

岭南传统清凉饮在肝动脉化疗栓塞术后患者体温管理中的影响

李琼, 宁银娣

广东省中医院珠海医院, 广东 珠海 519015

[摘要] 目的: 观察岭南传统清凉饮在肝动脉化疗栓塞术后患者体温管理中的影响。方法: 将符合纳入标准的 50 例患者随机分为 2 组各 25 例, 2 组均予相同的水疗方法, 对照组在此基础上饮温开水, 观察组则饮用岭南传统清凉饮, 观察记录 2 组患者出入水量及术后第 1、2、3 天的平均体温。结果: 术后 3 天内发热发生率对照组 48.0%, 观察组 16.0%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组患者术后第 2、3 天体温情况分别比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。2 组术后 3 天内每天摄水量 > 3000 mL 者摄水量达标率比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。结论: 岭南传统清凉饮对肝癌介入术后体温下降有良好效果, 值得在临床应用。

[关键词] 肝动脉化疗栓塞术 (TACE); 术后; 岭南传统清凉饮; 体温管理; 发热

[中图分类号] R730.59 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 04-0285-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.04.135

原发性肝癌是临床常见消化系统恶性肿瘤, 其治疗方法首选手术切除, 但大多数肝癌患者发现时已属中晚期, 失去了手术机会^[1]。近年来, 随着影像学和微创手术的进步, 肝动脉化疗栓塞术 (TACE) 逐渐应用于原发性肝癌的治疗, 成为主要的治疗方法之一^[2], 但 TACE 术后第 2 天患者多出现中等程度的发热。有研究表明, 在 TACE 术后 3 天内保持摄水量 3000 mL/d 以上, 对降低体温、改善患者的生存质量有重要意义^[3]。但临床操作时发现由于多方面原因, 通过饮水难以使摄水量达到预期, 对降低体温难以达到满意效果; 笔者通过使用岭南传统清凉饮代替普通水化疗法, 取得较好效果, 结果报道如下。

1 临床资料

观察病例为 2009 年 4 月—2014 年 9 月诊断为原发性肝癌, 行 TACE 治疗的患者, 共 50 例。且心肾功能及 TACE 术前体温正常、无明显腹水。男 48 例, 女 2 例; 年龄 27~70 岁, 平均 51 岁。将愿意参加本实验的患者按肝癌分型、肿瘤大小、肝功能分级、年龄、性别、体重、TACE 治疗方案均相似的患者进行配对, 将每对患者随机分配到观察组和对照组。

2 治疗方法

2 组患者静脉输液量相同, 饮食中增加粥、汤, 含水分高的水果、蔬菜。2 组患者均由各自管床护士督促摄水情况, 记录患者出入量及术后第 1、2、3 天的平均体温。

2.1 对照组 患者饮温开水。

2.2 观察组 患者饮岭南传统清凉饮。岭南传统清凉饮制法: 鲜竹蔗、荸荠各 250 g, 胡萝卜 1 条, 鲜茅根 50 g, 制成

1000~1500 mL 汤饮, 分次代茶饮, 尽量在一天内饮用完毕。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 统计 2 组患者体温、出入水量、发热患者例数。

3.2 统计学方法 计数资料采用 χ^2 检验, 计量资料 t 检验。

4 治疗结果

4.1 2 组 TACE 术后摄水量 > 3000 mL/d 例数比较 见表 1。50 例研究对象 TACE 术后 3 天内每天摄水量 > 3000 mL 者 36 例, 2 组摄水量达标率比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。

表 1 2 组 TACE 术后摄水量 > 3000 mL/d 例数比较 例

组别	摄水量 > 3000 mL/d	摄水量 < 3000 mL/d	合计	摄水量达标率 (%)
观察组	22	3	25	88.0
对照组	14	11	25	56.0
合计	36	14	50	72.0

4.2 2 组患者 TACE 术后发热发生率比较 见表 2。50 例研究对象术后 3 天内有发热 (体温 $\geq 37.5^\circ\text{C}$) 反应共 16 例, 观察组与对照组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 2 2 组患者 TACE 术后发热发生率比较 例

组别	不发热例数	发热例数	合计	发热发生率 (%)
观察组	21	4	25	16.0
对照组	13	12	25	48.0
合计	34	16	50	32.0

[收稿日期] 2014-12-02

[作者简介] 李琼 (1977-), 女, 主管护师, 主要从事临床护理工作。

[通讯作者] 宁银娣, E-mail: 512945690@qq.com。

4.3 2组患者TACE术后3天平均体温比较 见表3。TACE术后第1天,2组患者体温情况比较,差异无统计学意义($P>0.05$),而术后第2天、第3天,2组体温比较,差异均有统计学意义($P<0.01$)。

表3 2组患者TACE术后3天平均体温比较($\bar{x}\pm s$) °C

组别	第1天	第2天	第3天
观察组	36.72±0.32	36.83±0.34	36.96±0.34
对照组	36.83±0.33	37.20±0.45	37.40±0.43
t值	1.56	2.98	3.89
P	>0.05	<0.01	<0.01

