

# 肿瘤介入治疗术后不同卧床时间及制动方法的效果观察

孙云富 常红霞 王臻

肿瘤介入治疗是在医学影像设备导向下,利用穿刺针、导丝和导管,经皮穿刺插管,将导管超选择性插入瘤体供血大动脉内,经导管注入化疗药物和/或栓塞剂,使肿瘤细胞坏死,肿瘤缩小或消失的治疗方法<sup>[1]</sup>。近年来,肝、肺肿瘤发病率呈上升趋势。采用介入治疗的患者数量不断增多,介入治疗术的应用,使肿瘤患者的生存期明显延长<sup>[2]</sup>。术后为避免穿刺部位出血,常规砂袋压迫 8 h,绝对卧床 24 h,患肢制动 12 h。肿瘤患者行介入治疗大都已进入肿瘤中、晚期,长时间卧床和患肢制动,使患者身心都经历巨大痛苦,也给社会和家庭带来了负担。部分患者术后出现腰背部酸痛,周身不适,尿潴留等症状,为把患者痛苦减小到最低程度,根据罗莎莉等介入治疗术后卧床制动时间的临床研究<sup>[2]</sup>结果,我们试行将患者术后卧床时间由 24 h 改为 12 h,同时改变患肢制动方式,收到良好效果,现报道如下。

## 资料与方法

1. 一般资料。收集 2003 年 3 月 - 2004 年 12 月住院行肿瘤介入治疗患者 109 例,其中男 79 例,女 30 例,年龄 43~76 岁,平均年龄(59.23±8.71)岁。其中肺癌 41 例,肝癌 68 例。术前患者血常规、出凝血时间、心电图正常,有良好的生活自理能力。按入院顺序随机分为观察组 55 例,对照组 54 例。2 组患者性别、年龄、病种、病变程度差异无显著性( $P > 0.05$ ) (表 1)。

表 1 2 组患者一般情况比较 例

组别	例数	性别		年龄(岁) ( $\bar{x} \pm s$ )	病种			病变程度		
		男	女		肝癌	肺癌	早	中	晚	
观察组	55	42	13	59.23±8.71	44	11	11	29	15	
对照组	54	37	17	57.91±9.14	45	9	10	31	13	

2. 卧床时间及制动方法。观察组:肿瘤介入治疗术后用砂袋压迫股动脉穿刺处 4~6 h,6 h 后患肢小腿可以自由屈伸或取健侧卧位,12 h 后可下床自由活动。对照组:肿瘤介入治疗术后按常规砂袋压迫股动脉穿刺处 8 h,穿刺侧肢体平伸,制动 12 h,静卧 24 h。

3. 并发症评价标准。(1)腰背疼痛。感觉持续性腰背部疼痛,术后 24h 下床活动后疼痛随即消失。(2)周身不适。

除腰背部不适外,感觉全身都不舒服,术后 24 h 下床活动后全身不适症状消失。(3)局部血肿。术后股动脉穿刺处局部皮肤呈青紫色,有硬块,直径  $\geq 2 \text{ cm} \times 2 \text{ cm}$ ,有压痛。(4)尿潴留。不能自行排尿,膀胱过度充盈。

## 结 果

2 组术后 24 h 腰背疼痛、周身不适、局部血肿、尿潴留等并发症发生率的差异比较,经统计学检验均有显著性, $P < 0.01$ , $P < 0.05$ ,观察组并发症发生例数明显少于对照组(表 2)。

表 2 2 组并发症发生情况 例

组别	例数	腰背疼痛	周身不适	局部血肿	尿潴留
观察组	55	5	8	0	1
对照组	54	15	19	6	7
$\chi^2$ 值		3.86	6.23	4.51	4.98
$P$		$< 0.05$	$< 0.05$	$< 0.01$	$< 0.01$

## 讨 论

1. 卧床 12 h 局部血肿无增加倾向。肿瘤介入治疗在导管自股动脉插入后,常规给予肝素 2 000 U,用以预防血栓形成。根据肝素药理作用,肝素抗凝作用强大,显效迅速,半衰期 1~2 h,用药数分钟后血液凝固时间、凝血酶时间、凝血酶原时间一般持续 3~4 h<sup>[3]</sup>。术后 6 h 患者凝血系统已恢复正常。恶性肿瘤患者本身易出现继发性血液高凝状态<sup>[4]</sup>,在进行介入治疗期间通常需要多种化疗药物联合应用和营养支持疗法。由于高营养物质是由糖、脂肪、氨基酸等组成,其分子量大,易粘附在血管壁<sup>[5]</sup>,促进穿刺处血管壁愈合,宋润露等<sup>[6]</sup>认为,经股动脉穿刺行介入治疗患者,术后常规加压包扎,砂袋压迫穿刺点 3 h,术侧下肢伸直 6 h 后可自由卧位,12 h 后可下床活动。国外报道介入治疗术后也只需卧床并制动术侧肢体 6 h 即可进行床上活动<sup>[7]</sup>。因此术后 6 h 适当变换体位不会引起出血,12 h 后下床活动亦很安全。对照组发生 6 例局部血肿,与患者在心理上认为绝对卧床 24 h,目标达不到而在术后 4 h 前过早肢体活动有关。

2. 减轻腰背疼痛、周身不适。肿瘤患者行介入治疗大都已进入中、晚期,长时间卧床和患肢制动,患者处于一种强迫体位,精神高度紧张,思想压力大,惟恐会出血,极易导致腰

背疼痛、周身不适和生活自理缺陷,加之肿瘤患者消瘦体质较多,肿瘤部位疼痛尤其是肝癌患者,一般都有肝区持续性鼓胀感及疼痛、恶心呕吐等症状,如果术后让患者采取强迫体位,会增加这种不适感,使患者感觉痛苦。因此,患者表示,治疗过程并不痛苦,但术后 24 h 的卧床制动实在难以忍受。缩短卧床时间、改变制动方式可缓解患者紧张情绪,减轻患者腰背疼痛、周身不适。

