

• 论 著 •

# 奥马哈系统联合中医特色护理对晚期前列腺癌患者的影响\*

陈 瑶, 任明华

(哈尔滨医科大学附属第一医院泌尿外科二病房, 哈尔滨 150001)

**摘要:**目的 探讨奥马哈系统联合中医特色护理对晚期前列腺癌患者的临床治疗效果影响。方法 选取黑龙江地区某院 2012 年 1 月至 2016 年 2 月保守治疗的晚期前列腺癌患者 118 例, 按照治疗时间先后将患者分为试验组和对照组, 每组 59 例。试验组给予奥马哈系统联合中医特色护理, 对照组给予常规护理, 护理 3 个月后, 对比两组患者的血红蛋白(Hb)、自然杀伤(NK)细胞水平、CD4/CD8、血清前列腺特异抗原(PSA)、游离前列腺特异性抗原(f-PSA)、奥马哈系统评分、慢性疾病治疗功能评估-灵性量表(FACIT-Sp)评分。结果 试验组的 Hb、NK 细胞水平、CD4/CD8、PSA、f-PSA、奥马哈系统评分、FACIT-Sp 评分均在护理后得到改善( $P < 0.05$ ), 且护理后试验组改善状况明显优于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 奥马哈系统联合中医特色护理能够显著改善晚期前列腺癌患者的临床症状与生理指标, 提高患者的灵性评分, 增强保守治疗的效果。

**关键词:**奥马哈系统; 中医护理; 前列腺癌

**DOI:**10.3969/j.issn.1672-9455.2017.15.013 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2017)15-2201-04

**The effect of Omaha system combined with traditional Chinese medicine nursing on patients with advanced prostate cancer\***

CHEN Yao, REN Minghua

(Department of Urology Surgery, First Affiliated Hospital of Harbin, Harbin, Heilongjiang 150001, China)

**Abstract:**Objective To explore the effect of Omaha system combined with traditional Chinese medicine nursing on patients with advanced prostate cancer. **Methods** A total of 118 patients with advanced prostate cancer that had been treated by conservative treatment in a hospital in Heilongjiang area from January 2012 to February 2016 were divided into experimental group and control group according to the treatment time. Each group had 59 cases. The experimental group was given the Omaha system combined with traditional Chinese medicine nursing, and the control group was given the routine nursing care. After 3 months, the hemoglobin(Hb), NK cells, CD4/CD8, serum prostate specific antigen(PSA), free prostate specific antigen(f-PSA), Omaha score, functional assessment of chronic illness therapy-Spirituality scale(FACIT-Sp) score of the two groups were compared. **Results** In the experimental group, the Hb, NK, CD4/CD8, PSA, cellular f-PSA, Omaha system score and FACIT-Sp score had improved than before( $P < 0.05$ ), and the experimental group improved significantly better than the control group( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Omaha system combined with traditional Chinese medicine nursing could improve the clinical symptoms and physiological indicators of patients with advanced prostate cancer, which could also raise the FACIT-Sp score and enhance the effect of conservative treatment.

**Key words:** Omaha system; Chinese medicine nursing; prostatic cancer

前列腺癌好发于老年男性, 在欧美地区居于男性肿瘤首位<sup>[1]</sup>, 我国随着人口老龄化的日趋严重, 人民生活方式的改变以及疾病诊断技术的提高, 前列腺癌的发病率有上升的趋势<sup>[2]</sup>。由于老年男性大多数患有前列腺增生或前列腺炎, 使得前列腺癌患者在早期误以为是前两种疾病而被忽略, 晚期前列腺癌患者则基本失去了进行根治手术的机会, 只有选择保守治疗。而保守治疗使用的药物往往具有较严重的不良反应, 给患者的生活质量带来重大影响。奥马哈系统通过以患者为导向, 分析患者的生理、心理、环境、健康行为后制订针对性的护理计划<sup>[3]</sup>, 这种系统的护理方式能够根据患者癌症严重程度、不良反应类型、生活质量降低的具体方面等进行针对处理, 适合用于晚期癌症患者的护理。研究显示<sup>[4]</sup>, 中医特色护理, 如穴位理疗、药物敷贴等在调理人体机能、改善患者生活质量, 延长晚期癌症患者生存期方面具有一定优势。本组研究将奥马哈系统和中医特色护理相结合, 用于晚期前列腺癌患者的护理研究, 取得了较为良好的效果, 现将结果报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取黑龙江地区某院 2012 年 1 月至 2016 年 2 月保守治疗的晚期前列腺癌患者 118 例, 全部患者经病理诊