5 讨论

5.1 2组患者摄水量达标例数差距原因分析 临床上,TACE术后患者由于消化道反应,如不进行护理干预,影响进食和饮水。研究结果显示,患者在TACE术后3天内保持饮水量在3000 mL/d以上,通过增加摄水量来减轻TACE术后的发热反应是有效的^[9]。但笔者通过临床观察发现,观察组TACE术后3天内保持饮水量在3000 mL/d的达标例数远高于对照组。在静脉输液总量保持相同、患者也意识到饮水重要性的前提下,发生这样的差距显然是值得重视的。由于TACE术后存在的消化道反应,在摄入一定量的开水稀释消化液后,患者食欲进一步下降,饮水往往加重患者的恶心、呕吐症状,反复的恶心呕吐使患者产生抵触心理,如此往复极易形成恶性循环,甚至使患者产生错觉,认为是饮水导致的消化道症状。因此,对照组在不增加输液量的前提下要达到摄水量在3000 mL/d以上的标准确实是存在困难的,而岭南传统清凉饮健脾利湿,口味清甜,易于下咽,且患者潜意识里认为,岭南传统清凉饮具有清热解毒、降低体温的作用,心理上更易于接受,恶心呕吐症状较少,因而摄水量达标也相对容易。

5.2 做好TACE术后患者体温管理的重要性 TACE术后的发热多由术后肿瘤组织坏死吸收引起,也是介入栓塞治疗成功的一种征象^[4]。但发热引起机体代谢提高,消耗增加,在化疗药物对肝脏损害的基础上,代谢产物进一步加重肝脏负担^[9]。而解热镇痛药的应用可能导致患者脱水并有发生消化道出血的危险^[9]。另外,由发热引起的头痛、食欲下降、乏力等不适也严重打击患者对治疗的信心。因此,由护士主导的体温管理就显得尤为重要。TACE术后的发热多在午后开始,凌晨渐退,护士在掌握患者发热的规律后采取充分的准备措施,积极应对。除设法使患者增加摄水量外,控制病室温度与湿度,严密监测体温变化,体温>39℃时采用物理降温,必要时予柴胡针2~4 mL肌肉注射,因柴胡针应用后出汗量相对较少,不易出现虚脱和消化道出血现象^[9],临床上应用效果理想,同时,必要的心理支持亦是必不可少的。

5.3 岭南传统清凉饮在TACE术后体温管理中的作用 中医学认为,肝癌多系机体正气亏虚的基础上加之邪气的长期侵袭,致使气滞血瘀相互搏结^[7]。TACE治疗后患者发热则多属在此基础上的肝阴受损,致使脾胃虚损,阳明积热^[9]。红萝卜性温而味甘,能宽中行气,散肠胃邪气,并助消化;鲜竹蔗性味甘平,能清热泻火,润燥解毒,增进食欲,为脾之果,且富含多种维生素与微量元素;茅根、荸荠性味甘寒,能清热解毒,凉血止血,化痰利尿。合而为汤则清肝和胃,润肺生津,止渴利尿,清热解毒,滋润心脾,除了能有效减轻TACE术后胃肠道反应,增进食欲,保证日摄水量达标,又具有较好的清热凉血,有效降低体温的作用。这两方面的特性共同促进了岭南传统清凉饮在显著降低患者体温方面的效果。

此外,岭南传统清凉饮含有一定热量,能增加患者体力,对改善发热引起的乏力也有一定作用。但同时我们也应注意到茅根、荸荠性味甘寒,久用必伤脾,所以在临床上推荐患者TACE术后前3天内使用,3天后根据患者实际辨证决定是否继续应用。

[参考文献]

- [1] 徐克诚,江石湖. 消化病现代治疗[M]. 上海:上海科技教育出版社,2001:345-358.
- [2] 文彦. 肝动脉灌注化疗栓塞治疗原发性肝癌并发症的原因分析及护理对策[J]. 护理实践与研究,2009,6(20):47-48.
- [3] 罗莎丽,刘继红,谢永丽. 肝动脉化疗栓塞术后摄水量与体温关系的研究[J]. 解放军护理杂志,2003,20(12):4-5.
- [4] 黄永东,张震岳,毛键,等. 原发性肝癌介入术后发热的诊疗分析[J]. 现代消化与介入诊疗,2010,15(5):325-326.
- [5] 潘运龙,罗伯诚,侯蜀新. 原发性肝癌化疗栓塞严重并发症原因分析[J]. 暨南大学学报:自然科学与医学版,2001,22(6):84-86.
- [6] 杨小飞. 小柴胡汤治疗肿瘤晚期非感染性发热[J]. 吉林医药,2004,24(9):19.
- [7] 王炳胜,刘秀芳,丁瑞亮,等. 益气活血中药防治肝癌介入治疗栓塞术后综合征临床研究[J]. 中国中医急症,2004,13(1):11-12.
- [8] 王文义,高巧,刘宏. 原发性肝癌介入治疗后发热的中西医结合治疗的临床观察[J]. 中原医刊,2005,32(7):33-34.

(责任编辑:刘淑婷)