

肿瘤护理知识：老年腹主动脉瘤围手术期的护理 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/265/2021_2022__E8_82_BF_E7_98_A4_E6_8A_A4_E7_c67_265079.htm 手术是目前治疗嗜铬细胞瘤唯一有效的方法，但危险性大。为此，提高围手术期的治疗与护理技术对提高手术成功率、减少并发症和死亡率极为重要。

1 术前准备 搞好术前准备是手术成功的关键，90%的嗜铬细胞瘤是良性肿瘤，手术效果好，但风险大。有人报告，明确诊断的患者手术死亡率达25%。近年来，随着围手术期治疗和护理仪器的使用及技术的不断改进，使手术死亡率降至10%~5%，但未做术前准备者手术死亡率则高达50%，可见术前准备的重要性。本组病例除加强改善全身一般情况外，特别强调做好以下三个方面的准备。

1.1 心理护理：嗜铬细胞瘤患者术前的心理状态与其他疾病术前的心态并不完全相同，除了手术给患者带来不同程度的恐惧、忧虑之外，由于瘤体分泌大量的肾上腺素和去甲肾上腺素，使患者的情绪一直处于高度紧张状态，所以轻微刺激即可导致血压升高。本组13例患者术前均有不同程度的恐惧、精神紧张和情绪不稳定，部分患者甚至晚上整夜不能入睡，血压随情绪波动较大。我们根据患者的心理状态制定了四点护理措施，借鉴“宾馆式”服务方式，护士的语言、行为、仪表让患者满意。增加患者对疾病的了解。这需要我们将所学的知识向患者反复耐心地讲解，使患者对疾病有充分了解和明白手术治疗的必要性，并简要介绍手术方法，打消患者的顾虑，稳定患者的情绪。保持病房安静、整洁，为患者创造一个舒适的周围环境，禁止患者看各种带有刺激性的书刊，

并嘱其家属积极配合。适当给予镇静治疗，主要是针对晚上不能入睡的患者，睡前口服安定5mg。这些护理措施，较好的消除了患者紧张、恐惧的心理，患者调整了心理状态，并积极配合治疗。

1.2 降压扩容：

由于瘤体分泌大量的儿茶酚胺，血管处于收缩状态使血压升高而血容量不足，因此要充分认识嗜铬细胞瘤这种低血容量性高血压的病理生理特点。在80年代以前，由于对嗜铬细胞瘤所致的低血容量性高血压病理生理特点认识不足，术前没有充分地扩容（即补充血容量），导致嗜铬细胞瘤摘除后，因儿茶酚胺的周围效应被解除，血管扩张、血压下降，术后出现低血容量性休克。所以术后扩容升压就成了治疗的重点。90年代以来，通过改进对围手术期的治疗和护理，术前在降压的同时充分补充血容量，使患者在术中及术后血压都较平稳。因此，术前的降压、扩容是治疗的重点。常用的药物为苯苄胺，其优点是作用维持24~48h，阻滞 α_1 受体作用比 α_2 受体强100倍，控制血压效果好，口服用药十分方便，一般从30mg/d开始，根据血压情况逐渐加量，本组用药量60~120mg/d方能奏效。由于苯苄胺是非选择性 α 受体阻滞剂，常可使 α_2 受体失去拮抗，诱发心律失常，所以在用药期间严密观察血压、心率改变，发现异常及时报告医师进行处理。用该药期间嘱患者不可在无人照顾的情况下随意下床活动，以免发生直立性低血压。对单用 α 受体阻滞剂效果不理想的患者，则加用钙通道阻滞剂，如心痛定、异搏定等。目前认为，钙通道阻滞剂不仅可阻止嗜铬细胞及交感神经释放出NE（去甲肾上腺素），减低儿茶酚胺及体内其它血管收缩物质的升压作用，还可防止冠状动脉收缩，心肌坏死，心室纤颤。扩容是术前准备的一项十分

重要的措施。嗜铬细胞瘤分泌过量儿茶酚胺使外周血管强烈收缩，血管床容积减少，血容量绝对不足。切除肿瘤后儿茶酚胺减少，血管床开放，血容量不足就成为主要矛盾。术前在控制血压的前提下预先补充一定的血容量可使术中血压下降缓慢。术后血压恢复快而稳定。我院常规在术前一日输血400ml，低分子右旋糖酐500ml，平衡液1000ml.

