

查胃镜同前对比,见病灶增大。活检病理仍提示胃粘膜相关淋巴组织淋巴瘤。患者于 7 月 6 日突发腹痛,呈持续性锐痛,立即在全麻下行:剖腹探查、胃穿孔修补、胃造瘘术。病理提示符合非霍奇金氏淋巴瘤。考虑患者病情进展,欲行局部放疗,因出现胃穿孔,延误治疗,术后机体状况尚未完全恢复,经多方会诊,与 2011 年 8 月 10 日-2011 年 9 月 1 日选用利妥昔单抗 600mg 静脉滴注,一周一次,共四次治疗。9 月 8 日开始给予 R-CHOP 方案化疗一周期。输注前给予苯海拉明 20mg/肌注,半小时后给予利妥昔单抗 100mg + 生理盐水 100ml 由容量泵控制缓慢滴入,开始 1 小时 50mg,随后每 30 分钟增加 50mg,滴入利妥昔单抗 1 小时 30 分钟后患者出现发冷、寒战、气短。立即停止输入,更换生理盐水和输液器,遵医嘱立即给予吸氧。静脉推注地塞米松 10mg,盐酸异丙嗪 25mg 肌肉注射,半小时后病人发冷寒战的症状缓解,监测体温 39.6℃。遵医嘱给予头置冰袋,温水擦浴,后体温逐渐降至正常。患者自诉无不适,安静入睡。

考虑到该患者最佳治疗方案为利妥昔单抗靶向治疗,所以于第二天医生决定再给予治疗一次,具体方法如下:

先给予生理盐水 250ml 滴入。然后地塞米松 10mg 静脉推注,西咪替丁 0.6mg 静脉推注,苯海拉明 20mg 肌肉注射,盐酸异丙嗪 25mg 肌肉注射,半小时后给予生理盐水 250ml + 利妥昔单抗 100mg 由容量泵控制缓慢滴入,每小时 50mg,每半小时后增加 50mg/小时,直至滴完,滴注过程中询问患者自述无不适。

护理措施

1. 用药前向患者及家属做好健康宣教,详细讲

解利妥昔单抗的不良反应及用药时的注意事项,使患者及家属对肿瘤靶向治疗有个大概的了解。评估患者的血管,避免手腕肘窝等关节处。选择粗直弹性好的血管进行穿刺。

2. 确定所需的治疗剂量,现用现配。首次输注前,遵医嘱给予西咪替丁 8mg 静脉推注,苯海拉明 20mg 肌肉注射,地塞米松 10mg 静脉推注。

3. 使用输液泵输注或重力滴注。推荐首次滴入速度为 50mg/h,随后可每 30 分钟增加 50mg/h,最大可达 400mg/h。

4. 加强巡视,按时巡视病房,防止液体渗漏及静脉炎。观察皮肤,加强皮肤护理。根据皮疹分级局部使用外用药物。

讨 论

利妥昔单抗所致的过敏反应主要发生在首次输注前 2 小时以内,发生率在 14.3%。如发生过敏反应。应立即停止输入或者暂时减慢输注速度,如病人症状改善则可将输入速度提高一半。最大可达到 400mg 每小时。瓶装制剂应保存于 2-8℃,未稀释的药瓶应避光,配置好的液体,室温可存放 12 小时,如配置好的液体不能立即使用,在未受室温影响其稳定性时,将其存放于冰箱中 2-8℃,可保存 24 小时。由于靶向药物价格昂贵,临床使用经验较少,因此,在用药前护士应认真学习,熟练掌握药物的作用、用法、不良反应及作用机理,做好患者心理护理。在用药过程中,应密切观察患者用药后各种不良反应,运用已有的经验和知识,解决存在的护理问题。用药后,应及时总结护理经验,以更好的指导今后的工作。

干扰素治疗慢性乙型肝炎的护理体会

尚软香

【摘要】目的 探讨干扰素治疗慢性乙型肝炎的临床护理方法。方法 回顾性分析干扰素治疗慢性乙型肝炎患者 73 例的护理资料,总结临床体会。结果 经过近 6 个月的治疗和护理指导,有 70 例患者完成了随访,所以患者精神状态良好,情绪稳定,能配合医生的治疗,并按时复查,依从性较好,未出现严重不良反应事件。结论 慢性乙型肝炎患者经干扰素等治疗配合护理人员一般护理、心理护理、用药护理、不良反应护理等综合护理,可改善患者的依从性,提高临床疗效,减轻不良反应。

