

——排尿——夹管——排尿。逐渐过度到接近正常排尿次数。排尿时护士一定要观察尿液的颜色,若出现血尿应停止憋尿并减慢放尿液的速度。因膀胱的顺应性差,憋尿时间长,排尿过快,使膀胱内压突然下降,造成应急性充血和出血。(2)排尿功能训练。排尿训练与导尿排尿有本质的区别,它是积极主动地恢复和保持生理功能的训练。如抗牵拉训练有助于膀胱肌纤维、结缔组织纤维、表皮细胞之间的相互协调作用。肛提肌对阴道有扩约的作用。具体步骤是:提肌——缩臀——收腹——放松,持续5~10s,10次动作为一组,2~3组/次,2~3次/d,循序渐进。

4.拔管护理。观察无漏尿及血尿等异常情况且患者能自行正常排尿即可拔管。2例患者输尿管导管和留置尿管分别在10,18天和26,14天拔除。均无漏尿发生。除1例患者因脂肪液化行二期缝合拆线用蝶形胶布固定裂开皮肤后其余均正常。拔管前行夹管实验,拔管后多喝水以冲洗尿道防止感染性和心理性尿频。

5.其他护理。绝对保证大便通畅无干结,否则影响伤口

愈合。预防感冒、咳嗽、重体力劳动等增加腹压的活动,术后3个月内禁止性生活<sup>[5]</sup>。

参 考 文 献

- 1 赵小佩,张炯,陈增德.后尿道狭窄开放手术失败原因分析.中华泌尿外科杂志,2000,21:235\_237.
- 2 杨唐俊.肠道和大网膜在泌尿外科手术的应用.见俞天麟,金锡御,主编.手术学全称:泌尿外科卷.北京:人民卫生出版社,1994.574\_575.
- 3 孙祥宙,许成芳.妇产科手术后并发膀胱阴道瘘的诊疗(附20例报告).临床泌尿外科杂志,2004,19(6):352\_354.
- 4 张丽萍,文艳,方丽萍.会阴阴囊岛状皮管一期尿道成形术治疗尿道直肠瘘的护理13例.实用护理杂志,2002,18(12):29\_30.
- 5 郭小叶,白晓静,蒋玉梅,等.膀胱阴道瘘患者围手术期健康教育.护理学杂志,2004,19(2):64.

(收稿日期:2005 05 10)

(本文编辑:吕彤)

# 肝癌合并糖尿病射频术后并发肝脓肿的护理

盛月红

肝癌的射频热凝(RFA)治疗由于其创伤小、恢复快等优点为多数患者所接受。但随着临床上肝癌合并糖尿病患者的不断增多,两病并存,使患者的病情更为复杂,增加了射频治疗的危险性<sup>[1]</sup>。我科1999年10月-2005年3月为50例肝癌合并糖尿病患者行射频热凝治疗,术后并发肝脓肿6例,现报道如下。

临床资料

1.一般资料。1999年10月-2005年3月,我院对50例肝癌合并糖尿病患者进行射频热凝治疗,术后并发肝脓肿6例。均为糖尿病2型患者,其中男5例,女1例,年龄60~82岁,平均年龄69.3岁。肝脓肿发生于术后5d~2周并经B超确诊。糖尿病诊断标准按WHO诊断标准。5例患者入院前已确诊为糖尿病2型,有1~4a病史,1例为入院检查诊断为糖尿病,空腹血糖为8.7~15.7mmol/L。

2.方法。本组患者在采取积极抗炎、控制血糖、保肝等支持治疗的前提下,采用美国Arrow公司提供的可弯曲导管,在B超引导下,避开胸腔和大血管,取脓肿与体表最短距离,经肋间隙或肋缘下进行穿刺置管。接一次性引流袋,每日用甲硝唑反复冲洗脓腔,直至脓腔基本消失、无脓液引出,拔除

引流管。用影像学检查,脓腔消失,脓肿明显缩小,体温正常为治愈标准。

3.结果。本组6例患者经皮肝穿刺置管引流后,有5例患者3~7d后体温明显下降,引流液逐渐转清减少,中毒症状迅速减轻消退,除1例死于严重的全身感染和继发多脏器功能衰竭,其余5例痊愈。

