

2010年肿瘤护理：肝癌晚期护理护士资格考试 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/3/2021_2022_2010_E5_B9_B4_E8_82_BF_c21_3096.htm

原发性肝癌是我国和亚洲地区的常见病，不少肝癌在发现时已属中晚期或者并发其他疾病（如肝硬变），以致不适于手术治疗。经导管介入肝动脉灌注化疗栓塞治疗中晚期肝癌能有效地控制癌体生长，成为中晚期不能手术切除的肝癌常用方法，而且对原发性肝癌及转移性肝癌都有效。我们自2000年1月～2006年7月对500例中晚期肝癌实施介入治疗的患者进行临床观察并加强护理，现将护理要点介绍如下。来源：考试大

1术前护理

1.1基础护理

病人术前须注意营养补充，鼓励病人摄入易消化的高营养、高维生素、低脂肪饮食，保证充足的睡眠。术前手术野备皮，碘过敏试验，术前4h禁食。完善各项术前检查。患者入院后由责任护士负责，为使介入治疗能安全顺利进行，减少毒副作用，责任护士必须掌握治疗前患者的有关资料，如患者的病情及心理状态；疾病的发展经过及治疗情况；患者对目前治疗计划的认识等。同时，对患者的身体状况应作出评价，包括营养状况、体格检查及实验室检查等。对身体状况差，如极度消瘦、贫血、血小板及白细胞低于正常值者，应先加强支持疗法，待身体状况好转后再行此治疗。

1.2术前护理

（1）知识教育：向患者及家属提供有关疾病治疗、康复知识及专业护理指导，根据有关护理问题，指导患者进行自我护理，帮助建立有效的知识体系，掌握自我护理技巧。

（2）健康教育：晚期肺癌患者多有不同程度的心理障碍，对介入治疗缺乏信心，表现有疑虑、恐惧、紧张等心理。责任护士必须

耐心细致地做好心理疏导和解释工作，详细说明介入治疗的基本治疗原理和过程，关心体贴患者并及时为其解除痛苦，使患者以最佳状态接受治疗。并向患者及家属说明术后卧床及术肢制动的重要性和必要性，训练患者在床上排尿、排便的方法。

(3) 术前常规准备：术前应常规检查肝、肾功能、血常规及凝血酶原时间，术前6h禁食水，嘱患者洗净穿刺部位的皮肤，做好双侧腹股沟区备皮。按医嘱做碘及青霉素、普鲁卡因过敏试验。

white>来源:百考试题网

1.3心理护理

介入治疗病人多数表现烦躁、恐惧、焦虑、悲观等，对治疗持怀疑态度，或对治疗期望值过高，若手术前健康教育、心理护理不到位，会严重影响治疗效果。而且大多数肝癌病人并不知道自己的病情，因此医护人员要多与病人及家属进行沟通，了解病人对疾病的认识及病人的心理反应，有的放矢地进行心理护理，因人施教制定有效的健康教育计划。对于心理健全、开朗乐观、对疾病知情的病人，护士多给予鼓励，耐心细致地讲解介入治疗的过程、可能出现的副反应及处理原则，增加病人战胜疾病的信心，提高患者的自我防护能力。对心理脆弱、对本病不知情的病人，护士在与其交流沟通中应谨慎、委婉、乐观，调动病人的积极性，传达给病人一种积极向上的精神状态，提高病人的心理防御能力，同时多与家属进行交流沟通，取得家属的配合，建立共同参与型的护患关系，从而提高治疗效果。

2术中护理

介入治疗过程中，护士除做好病人心理护理外，还应严密观察注入药物情况，注意观察栓塞剂运行情况，切忌栓塞剂返流入非靶血管；严密观察病人生命体征的变化，如有烦躁不安、寒战发冷、发绀等症状应立即加大给氧流量和浓度，并做好急救准备；

随时观察有无咳痰及痰性分泌物情况，及时给予处理。3术后护理

3.1 穿刺部位的护理

病人绝对卧床休息24h，穿刺部位加压盐袋6h，避免因用沙袋尘土漏出引起伤口感染，嘱病人术侧肢体伸直制动8h.严密观察术侧肢体皮肤温度、足背动脉搏动及皮肤颜色，观察穿刺点皮肤有无淤血、血肿，敷料有无污染、盐袋有无移位，异常时及时处理。

