

一例肝动脉灌注化疗栓塞术患者并发急性肿瘤溶解综合症的护理

马琳 王兰英

(天津市第一中心医院,天津 300192)

摘要 总结1例原发性肝癌肝动脉灌注化疗栓塞术后急性肿瘤溶解综合症的护理。做好心理护理,发热与腹痛的护理,密切观察病情并动态监测电解质、肝肾功能及尿量变化,促进患者病情平稳好转出院。

关键词 肿瘤溶解综合征;原发性肝癌;肝动脉灌注化疗栓塞术;并发症;体外透析;护理

中图分类号 R473.73 文献标志码 B DOI:10.3969/j.issn.1006-9143.2019.05.038 文章编号 1006-9143(2019)05-0616-02

肝动脉灌注化疗栓塞(transarterial chemoembolization, TACE)是各种原因不能手术切除的中晚期肝癌患者首选的治疗方法^[1]。肝癌TACE术后常见并发症包括发热、穿刺点出血或感染、肝功能损伤和肝脓肿等。但术后出现肿瘤溶解综合征(tumor lysis syndrome, TLS)却非常罕见。TLS是由于肿瘤细胞快速溶解后细胞内容物及其代谢产物迅速释放入血所引起的一系列并发症,其特征为电解质紊乱和代谢异常^[2]。目前公认发生TLS危险因素包括:①肿瘤大小、增殖速度及对抗细胞毒性药物的敏感性;②患者的基础情况,如脱水、肾功能不全等导致细胞对代谢产物滤过率下降,从而增加了TLS的发生风险^[3,4]。我科曾收治1例原发性肝癌TACE术后并发TLS患者,经及时诊治与护理,于术后40天好转出院,现汇报护理体会如下。

1 病例简介

患者男性,54岁,主因3周前出现进食后上腹部胀痛入院治疗。患者于外院行磁共振成像(MRI)检查发现肝右叶巨大占位,考虑为原发性巨大型肝细胞癌。患者既往患乙型肝炎20余年,未予抗病毒治疗。查体:血压121/60 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),心率84次/分,神志清,精神好,腹部平软,未见腹壁静脉曲张,右下腹轻压痛,无反跳痛及肌紧张,肝肋下触及4 cm,质偏硬,脾肋下未触及,Murphy氏征阴性,移动性浊音阴性,肠鸣音5次/分。入院后查腹部CT提示:

作者简介:马琳,女,主管护师,本科

后患者需立即行双手创面加压包扎,离断手指妥善保存,入院后需尽快纠正失血性休克,迅速完善术前准备。再植术后需保证血容量充足、患者生命体征平稳。及时纠正失血性贫血及低蛋白血症;术后应用多种药物行抗凝血治疗时需监测凝血功能,警惕药物不良反应。围手术期注重心理疏导,消除患者焦虑、悲观、抵触等不良心理活动。密切监测再植指体血运变化,及时发现血管危象,为手术探

肝右叶肝癌,大小约16 cm×11 cm,伴门静脉右后支癌栓。血常规和电解质无明显异常,丙氨酸转氨酶(ALT)97.9 U/L,天冬氨酸转移酶(AST)98.7 U/L,血肌酐(Cr)79.8 μmol/L,血尿素氮(BUN)5.94 mmol/L,尿酸(UA)482.2 μmol/L,甲胎蛋白(AFP)25.9 μg/L,乙肝病毒DNA定量 7.06×10^2 IU/mL。入院后加用恩替卡韦抗乙肝治疗,考虑患者肿瘤体积较大,手术风险较高,予以TACE治疗。患者于术后第3天出现高热,同时诉腹胀伴上腹部疼痛,伴恶心呕吐。查体:体温38.5℃,心率100次/分,血压190/105 mmHg。查生化指标ALT 905.7 U/L,AST 192.0 U/L,Cr 1 318.0 μmol/L,BUN 63.87 mmol/L,UA 1 411.5 μmol/L,血钾7.34 mmol/L,血钙1.35 mmol/L,血气分析PH值7.298,提示代谢性酸中毒,尿量<17 mL/h。根据患者情况,结合TLS的Cairo-Bishop临床诊断标准^[5],明确诊断为TLS。立即给予血液透析,异甘草酸镁注射液,多烯磷脂酰胆碱注射液静点保肝、复方氨林巴比妥注射液退热、氟比洛芬酯注射液止痛、盐酸雷莫司琼注射液止吐等对症治疗。患者术后第20天尿量逐渐增多至1 000 mL/d,术后第40天复查生化指标示ALT 31.3 U/L,AST 18.0 U/L,Cr 124.4 μmol/L,BUN 16.3 mmol/L,UA 572.0 μmol/L,血钾3.43 mmol/L。患者病情平稳后好转出院。