护 理

1.高热的护理。本组肝脓肿患者除表现为高热、血象高、轻中度贫血外,还表现为畏寒、寒战,10~30min后,持续高热达38.0~39.5℃。常于午后发作,1~2次/d。护理措施:(1)可给予小量激素及镇静药,以减轻毒性反应<sup>[2]</sup>;(2)加强高热时护理,首选物理降温,对个别体温下降不明显患者,可采取药物降温;(3)密切观察患者的生命体征,防止因大量出汗、皮肤水分过分蒸发,导致体液过多丢失,造成血容量不足,血压下降;(4)加强皮肤护理,保持皮肤清洁、干燥<sup>[3]</sup>;(5)监测体温,持续高温39℃以上,应考虑送血培养,以便有针对性地使用抗生素。

2.血糖的控制和护理。应用胰岛素积极控制血糖。目前口服降糖药都有不同程度的肝脏损伤,而胰岛素高效低毒,同时又是合成激素,有利于脓肿的消退,应用胰岛素静脉或皮下注射治疗,遵循小剂量开始,个性化调整的原则。(1)

作者单位:200438上海,第二军医大学东方肝胆外科医院

常规短效胰岛素早中晚餐前半小时,中效胰岛素晚睡前半小时皮下注射,同时采用袖珍式快速毛细血管血糖仪进行监测,每日三餐前及睡前进行指尖血糖监测,并依据血糖值及时调整胰岛素剂量,控制血糖在 7~10 mmol/L,尿糖(±~+),真正做到胰岛素用量及时准确,符合个体化的需求,使血糖水平保持稳定状态。(2)血糖不宜降得太低或波动过大,应着重避免低血糖的发生。低血糖反应的症状往往是突然出现,多发生在空腹。因此,要加强对注射胰岛素患者的血糖监测,发现有低血糖反应,应注意区分肝病因素还是胰岛素分泌的问题。本组 1 例患者在治疗中,曾出现心悸、多汗,心率达 130 次/min,血糖 2.3 mmol/L,给予静脉注射 50% 葡萄糖溶液 40~60 ml 后缓解。(3)胰岛素剂量准确。注射必须在用餐前半小时,静脉滴注胰岛素时,注意匀速输入,防止因输液速度影响血糖水平。(4)根据血糖控制情况,制定出最佳饮食方案。对病情重、食欲明显下降,同时注射胰岛素的患者,要按时按量进餐,并结合血糖水平及时调整胰岛素用量。

3. 抗感染的护理。(1)及时引流。肝脓肿时,各种抗生素均不能使体温降至正常及彻底控制病情,只有在脓肿充分引流清除的情况下才能见效。本组患者均采用在 B 超引导下,经皮肝穿刺置管引流。护理:①24 h 内严密观察穿刺部位有无出血及渗液,监测生命体征的变化。②脓液行涂片培养和药敏试验,筛选有效抗生素。③每日用生理盐水或甲硝唑溶液冲洗脓腔,对脓液黏稠、坏死组织较多者,可加用含 α-糜蛋白酶冲洗脓腔。④观察引流脓液的性质、气味和数量。如出现胆汁样液体,提示有胆漏发生;如出现粪臭样气味的引流液,提示有肠漏,应通知医生及时处理。⑤穿刺部位的敷料应每日更换,并保持干燥。⑥保持引流管通畅、牢靠,防止扭曲或脱落<sup>[3]</sup>。⑦定期 B 超监测,注意观察脓肿的变化情况。当引流脓液量 < 10 ml/d 时,即可拔除引流管。(2)合理使用抗生素。抗生素的使用应早期、足量、联合。本组患者穿刺置管后,将抽出的脓液常规送检细菌培养及药敏实验,其中 4 例阳性,均为革兰阴性杆菌,药敏显示对氨基糖甙类、三代头孢菌素、喹诺酮类抗生素敏感。由于多合并厌氧菌感染,所以联合使用甲硝唑治疗。严格按医嘱时间给药,注意观察抗生素的毒副反应及监测血象变化情况。根据患者的症状、体征、影像学变化,决定抗生素的使用时间。其中 1 例患者因严重的败血症,使用泰能后才控制感染。(3)防止二重感染。由于肝癌合并糖尿病的病理和生理特点,在加强全身营养支持、给予有效抗生素治疗的同时,注意防止二重感染<sup>[4]</sup>。每天观察痰液、大小便,查看口腔黏膜及舌苔的变化情况,保持口腔清洁,如发现异常,应及时提醒医生抗真菌治疗。本组 6 例患者采用制霉菌素漱口液预防性漱口,5 例效果良好,1 例发生霉菌感染。