3. 减少尿潴留发生。肿瘤介入治疗股动脉插管时采取局部麻醉,不会影响排尿反射中枢。介入术后出现尿潴留是不习惯在床上平卧位排尿或精神高度紧张所致。早期下床活动对增加术后排尿,减少术后尿潴留的发生,提高患者术后自理能力和增加舒适感具有重要意义。

值得注意的是:肿瘤介入治疗术后返回病房,护士要向医生询问拔管情况,了解患者凝血功能是否正常,测血压 1 次/h, 4 次正常后停测。上述指标均正常,6 h 后患肢可以左右轻微旋转,小腿以下自动放松,自由屈伸,6~12 h 可以取

健侧卧位,12 h 后可以下床自由活动。

## 参 考 文 献

- 1 吴惠恩. 介入性治疗学. 北京:人民卫生出版社,1998. 276.
- 2 罗莎莉,刘继红,孔金艳,等. 肝动脉化疗栓塞术后卧床制动时间的临床研究. 实用护理杂志,2003,19(2):4-5.
- 3 金有豫. 药理学. 北京:光明日报出版社,1990. 132.
- 4 冯周琴. 实用血栓病学. 郑州:河南科学技术出版社,1995. 52.
- 5 赵李克,江萍,宋小敏. 颈内静脉置管阻塞的影响因素分析. 实用护理杂志,2002,18(3):44.
- 6 宋润露. 冠心病介入诊疗术后卧位与并发症的关系. 护士进修杂志,2002,17(7):546.
- 7 Fowio B, Pricep, Fung. Ambulation after sheath removal: a comparison of 6 and 8 hours of heaviest after sheath removal in patients following a PTCA procedure. Heart Lung, 1995, 24(1): 28-37.

(收稿日期:2005 06 24)

(本文编辑:李惠敏)

## • 革新与发明 •

### 头孢菌素皮试液配制方法的改进

侯秀欣

头孢菌素皮试液的浓度一般为 0.5 mg/ml,传统的配制方法比较繁琐、费时,皮试液浓度的准确性也不易掌握。为提高其配制的准确性及简化配制步骤,提高护士工作效率,减轻工作强度,进行如下改进(以每瓶头孢菌素 1 g 为例)。

材料与方 法 (1) 材料。1 g 头孢菌素粉剂 1 支,1 ml 注射器 1 支,10 ml 注射器 1 支,0.9% 氯化钠注射液 10 ml 1 支,0.9% 氯化钠注射液 100,250 ml 或 500 ml 各 1 袋。(2) 配制前准备。配制皮试液前与医生沟通,如果头孢菌素皮试阴性,确定头孢菌素加入 0.9% 氯化钠注射液 100,250 ml 还是 500 ml 中静点。(3) 配制方法。常规消毒后,用 10 ml 注射器抽取 0.9% 氯化钠注射液 4 ml 加入 1 g 头孢菌素内使其溶化,此时头孢菌素溶液浓度为 250 mg/ml。如果患者头孢菌素皮试阴性,头孢菌素加入 0.9% 氯化钠注射液 100 ml 中静点,则用 1 ml 注射器抽取上述头孢菌素溶液 0.2 ml 加入 0.9% 氯化钠注射液 100 ml 中,即配制成 0.5 mg/ml 的头孢菌素皮试液。同理,用 1 ml 注射器抽取 0.5 ml 加入 0.9% 氯化钠注射液 250 ml 中或用 1 ml 注射器抽取 1 ml 加入 0.9% 氯化钠注射液 500 ml 中,均可配制成 0.5 mg/ml 的头孢菌素皮试液,与传统的头孢菌素皮试液一致。(4) 剩余药液的处理。患者试敏阴性后,可将剩余的浓度为 250 mg/ml 的头孢菌素加入所配的皮肤液体中,根据医嘱给患者静点。

优点 本配制方法具有方法简便,易于操作,浓度准确,不浪费药液的特点。传统的头孢菌素皮试液配制方法由于用 1 ml 注射器取 0.1 ml 药液,加生理盐水至 1 ml<sup>[1]</sup>,准确性不易掌握,加上 0.1 ml 药液与 0.9% 氯化钠注射液 0.9 ml 需要在 1 ml 注射器内混匀,混匀较困难,以及试敏液需在注射器内配制,因注射器无效死腔的存在,浓度的准确性也受影响。改进后的配制方法试敏液不在注射器内配制,消除了注射器无效死腔对试敏液浓度的干扰。传统的头孢菌素皮试液配制方法存在推掉药液的现象,改进后的配制方法不存在这个问题。传统的配制方法步骤多,污染机会大,而改进后的配制方法比传统方法节省两步操作<sup>[2]</sup>,从而减少了操作时间,提高了工作效率,也减少了操作过程中的污染机会。配制皮试液前与医生沟通,加强医护联系,患者头孢菌素皮试阴性,将剩余的浓度为 250 mg/ml 的头孢菌素加入所配的皮肤液体中,根据医嘱给患者静点,不浪费药液。

## 参 考 文 献

- 1 张淑贞,张振芳. 头孢菌素类药物皮试液的配制方法与应用. 中国实用护理杂志,2004,20(4A):75.
- 2 龚振琴,乔广美,孔德娟. 青霉素皮试液配制方法的改进. 护理学杂志,2005,20(5):36.

(收稿日期:2005 06 09)

(本文编辑:贾燕)