断分期为 C~D 期, 按照治疗时间先后将患者分为对照组 59 例和试验组 59 例。对照组年龄 38~71 岁, 平均(68.31±6.55)岁; 病理分型: 腺癌 49 例, 鳞癌 10 例; 癌症分期: C 期 15 例, D1 期 36 例, D2 期 8 例。试验组年龄 39~73 岁, 平均(69.14±7.38)岁; 病理分型: 腺癌 51 例, 鳞癌 8 例; 癌症分期: C 期 16 例, D1 期 34 例, D2 期 9 例。两组患者在年龄、癌症病理分型和临床分期差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。纳入标准: (1) 经过明确的组织病理学检查确诊为前列腺癌; (2) 临床分期 ≥ C 期; (3) 患者经临床会诊讨论后得出无法进行根治手术或局部放射治疗的结论; (4) 年龄 ≥ 18 岁; (5) 患者接受保守治疗并配合治疗与护理, 签署之情同意书。排除标准: (1) 患者具有前列腺癌以外的其他恶性肿瘤; (2) 具有肝脏、肾脏、心脑血管等严重疾病; (3) 患有老年痴呆的患者; (4) 患者恶性肿瘤终末期卡氏功能状态评分(KPS) < 60 分。

**1.2 方法** 两组患者均依照按《中国泌尿外科疾病诊断治疗指南》给予单纯的内分泌保守治疗。对照组采用常规护理, 即保证患者房间的干净、整洁、舒适、安静、空气流通; 根据患者自

\* 基金项目: 哈尔滨市应用技术与开发项目(2014RFQJ088)。

作者简介: 陈瑶, 女, 主管护师, 主要从事泌尿外科护理方面的研究。

身感觉调节适宜温湿度;密切观察患者的神志、生命体征变化;根据患者病情进行饮食护理,掌握饮食禁忌,指导患者积极配合饮食;对患者进行心理疏导,通过与患者交流,帮助患者树立起角色观念,进入最佳治疗状态。试验组在对照组基础上给予奥马哈系统联合中医特色护理。

**1.2.1 奥马哈系统护理** 主要包括以下几部分内容。(1)对研究小组的护理成员进行奥马哈系统在前列腺癌患者护理中的应用相关知识培训,并经过考核合格后正式参与本次护理研究。(2)成立护理随访组,由2名副高级职称的护师带领本组人员对患者进行随访干预。根据患者的一般资料对照奥马哈系统的问题条目,进行综合评估表设计,综合评估表包括奥马哈系统的4个核心领域(环境、心理、生理、健康相关行为)和42个可能影响患者健康状况的问题。(3)依据综合评估量表得到的结果,对患者所存在的问题进行分类整理建立档案,并进行认知、行为、现况评分,认知评分以个案记忆和对相关问题的解释能力为标准,行为评分以适应环境和达到目的后的反应为标准,现况评分以个体的主客观症状或体征为标准,3个方面评分均采用Likert5级评分法<sup>[5]</sup>(0分为完全不,1分为有一点,2分为有些,3分为相当,4分为非常)。(4)以奥马哈处置干预子系统为框架对以上分析发现的问题制订相应护理计划,具体包括:①生理领域,通过健康知识宣讲,发放个人健康手册等反复与患者和家属沟通;进行案例教育,通过视频短片、短小故事等方式让患者及家属了解其他前列腺癌患者拥有较好生活质量的案例,让患者和家属学习自我管理知识;单独与家属交谈,让家属最大限度的发挥对患者的支持;已经发生比较严重恶病质表现的患者,进行强化个案管理。②心理领域:对患者和家属的情感疏导,通过询问患者及家属遇到的问题,进行护理重点的指导,同时做一个有耐心的倾听者,及时了解患者的心理状况;可以让心态积极的患者相互成立支持组,让其积极应对疾病的心态经验得到充分的交流,以增强彼此对抗疾病的信心;专门对家属进行心理辅导,动员其合理的安慰患者,让其树立起治疗的信心;留下护理随访组的联系方式,让患者在感到无助时立即与护理随访组联系交流。③环境领域:对患者的家属、近亲属,以及邻里关系人员进行劝说,鼓励他们多关心患者,为患者创造一个良好温馨的康复环境;指导患者及家属利用可利用的医疗资源,最大程度享受医疗政策辅助;传授家庭护理技巧,提高患者自我护理能力,及家属的护理能力。④健康相关行为领域:指导患者利用转移注意、想象放松法等进行病痛缓解;引导患者融入社区生活,参加社区一些活动;组织患者进行康复交流活动,认识不同的癌症患者,并相互交流,保持联系,通过观察,互助等方式提高自我管理能力和护理随

