

参考文献:

[1] Peden M, McGee K, Sharma G. The injury chart book: A graphical overview of the global burden of injuries [M]. Geneva: World Health Organization, 2002: 1.

[2] 王茜. 老年护理安全隐患及对策 [J]. 现代护理, 2007, 13(25): 2435-2436.

[3] 张静. 对老年人跌倒的评估及预防 [J]. 国外医学: 护理学分册 2002, 21(3): 129.

[4] 陆燕弟. 老年人跌倒的相关因素及预防护理 [J]. 护理研究, 2007, 21(4C): 1041- 1043.

[5] 张丽红, 卓娜, 张红菊, 等. 住院病人跌倒相关因素分析与护理对策 [J]. 护理研究, 2010, 24(增刊 1): 61.

[6] 王玉红, 刘学玲, 张洪芝, 等. 浅谈住院病人出现意外跌倒的原因分析与对策 [J]. 护理研究, 2008, 22(增刊 1): 230- 231.

[7] 王苏娜. 香港医院预防住院病人跌倒的方法 [J]. 中华护理杂志, 2003, 38 (5): 397- 398.

作者简介 王玫, 女, 护士长, 主管护师, 本科, 工作单位: 430030, 华中科技大学同济医学院附属同济医院; 刘青青、何华英工作单位: 430030, 华中科技大学同济医学院附属同济医院.

(收稿日期: 2010- 11- 13)
(本文编辑 王钊林)

鼻腔 NK / T 细胞淋巴瘤放疗病人的观察与护理

陈泽英, 郭素萍, 钟文欢, 曾培容, 温玉枝, 熊君义

摘要:[目的]总结鼻腔 NK/T 细胞淋巴瘤放疗病人的观察与护理。[方法]回顾性分析 23 例鼻腔 NK/T 细胞淋巴瘤放疗病人的临床资料。[结果]均出现不同程度的毒副反应,以口腔黏膜反应、胃肠道反应、白细胞下降为主。[结论]加强鼻腔 NK/T 细胞淋巴瘤放疗病人的观察与护理是进行顺利放疗的保证。

关键词: 鼻腔 NK/T 细胞淋巴瘤; 放疗; 护理

中图分类号: R473. 73 文献标识码: C doi: 10. 3969/j. issn. 1674- 4748. 2011. 04. 009 文章编号: 1674- 4748(2011) 2A- 0295- 02

淋巴瘤是一组起源于淋巴结或其他淋巴组织的恶性肿瘤, 可分霍奇金病(HD)和非霍奇金淋巴瘤(NHL)两大类。原发鼻腔 NHL 是常见的结外 NHL 之一, 占全部恶性淋巴瘤的 2% ~ 10%。鼻腔 NHL 可来源于自然杀伤细胞(NK)、T 细胞或 B 淋巴细胞, 我国鼻腔 NHL 以 NK、T 细胞淋巴瘤为主, B 细胞淋巴瘤少见, 相反, 欧美的鼻腔 NHL 以 B 细胞多见^[1]。在修正的欧美淋巴瘤分类(revised European American lymphoma classification, REAL)中来源于 NK、T 细胞的原发鼻腔 NHL 是一种独立的病理亚型, 并被命名为血管中心性淋巴瘤; 世界卫生组织(WHO)分类中更名为鼻腔、鼻腔型 NK/T 细胞淋巴瘤^[1]。临床上最常见的症状为鼻塞, 局部病变广泛受侵时出现眼球突出、面部肿胀、硬腭穿孔、颅神经麻痹、恶臭和发热等症状和体征^[1]。目前, 鼻腔 NK/T 细胞淋巴瘤常规化放疗疗效不理想^[2], 放射治疗仍是早期鼻腔 NK/T 细胞淋巴瘤的主要治疗手段, 能取得较好的疗效^[3-5]。2008 年 1 月—2009 年 12 月收治 23 例鼻腔 NK/T 细胞淋巴瘤病人, 现将护理总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 2008 年 1 月—2009 年 12 月收治 23 例鼻腔 NK/T 细胞淋巴瘤病人, 其中男 17 例, 女 6 例; 年龄 32 岁 ~ 78 岁, 平均 40 岁; 均经病理活检证实; 按 Ann Arbor- Cotswolds 分期, 临床分期为 I 期 17 例, II 期 6 例; 首程放疗加辅助化疗 7 例, 化疗后加放疗和辅助化疗 12 例, 化疗后加单纯放疗 3 例, 首程单纯放疗(年龄 78 岁)1 例。

