【中图分类号】 R 726 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-6575(2008)01-0072-02

人工电子耳蜗是近年迅速发展起来的一项聋人康复新技术,其基本原理是用微弱脉冲电流直接兴奋聋人耳蜗内的听神经,使聋人恢复听觉。人工电子耳蜗可以在某种程度上使全聋患者实现语言的理解能力,特别是对全聋儿童,若在早期植入这种装置,会有比较好的效果。一般认为植入年龄越小,手术后的语言训练效果越好,故应尽早手术<sup>[1]</sup>。我院2003年5月至2006年12月为14例患儿施行电子耳蜗植入术,术后开机调试,效果满意。现将手术配合要点报告如下。

### 1 临床资料

本组患儿14例,其中男性6例,女性8例,年龄3.5~9岁,语前聋13例,语后聋1例,经CT和MRI检查6例内耳结构正常,1例双内耳畸形。经听力学检查确诊为双耳重度感音性耳聋,拟施行人工电子耳蜗植入手术。

### 2 术前准备

2.1 术前访视患儿 巡回护士术前1d探视患儿,与患儿及其家属进行沟通,取得患儿及家属的信赖,使其以良好的心理状态接受手术。

2.2 物品准备 ①常规准备中耳手术常规器械包。②特殊物品准备:10 mL注射器1付,5号长针头1个,输液管1套,头皮针1枚,明胶海绵2片,骨蜡1块,4-0可吸收线1根,自粘性绷带1卷,电刀或双极电凝、耳科电钻及电钻的手柄、钻头各、套,内耳显微手术器械1套,双关节乳突拉钩1个,气管拉钩1个,鼻中隔剥离子1个,耳蜗模板1个,0.1%肾上腺素6滴,四环素眼膏,眼保护膜,耳科手术显微镜,无菌显微镜套。

### 3 术中配合

3.1 患儿入室后,迅速建立静脉通路,注意保温,室内温度调至25℃左右,行气管内插管后为患儿留置尿管,将双眼涂上四环素眼膏,贴好眼膜,取仰卧头侧位,将患儿头偏向左侧置于马蹄型软垫上,右耳向上,外耳道用无菌棉球填塞,防止消毒

液流入。协助手术医生调试手术显微镜。电凝器、耳电钻按手术要求准备在合理的功能位置上。巡回护士协助器械护士套好无菌显微镜套。

3.2 常规术野皮肤消毒铺巾,用0.9%生理盐水20 mL加0.1%盐酸肾上腺素6滴,行右耳后皮下骨膜前浸润注射,距耳后沟3.5~4 cm处作弧形切口,切开皮肤皮下组织,用双极电凝止血。递鼻中隔剥离离子将颞筋膜-骨膜层向前掀起,暴露骨性外耳道后、上壁和乳突部骨皮质。用双关节乳突拉钩暴露术野。

3.3 切开乳突,开放面隐窝,接好电钻,在显微镜下用切割钻开放乳突腔,按术者要求更换不同直径的钻头、吸引器头,一般钻头选择由大到小,先用切割钻后用金刚钻开放面隐窝,若有渗血可用骨蜡止血。使用电磨钻时,为了降温 and 防止骨粉飞扬,用生理盐水连接输液管和头皮针持续冲洗术野。

3.4 安放接收器和电极:磨制植入体骨床递模板(不同种类的人体模板不同),在模板定位下用电钻于颞鳞部和乳突部磨出一与植入体形状、大小相同的骨槽,递1 mm金刚钻行耳蜗开窗;将接收装置放入槽内,丝线固定接收器的线盒;递无损伤显微镊和显微叉予术者,将电极经面神经隐窝由窗前小孔慢慢地插入鼓阶内,用筋膜填塞,以免术后发生外淋巴瘘。将参考电极置入颞肌深面。

3.5 备丝线间断缝合骨膜封闭乳突腔。4-0可吸收线皮内缝合耳后皮肤切口,术后用外敷料及自粘性绷带加压包扎。

### 4 护理配合要点

4.1 心理护理 患儿在术前由于病理缺陷、环境改变和出于对手术的恐惧心理,常出现胆怯害羞、执拗或过分放纵,甚至有拒绝反应和硬性反抗等行为。因此巡回护士于术前应探视患儿,与其建立友好信任的关系,消除陌生感,减轻其对手术的恐惧心理。聋童是通过触觉、视觉来感知世界,应充分利用视觉、触觉等各种感官信息消除患儿的陌生感。在整个感知过程中,医务人员的情绪、动作可以对聋童的情绪造成直接影响。医务人员在家属的帮助下通过简单手语与患儿进行交