【关键词】慢性乙型肝炎;干扰素;护理

作者单位:454350 河南省焦作市修武县人民医院

乙型病毒性肝炎是由乙肝病毒(HBV)引起的、以肝脏炎性病变为主并可引起多器官损害,是感染科最常见,危害最严重的一种疾病之一。本病广泛流行于世界各国,目前中国人口中约有十分之一是乙肝病毒携带者,多数无症状,其中 1/3 出现肝损害的临床表现。其起病多缓慢,以亚临床型及慢性型较常见,部分转为肝硬化和肝癌。慢性肝炎病程常超过半年,可隐匿发病,反复发作或迁延不愈。目前主要采用抗病毒、免疫调节、保肝等治疗,而抗病毒是主要和关键治疗。干扰素(IFN): IFN 是目前最常用的抗病毒药物,其抑制病毒复制具有广谱性、间接性、种属特异性及受性依赖性,但临床应用疗程长、费用昂贵、不良反应多。护理人员通过对干扰素治疗病人的综合护理,可改善患者的依从性,提高临床疗效。本研究中通过对干扰素治疗慢性乙型肝炎患者 73 例的护理资料,总结临床体会如下。

对象和方法

1. 对象: 2005 年 5 月~2011 年 3 月我院共收治慢性乙型肝炎患者 73 例,其诊断均符合 2004 年全国病毒性肝炎会修订的 CHB 诊断标准,其中男 46 例,女 25 例;年龄 21~52 岁,平均 36.2 岁;病程 6 个月~5 年,平均 2.9 年。所有患者血清学指标 HBeAg 阳性,HBV-DNA $> 1 \times 10^3$ Copies/ml,血清 ALT 异常。

2. 治疗方法: 给予干扰素(α -1b 或 α -2b),每次剂量 300 万 U 或 500 万 U,皮下注射,隔日 1 次,疗程 6 个月。配合保肝、降酶、维生素、营养支持等对症治疗。护理方法: 一般护理、心理护理、用药护理、不良反应护理等综合护理。

结 果

经过近 6 个月的治疗和护理指导,有 70 例患者完成了随访,3 例失访。70 例患者精神状态良好,情绪稳定,能配合医生的治疗,并按时复查,依从性较好。37 例患者 HBV-DNA 转阴,ALT 正常,HBeAg/抗-HBe 血清转换;29 例患者 HBV-DNA 转阴,ALT 正常,HBeAg/抗-HBe 血清未转换;4 例血清学指标无改善甚至恶化。4 例出现恶心、呕吐消化道反应,1 例脱发,2 例关节酸痛,经对症处理后消失,余患者未出现严重不良反应事件。

护理体会

1. 心理护理: 因患者及家属对乙型肝炎知识不了解,不熟悉传播途径,家人歧视患者,害怕患者传

染;加上乙肝治疗时间较长,用药较多,费用昂贵,不良反应多,患者往往对治疗失去耐性,没有信心,悲观消极,甚至抑郁。护理人员应加强日常的查房,趁此机会与患者多交流,及时发现其存在的心理问题,诱导宣泄、细心聆听,充分尊重其隐私情况。对患者和家属进行乙型肝炎相关知识的普及和教育,使其了解乙肝的发病情况、症状、传染途径、预防方法、治疗方法及预后等。及时告知患者检查和治疗相关情况,使其对治疗过程有所了解,对其提问及时解答,使其消除悲观消极心理^[1],树立战胜疾病的信心,更好的配合治疗。

2. 一般护理嘱病人注意休息,传染期患者注意血液及消化道隔离,注意口腔和皮肤护理及日常清洁,做好室内消毒。日常饮食宜高热量、高蛋白、高维生素、清淡易消化,减少刺激性食物摄入,以防消化道出血^[2]。

3. 用药护理入院后协助患者完成血、尿、便等常规检查及乙肝特异性检查。严格掌握干扰素的治疗适应症、禁忌症,用药前详细查看患者的病情、实验室检查、药物过敏及病史等情况。患者决定采用干扰素抗病毒治疗后应告知患者及家属该药可能出现的不良反应及防范措施^[3]。针对患者注射次数多、密度大,注射部位应经常进行更换,交替使用臀部、上臂、股外侧等部位肌肉进行注射^[4],采取垂直皮下进针,以预防和减少局部反应的发生。注射后严密观察病人的反应,做好抢救准备。

4. 不良反应

(1) 发热患者注射后常出现发热、寒战等类流感样症状,一般 24h 内多数会自然消退。护理人员应注意观察体温及症状变化,对出汗较多的患者及时补充水分,注意保暖,卧床休息。对于高热不退的患者,及时给予降温处理,可先给予物理降温,必要时服用阿司匹林等解热镇痛药^[5]。

(2) 肌肉关节酸痛患者用药后发生肌肉关节酸痛,护理人员应耐心向患者解释是药物常见反应,持续时间一般较为短暂,约用药 1 周可恢复正常。疼痛重者可给予止痛处理^[6]。

(3) 骨髓抑制干扰素对骨髓有抑制作用,用药后常随即发生,主要表现为白细胞减少,中性粒细胞减少,从而导致机体免疫力降低,容易引起感染。护理人员应注意监测血常规变化,告知患者白细胞轻微降低时不要慌张,停止或调整治疗后 24~48h 内骨髓抑制可逆转,白细胞可恢复正常。如白细胞低于 $3.0 \times 10^9/L$ 或中性粒细胞计数小于 $1.5 \times 10^9/L$ 应暂停用药,并给予粒细胞集落刺激因子治疗,以提高白细胞和中性粒细胞水平。严格执行