4. 营养支持。本组 6 例患者均给予颈内静脉置管,静脉高营养支持治疗,并给予保肝、白蛋白、血浆等支持治疗<sup>[5]</sup>。护理:(1)加强管道的观察与护理,防止感染、出血等,如发现穿刺部位皮肤红肿胀痛或有脓性分泌物,应及时拔管,并做

细菌培养。(2)营养液配制要保证无菌、新鲜,时间不超过 24 h,注意要匀速输入。(3)根据肝功能情况,间断给予白蛋白或新鲜血浆,以纠正低蛋白血症,改善患者营养状况。(4)准确记录患者 24 h 出入量,做好患者的饮食指导。(5)肠外营养和肠内营养的比例应根据病情和胃肠功能恢复情况进行相应调整,可进食易消化、高热量、高维生素、高蛋白、低脂肪饮食。

5. 并发症的护理。肝脓肿出现并发症使病情加重和复杂,临床易混淆征象。常见并发症为脓肿破裂,向邻近脏器穿破,如胸腔、腹腔,有时还可穿入胃、十二指肠、结肠等器官。治疗中注意观察患者的生命体征和腹部体征及全身反应,嘱患者避免增加腹压,如咳嗽、排便等,不可用力过猛,保护好肝区,避免碰撞,防止因脓肿破溃,导致并发症发生<sup>[5]</sup>。本组 1 例患者因脓肿破溃致结肠胸腔瘘,并发全身感染,造成多脏器功能衰竭而死亡。

6. 心理护理。本组肝癌合并糖尿病术后并发肝脓肿患者,多种疾病并存,病情迁延反复。由于长期采取控制饮食等措施,使患者心理负担重,情绪低落,脾气暴躁。护理:(1)让患者充分了解病情,熟悉疾病的病程和规律,使患者认识到积极配合治疗和护理对战性疾病的重要性。(2)引导患者用积极向上、豁达乐观的态度面对疾病,向患者介绍成功的病例,增强患者战胜疾病的信心、意志和勇气。(3)住院期间,逐步教会患者或家属如何使用和注射胰岛素,以及胰岛素使用时应注意的事项。

## 讨 论

肝癌合并糖尿病均为全身性疾病,二病相互影响,互为因果,使病情更加复杂<sup>[5]</sup>。患者术前多伴有肝硬化、肝功能异常,又因手术、麻醉等应激因素使血糖上升,引起应激性高血糖,机体脂肪分解加速,血液中游离脂肪酸增加,胰岛素作用降低。而高血糖使患者的外周白细胞趋化、吞噬及杀菌能力下降。此外,肝脏接受肝动脉和门静脉双重血液供应,并可通过胆道与肠道相通,患者行射频治疗后,局部胆管损伤,易造成逆行感染。多种因素导致机体感染不易控制,是发生肝脓肿的重要原因。

## 参 考 文 献

- 1 罗运权,杨甲梅,吴孟超.原发性肝癌合并糖尿病的围手术期处理.肝胆外科杂志,1998,6(1):11-12.
- 2 柴惠红,刘国琼.重症急性胰腺炎术后结肠瘘患者的护理.中华护理杂志,2003,38(12):932.
- 3 盛月红,叶志霞,陆翠玉.射频热凝治疗肝癌术后并发症的观察与护理.实用护理杂志,2001,17(11):1-3.
- 4 孟宪强.肝脓肿治疗过程中的观察与护理.吉林医学,2004,25(11):34-35.
- 5 晏建军,严以群,周飞国,等.糖尿病合并肝脓肿的外科诊治.肝胆外科杂志,2002,10(2):96-97.

(收稿日期:2005-06-23)

(本文编辑:吕彤)