1.2 治疗方法 放疗采用高能光射线配合高能电子线常规分割多野照射, 靶区为鼻腔、筛窦、患侧上颌窦、鼻咽、上腭等部位, 并根据具体范围调整, 淋巴结以外的单个器官或部位(IE)期病人未照射颈部淋巴结, 根治剂量 36 Gy~ 72 Gy。放疗时加铂类

药物辅助化疗。化疗主要为 CHOP 或类似方案, 部分病人未能达到缓解, 后改用 IMVP16 方案。

1.3 观察指标 血液学毒性程度划分采用 WHO 分级标准, 急性放射性反应评价采用美国肿瘤放射治疗协作(PTOG)标准。

1.4 结果

表 1 急性放射性反应					例
毒副反应	0 级	1 级	2 级	3 级	4 级
贫血	18	5	0	0	0
白细胞下降	1	12	8	1	1
血小板下降	22	1	0	0	0
恶心、呕吐	1	18	3	1	0
放射性口腔炎	0	1	7	13	2
放射性皮炎	0	23	0	0	0

2 护理

2.1 心理护理 癌症病人存在不同程度的恐惧心理, 担心病痛折磨, 从而导致病人在心理、社会、家庭方面受到沉重的身心压力, 对治疗失去信心。因此, 护士应帮助病人树立战胜疾病的信心, 放疗前应耐心做好解释工作, 告知病人放疗的重要性及放疗期间的不良反应, 激发病人的潜能, 消除病人的紧张、恐惧的心理, 坚定信念, 积极接受治疗。

2.2 骨髓抑制的护理 放疗、化疗均会引起骨髓抑制。本组病人主要表现白细胞下降。嘱病人减少外出, 减少探视, 注意保暖, 严格执行无菌操作, 密切观察血常规及体温的变化, 并遵医嘱使用升白细胞药物, 如白细胞(WBC) < 1. 0 × 10⁹/L, 应用紫外线消毒病房, 暂停放疗, 遵医嘱予抗生素预防感染。鼓励病人进食高蛋白、高维生素、高热量的食物。

2.3 放射性口腔炎的护理 本组病人以放射性口腔炎反应较

大,其中15例出现3级、4级反应。主要是由于照射靶区范围大、剂量大所引起。嘱病人保持口腔清洁,勤漱口,常用漱口液西吡氯胺含漱液、复方硼砂溶液等,根据咽拭子培养结果予敏感药物超声雾化吸入,如反应大,使用敏感抗生素控制感染。如伴疼痛时餐前用复方维生素B₁₂溶液+1%普鲁卡因+庆大霉素+地塞米松混合含漱,也可用多瑞吉外贴止痛。口腔溃疡处可用甘油20 mL加维生素B₂8片+制霉菌素4片涂擦。治疗期间勿进食过冷、过热、过硬及辛辣刺激性食物,多吃蔬菜和水果等含维生素丰富的食物,如因口腔黏膜反应不能进食者,可静脉补充营养或鼻饲饮食。

2.4 放射性皮炎的护理 放射性皮炎是肿瘤放射治疗最常见的并发症。放疗期间保持放射野皮肤清洁干燥,避免刺激,充分暴露颈部皮肤,不要穿质硬的高领衣服,勿用肥皂、刺激性药物等,可用利肤宁、洁肤瑞、比亚芬等外涂。如瘙痒明显者可用冰片滑石粉外擦;如出现皮肤2度皮炎可用贯新克或金因肽外喷,也可先用盐水彻底清洗去死皮后外贴美皮康并妥善固定,一贴可用7 d,放疗前取下美皮康,放疗后再贴回,4 d~7 d可明显好转或完全愈合。

2.5 胃肠道反应的护理 本组病人由于同时放化疗,口腔黏膜反应大,大多数病人出现食欲下降、恶心、呕吐,所以应向病人解释产生反应的原因,让病人了解摄入足够营养和水分的必要性,指导并鼓励病人进食,监测病人电解质情况,遵医嘱给予止呕

药。

3 小结

鼻腔NK/T细胞淋巴瘤放射治疗成败的关键,不仅要求放疗医生精确设置靶区,合理的分割剂量,更要求临床护士对鼻腔NK/T细胞淋巴瘤病人放疗的同时给予精心护理,从而降低并发症的发生率,使病人顺利完成全程放疗。