术后护理：

- (1) 穿刺局部的护理：介入治疗最常见的并发症是穿刺局部血肿，故术后穿刺点压迫15min后用一卷绷带压迫穿刺点，行绷带加压包扎，术侧肢体于伸直位制动8h，患者卧床12h.密切观察穿刺部位有无渗血及皮下瘀血，如有渗血，应及时更换敷料，保持穿刺点干燥，预防感染。
- (2) 严密观察患者生命体征的变化：术后应注意患者的体温、脉搏、血压和肢体颜色的变化，尤其是术侧足背动脉搏动情况及末梢血运、皮肤温度。
- (3) 水化护理：由于局部灌注大剂量的抗癌药物，毒副反应较明显，水化治疗尤为重要，术后3天内行静脉输液每日2500~3000ml，根据患者情况调整滴速，60~80滴/min，如老年或心肾功能不全者酌减。鼓励患者多饮水，每日饮水不少于2500ml，排尿要求3000ml以上，以便药物毒素能通过肾脏尽快排出。
- (4) 体温的监测：密切观察体温的变化，根据病情给予及时的物理降温，必要时采用药物降温。出汗多时及时给患者更换床单、被单、衣裤，做好口腔和皮肤护理。
- (5) 胃肠道反应的护理：术后应禁食4~6h，由于化疗药物的不良反应，可引起恶心、呕吐症状。护理上做好解释工作，给予胃复安、枢丹注射，使胃肠道反应有所减轻。饮食宜清淡，少量多餐，加强口腔护理，减少不良刺激，促进毒素排泄。
- (6) 疼痛的护理：介入治疗2~3

来源：考试大

天内，因肿瘤组织坏死可引起肿瘤区疼痛。护士在加强病情观察的同时，要做好患者的安慰工作。对于疼痛不能耐受时，密切观察疼痛的部位、性质、程度，以便和其他并发症引起的疼痛区分开来，必要时按医嘱使用止痛药。

3.2 并发症的观察护理

栓塞后综合征是栓塞治疗后常见的并发症，主要表现为发热、腹痛、恶心、呕吐和麻痹性肠郁胀。护士应密切观察病人生命体征变化，每30min巡视病房1次，每4h测体温1次。栓塞治疗后发热通常不超过38.5℃，1周内可逐渐恢复正常，如果体温过高，及时给予酒精擦浴、冰敷，必要时给予药物降温，并注意保暖，防止受凉，及时补充水分，以免降温过度发生虚脱。为防止感染可于术前、术后使用抗生素。右上腹疼痛剧烈时，应用镇痛剂。密切注意有无呼吸困难、咳痰、发绀、呼吸频率、心率、心律变化，异常时及时处理。

来源：www.100test.com

4 讨论

介入治疗技术是一种安全有效的治疗技术，通过对500例肝癌介入治疗患者实施整体护理。表明了系统的术前教育和详细、具体的术前指导和术后有效的护理，能够减轻患者焦虑，使患者安全接受治疗，顺利渡过介入化疗药物的反应期，减轻痛苦，提高患者的生活质量，达到预期治疗的有力保证。是保证手术成功，减少并发症发生的关键。鼓励病人建立自信，保持乐观开朗的心态，增强战胜癌症的主观能动性，同时合理膳食、增强营养，适当进行体育锻炼，增强机体抗病能力。按时服药，定期到医院复诊。目前来说，可能任何药物都没有用途能够挽救。中药可能也就是心理作用因为HCC大部分生成在硬化的结节中（nodules），很多时候发现的时候都已经在双叶肝脏上。基于HCC生长在肝脏中，肝脏对于毒性比化学性物质敏感，

加上它常常会侵犯门脉，这些都造成化疗对它无从下手，效益不高的因素。目前的目标不仅单纯是要延长生命，而是要在最后的时间内让您奶奶生命质量保持，尽最大努力减轻痛苦。这些包括肝脏穿刺酒精注射到癌症内，拴塞化疗（因为人们发现它的弱点因为它是脉管瘤需要脉管提供生存条件），还有快速冷冻或电频热杀死癌细胞，如果能早一点使用维他命K和另外的物质可以拖延门栓塞的形成（日本发明），日本还发现甲酸类药物（维他命A的一种）可能服用有效益，雌性激素抑制剂（男性的没有什么效果）在荷尔蒙疗法试药上也有部分人获益，另外质子辐照，动脉辐照等可以减低疼痛。而这些治疗如果有效益黄疸或腹水应该有好转。更多信息请访问：[#0000ff>百考试题护士网校#333333> 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