1.3 纠正心律失常：

患者长期受儿茶酚胺的作用，使心血管系统耗损很重，常合并心律失常。本组13例患者均合并有心律失常。纠正心律失常最常用的药物是心得安，在使用心得安时要遵循两个原则：不做常规使用。在使用苯苄胺后若心律低于90次/min，则无需加用心得安。必须在使用受体阻滞剂的基础上加用，且不可先用，否则因受体作用失去拮抗，可诱发高血压危象，充血性心力衰竭，患者可死于肺水肿。另外，术前禁用阿托品，以免诱发心动过速，对情绪不稳定者术前可加用安定或度冷丁50mg与非那根25mg肌注效果较好。

2 「术后护理」

患者回病房后取平卧位，设专人病房，24h专人监护，尽量减少体位搬动，严密观察生命体征。护理中我们采用多参数心电监护仪进行24h心电监护，监控血压、脉搏，保证静脉通畅，记录24h出入量，注意口腔和皮肤的护理。此外，还须做好以下护理。

2.1 血压监测：

据报道，[2]嗜铬细胞瘤手术后仍有20%的患者存在高血压。分析可能原因：体内多发性肿瘤未切除干净。肿瘤恶性变有转移灶。长期高血压造成肾血管病变产生肾性高血压。肾上腺髓质增生。对术后高血压患者，常规在术后两周复查血和尿中儿茶酚胺含量，判别高血压是否有儿茶酚胺依赖性。

2.2 肾上腺危象的观察与处理：

对双侧肾上腺嗜铬细胞瘤摘除术后，

肾上腺皮质可能有不同程度的缺血，损伤导致肾上腺功能不足而发生肾上腺皮质危象。患者术后24h常表现为血压下降、四肢酸痛、腹痛，甚至嗜睡。本组有2例患者在术后24h出现类似情况，经给予氢化考的松200mg静滴1/d，2d后症状消失，以后改用强的松30mg/d，连用一周。由于及时地观察发现和处理，有效地防止了本病的发生。

2.3 低血容量休克的护理

：嗜铬细胞瘤切除后，血循环中儿茶酚胺急剧下降，使长期处于收缩状态的周围血管开放，术前虽然进行了扩容治疗，但术后一部分患者有效循环血容量仍呈现出不足。本组有4例瘤体切除术后呈现出血压不同程度的下降、少尿，均经输血、输液及对症处理后得到纠正。我们在护理中做到：保持2条静脉管道通畅，一条用微量泵调整药液达到控制血压的目的，另一条用来补充血容量监测循环功能。严格监测中心静脉压（CVP），根据CVP来调整输液的速度和量。准确记录24h尿量，为医师提供补液量作参考。注意水电解质紊乱，按医嘱检测各项生化指标。

2.4 观察低血糖情况

：肿瘤切除后，原来受抑制的胰岛素大量释放，可引起低血糖。临床上患者除有头晕、心悸、全身乏力等低血糖症状外，还表现出持续性低血压。而低血糖所致的低血压，对药物及血容量的补充均不敏感。本组有1例全麻术后16h仍不清醒，血压为8.6/5.3kPa，经扩容和升压药治疗后血压无明显升高，后经查血糖为2.1mmol/L，考虑为术后低血糖，经给予高渗糖治疗，患者很快清醒，血压逐渐恢复正常，故对全麻术后久不清醒的患者，更应注意低血糖的可能。手术摘除嗜铬细胞瘤虽然危险性较大，但只要我们充分地做好对围手术期的治疗、观察与护理，就能提高手术成功率，降低手术死亡率。术前

的治疗和护理是手术摘除嗜铬细胞瘤成功的关键，所以我们认为术前的充分准备更为重要。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com