2 护理

2.1 心理护理 因并发于肝细胞肝癌的肿瘤溶解综合征较为罕见,患者及家属对此无心理预期,且患者术前基础状态良好,术后第3天出现高热、腹痛腹胀伴恶心呕吐等不适症状,并出现紧张、恐惧、焦虑等查解除血管危象赢得宝贵时间。离断指体成活后系统、循序渐进的康复训练对患者手功能恢复有重要意义。

参考文献

- [1] 谢伟勇,张兴世,陈西政,等.双手十指离断再植成功一例及文献分析[J].中华显微外科杂志,2014,37(5):504-507.
- [2] 韩明通,方光荣.断指再植术后抗凝药物的应用[J].中华显微外科杂志,2012,35(4):347-349.

(2018-04-09 收稿,2018-08-07 修回)

消极心理。耐心讲解 TACE 术及术后并发 TLS 相关知识,消除患者对此并发症的恐惧,提高患者对术后并发症的认知程度,取得患者及家属的一致配合。

2.2 严密观察病情 动态监测电解质及肝肾功能。

2.2.1 高钾血症的护理

高钾血症可引起严重的心律失常,甚至心脏骤停。患者心电监护示 T 波高尖 PR、QT 间期延长、QRS 波增宽,遵医嘱给予 10% 葡萄糖 500 mL+胰岛素 10 U 静脉滴注,并立即予以血液透析,次日复查血钾 4.5 mmol/L,心电图大致正常。饮食方面严格限制高钾食物的摄入,如香蕉、柑橘、鲜枣、柿子及各类豆制品,进食高营养、高维生素、易消化食物,以维持良好的营养状态。

2.2.2 低钙血症的护理

患者低钙血症时神经-肌肉兴奋性增高,继而出现恶心呕吐等症状,同时严重的低钙血症会加重对心肌细胞的损害,引起传导阻滞、心律不齐,甚至心脏骤停。发现后立即遵医嘱给予葡萄糖酸钙 10 mL、雷莫司琼 0.3 mg 静脉滴注止吐等对症治疗,及时纠正低钙血症,血磷值未发生异常。

2.2.3 肾功能和尿酸血症的护理

肿瘤细胞大量溶解,核酸分解而使尿酸生成增多,肾脏清除尿酸能力饱和,容易形成尿酸结晶或结石,进而导致尿路堵塞并发急性肾功能不全。该患者肾功能 Cr 124.4 umol/L, BUN 16.3 mmol/L, UA 572.0 umol/L, 尿量 < 17 mL/h, 病情迅速发展至急性肾功能衰竭尿毒症期,护理人员密切观察和记录液体入量,严格控制补液速度和补液量,准确记录 24 h 尿量、尿色、尿比重及浮肿情况,每天测量体重。经过连续血液透析 3 周,每周 3 次,血压由术后第 3 天 190/105 mmHg 逐渐降至 120/60 mmHg,尿量逐渐增多至 1000 mL/d,肾功能不全得到纠正即终止透析治疗。