无菌操作,注意日常消毒,预防感染。

(4) 消化道反应主要有食欲不振、恶心、呕吐、腹泻腹胀。如症状轻微无需特殊处理,如症状较重,必要时给予补液、营养支持。用药后应密切观察和记录恶心、呕吐、腹泻的次数、量及色,并送检大便常规及隐血^[7]。

(5) 肝功能损害治疗一段时间后,患者可能出现肝功能异常,主要为 ALT 升高,3 周左右恢复正常。应注意监测肝功情况,并向患者解释,注射干扰素后免疫系统被激活,出现短暂谷丙转氨酶增高是促进慢性乙型肝炎自愈的过程,预示着疗效好^[8],以消除其顾虑。当肝功能异常明显,或没有恢复正常,应及时告知医生给予处理。

(6) 脱发部分干扰素治疗的患者治疗一段时间后会脱发,治疗前告知脱发及再生的可能,停药后会恢复正常。

参 考 文 献

- 1 程建秋. 1 例妊娠合并乙型肝炎及情境性心理失调病人的护理[J]. 护理研究, 2005, 19(7): 1409.
- 2 沙马雪梅. 干扰素治疗慢性乙型肝炎的临床观察及护理[J]. 临床合理用药, 2011, 4(7B): 9-10.
- 3 陈丽娟, 张密英, 杜培玉. 干扰素治疗乙型病毒性肝炎致不良反应的预防与护理[J]. 东南国防医药, 2003, 5(1): 55-56.
- 4 王小波. α -2b 干扰素治疗慢性乙型肝炎护理体会[J]. 医药论坛杂志, 2006, 27(1): 85.
- 5 高丹凤, 王岚. 干扰素治疗慢性乙型肝炎的护理进展[J]. 护理学报, 2010, 17(11B): 17-19.
- 6 张红梅, 韩润花, 王丽芳. 干扰素联合胸腺肽治疗慢性乙型肝炎 35 例护理体会[J]. 齐鲁护理杂志, 2007, 13(23): 7-8.
- 7 沈慧卿. 干扰素治疗乙型肝炎副作用观察及护理总结[J]. 实用中医药杂志, 2005, 21(1): 51.
- 8 中华医学会. 第十二次全国病毒性肝炎及肝病学术会议纪要[J]. 中华传染病杂志, 2005, 23(4): 286-287.

下颌骨骨折的术后护理

王玲 路永智

【摘要】 下颌骨的骨折常因交通事故、工伤或暴力所致。往往造成颜面部不同程度的损害。主要表现为颜面部的畸形、咬合紊乱和张口受限,骨折段移位,骨折段的异常动度,下唇麻木等。大多数患者对容貌和功能的恢复存有焦虑,既担心手术危险性又担心手术的成功率。紧张恐惧忧郁的心理往往会拒绝或不配合治疗,尤其是年轻的患者。

【关键词】 下颌骨; 骨折; 术后; 护理

临床资料

1. 一般资料: 选择 2009 年 1 月至 2011 年 10 月期间在我科治疗的患者 138 例,男性 96 例,女性 42 例,年龄 16-42 岁,平均 35 岁,临床诊断为下颌骨骨折。

2. 治疗方法: 在全麻下行下颌骨骨折切开复位内固定术。

3. 结果: 以上 138 例均行下颌骨骨折切开复位内固定术后恢复骨解剖结构和连续性并在限定的时间内实现骨折的愈合,恢复正常的咬合关系和面部外形。

术后护理

1. 全麻后护理: 病人取去枕平卧位,头偏向一

侧,床旁备吸引器,经鼻鼻导管 3 升每分氧气吸入,密切观察病情变化,监测生命体征。

2. 全麻清醒后病人可取半卧位,可减少局部肿胀。重症患者注意变换体位鼓励患者排痰,防止肺部感染。

3. 保持呼吸道通畅,及时吸出口鼻腔分泌物。

(1) 舌后坠者,将舌牵出口外固定。

(2) 带舌牵引线的患者,护理时要注意观察牵引线是否固定避免松脱。

(3) 颌间结扎的患者因注意呼吸,特别是术后 3-5 天伤口肿胀明显,床旁备负压吸引器,及时清理患者口内异物,床旁备钢丝剪,必要时剪断结扎丝,以防止呕吐物误吸,避免窒息。

4. 口腔护理: 术后患者的口腔自洁作用减弱,牙列上有结扎固定的金属丝,污物更容易积存和滞留,不易清除有利于细菌的生长繁殖,容易引起感染。

(1) 口腔冲洗法: 适用于口内有伤口且张口度

作者单位: 750004 宁夏医科大学总院口腔颌面外科