参考文献:

- [1] 李晔雄,姚波.鼻腔NK/T细胞淋巴瘤的临床病理特点及治疗[J].中华放射肿瘤学杂志,2004,13(2):172-176.
- [2] 张玉晶,胡伟汉,刘慧,等.鼻腔NK/T细胞淋巴瘤临床和预后分析[J].中华放射肿瘤学杂志,2006,15(1):50-53.
- [3] 杨勇,张玉晶,林旭滨,等.放疗在早期鼻型NK/T细胞淋巴瘤综合治疗中的作用及预后分析[J].中华放射肿瘤学杂志,2009,18(8):285-289.
- [4] 卢儒标,冯惠霞,胡莲英,等.鼻咽癌病人同期放疗加化疗的疗效观察[J].护理研究,2001,15(2):82-83.
- [5] 麦苗青,张杏兰,冯惠霞,等.诱导化疗配合三维适形放疗及同期化疗治疗非小细胞肺癌的观察及护理[J].护理研究,2007,21(1B):124-125.

作者简介 陈泽英、郭素萍、钟文欢、曾培容、温玉枝、熊君义工作单位:510060,中山大学附属肿瘤医院(中山大学肿瘤防治中心)。

(收稿日期:2010-10-12)

(本文编辑 王钊林)

22例数字减影脑血管造影病人的护理

张桂花

摘要:[目的]总结数字减影脑血管造影(DSA)病人的护理。[方法]对22例行DSA病人在加强心理护理同时做好术前准备、术中配合及术后一般护理、生命体征的观察、穿刺部位和并发症的观察及护理。[结果]22例病人均成功完成DSA,1例主诉肢体疼痛,2例主诉头痛,经对症处理后症状均缓解,均未发生严重并发症。[结论]加强DSA病人的护理是手术成功的保证。

关键词:数字减影脑血管造影;脑血管疾病;护理

中图分类号:R473.6 文献标识码:C doi:10.3969/j.issn.1674-4748.2011.01.010 文章编号:1674-4748(2011)1A-0296-02

数字减影脑血管造影术(DSA)是近几年开展起来的一项新的临床诊断和治疗技术,是一种利用电子计算机辅助成像技术的血管检查方法,是脑血管疾病诊断的金标准^[1]。2010年3月—2010年7月在我院行DSA 22例,均未发生严重并发症。现将护理体会总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 2010年3月—2010年7月我院导管室行DSA 22例,男13例,女9例;年龄25~86岁,平均51岁;术前诊断为蛛网膜下隙出血9例,脑梗死7例,头晕4例,脑动脉瘤介入术后1例,脑血管畸形1例。

1.2 手术方法 均采用Seldinger穿刺技术,常规穿刺右股动脉。置入血管鞘后,鞘内给肝素2000 U,经血管鞘送入猪尾巴导管和单弯造影导管分别进行主动脉弓及全脑血管造影。术毕拔鞘后,股动脉穿刺部位垂直重量压迫止血15 min~30 min,无出血后,用弹力绷带加压包扎,护送病人返回病房。

1.3 结果 22例病人均成功完成DSA,1例主诉肢体疼痛,2

例主诉头痛,经对症处理后症状均缓解,均未发生严重并发症。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 由于病人缺乏相关医学知识,常会出现紧张、恐惧心理。护士应多与病人沟通,可展示手术操作的图谱,用通俗易懂的语言向其讲解DSA的目的、重要性、过程、术中配合、可能出现的并发症,对病人提出的疑问及时给予合理的解释,以消除病人紧张、恐惧心理,使其树立信心,积极配合手术。

2.1.2 常规检查 术前行常规检查,包括血常规、出凝血功能、肝肾功能、心电图、胸部X线片等,以了解病人有无其他基础疾病。

2.1.3 术前准备 ①术前2 d常规口服尼莫地平。②术前1 d穿刺侧会阴及腹股沟处备皮,术前6 h禁食、禁水。③训练病人床上大小便,术前排空膀胱,必要时留置导尿管。④术前做碘过敏试验。⑤术前30 min遵医嘱肌肉注射地西洋,并保持静脉通路通畅。⑥注意观察病人肢体活动及足背动脉情况,以便术后