2.2.4 代谢性酸中毒的护理

因肿瘤细胞溶解释放大量磷酸,同时肾功能不全,肾脏排泄受阻而在体内滞留,高热代谢亢进易产生酸性物质,导致代谢性酸中毒。护理中重点监测患者神志、面色、呼吸频率及深度的异常改变,密切监测氧分压及氧饱和度,积极处理原发病,纠正水、电解质紊乱,改善肾功能。患者血气分析 PH 值 7.298,精神、呼吸等症状改变不明显,经过血液透析后酸中毒基本得到纠正。

2.3 发热的护理

每 4 h 测量体温,于术后 4 h 测体温 38.5 °C,遵医嘱给予复方氨林巴比妥注射液退热治疗,1 h 后再次测体温 38.2 °C,遵医嘱给予物理降温,温水擦拭四肢、腋下及腹股沟处,1 h 后复测体温降至 37.1 °C。次日晨体温降至 36.5 °C,同时继续密切观察体温变化。术后 1 周体温波动在 36.4~37.1 °C,

未再次出现发热。加强口腔护理,预防口腔感染,保证患者舒适;保持病室空气新鲜,每日开窗通风两次,注意保暖;限制探视人员,防止交叉感染。

2.4 腹痛护理

耐心倾听患者主诉,准确评估疼痛部位、性质、程度,观察并记录疼痛发展情况,及时通知医生。患者因化疗栓塞术后介入栓子导致腹痛,安静平卧时仍持续疼痛,使用数字分级法评估得分 5 分,为中度疼痛,遵医嘱给予氟比洛芬酯注射液止痛治疗,于给药后 30 min 复评为 1 分,腹痛症状有效缓解。患者于用药后 4 h、介入后 24 h、介入后 48 h 分别给予疼痛评估,评分为 0 分(无痛)、2 分(咳嗽时疼痛,深呼吸不痛)、1 分(安静平卧时不痛,翻身咳嗽时疼痛),均为轻度疼痛,不影响睡眠,继续遵医嘱给予氟比洛芬酯注射液止痛治疗 bid,于介入后 72 h 疼痛评分为 0 分,遵医嘱停用止痛药物,此后患者未诉腹痛。

3 小结

国内外相关文献显示,自 1998 年以来报道的 23 例原发性肝癌并发 TLS 的病例中,发生最多的为原发性肝癌行 TACE 术后 11 例,其次为口服抗肿瘤药物后和原发性肝癌射频消融术后,分别为 5 例和 4 例;此外,还有 3 例自发性 TLS。23 例经积极治疗后,9 例死亡^[6]。可见临床上 TLS 有发病率低,病死率高的特点。护理中,不仅要熟悉原发性肝癌 TACE 术后常见并发症,还应掌握 TACE 术后罕见并发 TLS 的相应症状、异常指标、治疗原则及护理观察要点,一旦发生,立即配合医生,采取相应措施。该例患者对 TACE 术后并发 TLS,发现及时,诊断明确,及时配合医生采取相应措施,使患者顺利渡过危险期。

参考文献

- [1] Imai N, Ishigami M, Ishizu Y, et al. Transarterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma: A review of techniques[J]. World J Hepatol, 2014,6(12):844-850.
- [2] Howard SC, Jones DP, Pui CH. The tumor lysis syndrome [J]. N Engl J Med, 2011,364(19):1844-1854.
- [3] Mehrzad R, Saito H, Krahn Z, et al. Spontaneous tumor lysis syndrome in a patient with metastatic hepatocellular carcinoma[J]. Med Princ Pract, 2014,23(6):574-576.
- [4] Gertz MA. Managing tumor lysis syndrome in 2010[J]. Leuk Lymphoma, 2010,51(2):179-180.
- [5] McBride A, Westervelt P. Recognizing and managing the expanded risk of tumor lysis syndrome in hematologic and solid malignancies[J]. J Hematol Oncol, 2012,5:75.
- [6] 张玉盼,张雅敏.原发性肝癌肿瘤溶解综合征的病因及治疗进展[J].实用器官移植电子杂志,2015,3(4):253-256.

(2018-06-12 收稿,2018-09-12 修回)