访组于护理过程中第1、2、3个月每月进行随访并对KPS进行评估。

**1.2.2 中医特色护理** 试验组在奥马哈系统护理基础上联合中医特色护理,包括耳穴压豆法护理和吴茱萸粗盐热敷护理。耳穴压豆法:主穴取肾、膀胱、二阴,配穴皮质下、内分泌、交感。具体操作:耳廓75%酒精消毒后,以棉签光头端按压穴位,寻找压痛点,以王不留行籽置于压痛点上,用0.6cm<sup>2</sup>胶布固定,轻按压王不留行籽,至患者身体发热。嘱患者及家属注意每日自行按压穴位3~4次。耳穴压豆法应注意严格消毒,操作应轻柔,患者需耐受,防止皮肤破损,另有心脏疾病及耳部疾病者禁用。吴茱萸粗盐热敷:以吴茱萸250g、粗盐250g,砂锅加热至60~70℃,装入棉布袋中,患者触之自觉不烫时外敷于腰背部、神门至耻骨联合之间关元穴周围,2次/天,每次30min,两次间隔>6h。热敷护理注意要以移动游走方式外敷,切忌停留于一点长时间外敷,以防烫伤皮肤。

**1.3 观察指标** 于护理初期和护理3个月后,测量患者的血红蛋白(Hb)、自然杀伤(NK)细胞水平、CD4/CD8、血清前列腺特异抗原(PSA)、游离前列腺特异性抗原(f-PSA)、奥马哈系统评分、慢性疾病治疗功能评估-灵性量表(FACIT-Sp)评分,对比两组患者上述指标护理前后的差异。FACIT-Sp评分标准采用Likert5级评分法,对患者的信念、意义、平和3个维度进行评分,3个维度分数和作为总评分<sup>[6]</sup>。

**1.4 统计学处理** 使用SPSS17.0统计处理软件进行数据分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用t检验。以P<0.05为差异有统计学意义。

**2 结 果**

**2.1 两组患者护理前后生理指标和FACIT-Sp评分情况** 护理前,两组Hb、NK细胞水平、CD4/CD8、PSA、f-PSA、FACIT-Sp评分均差异无统计学意义(P>0.05);护理3个月后,试验组内全部指标与护理前比较,差异均有统计学意义(P<0.05);对照组内PSA、f-PSA与护理前比较,差异有统计学意义(P<0.05);护理3月后试验组与对照组间相比,Hb、NK细胞水平、CD4/CD8、PSA、f-PSA、FACIT-Sp评分差异均有统计学意义(P<0.05)。见表1。

**2.2 两组患者的奥马哈系统认知、行为、状况评分** 护理前,两组生理、心理、环境、健康相关领域的认知、行为、状况评分差异均无统计学意义(P>0.05);护理3月后,试验组相关指标得分均高于护理前,差异有统计学意义(P<0.05);对照组内相关指标得分均高于护理前,差异有统计学意义(P<0.05);护理3月后,试验组与对照组比较,差异有统计学意义(P<0.05)。见表2。

表1 两组患者护理前后生理指标和FACIT-Sp评分情况( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	时间	Hb (g/L)	NK (%)	CD4/CD8	PSA (ng/mL)	f-PSA (ng/mL)	FACIT-Sp
试验组	59	护理前	112.11±12.47	16.27±4.01	1.22±0.64	11.35±1.24	9.51±1.15	7.53±0.37
		护理3个月	125.62±13.43*#	34.17±5.28*#	1.60±0.27*#	2.90±1.18*#	1.37±0.52*#	12.31±0.39*#
对照组	59	护理前	113.56±12.58	17.02±2.94	1.25±0.63	12.01±1.63	10.59±1.77	7.66±0.41
		护理3个月	109.34±15.49	16.27±3.34	1.30±0.58	4.23±1.34*	2.69±0.81*	8.89±0.62

注:与同组护理前比较,\*P<0.05;与对照组比较,#P<0.05

表 2 护理前后两组患者的认知、行为、状况评分(分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	时间	生理领域			心理领域		
			认知	行为	状况	认知	行为	状况
试验组	59	护理前	2.49±0.12	2.69±0.11	2.88±0.13	3.15±0.14	2.34±0.12	2.69±0.14
对照组	59		2.52±0.11	2.73±0.13	2.89±0.11	3.09±0.13	2.28±0.13	2.71±0.12
t			1.416	1.804	0.451	1.412	1.605	0.833
P			0.155	0.078	0.611	0.159	0.114	0.432
试验组	59	护理 3 个月	3.93±0.09*	3.79±0.11*	3.41±0.24*	4.10±0.07*	3.87±0.22*	4.02±0.27*
对照组	59		2.67±0.20*	2.77±0.21	2.63±0.14	2.96±0.31	2.35±0.18	3.04±0.09*
t			44.128	33.048	29.856	32.386	41.073	26.449
P			<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

  

组别	n	时间	环境领域			健康相关领域		
			认知	行为	状况	认知	行为	状况
试验组	59	护理前	2.31±0.13	2.86±0.16	2.84±0.12	2.14±0.11	2.30±0.12	2.10±0.11
对照组	59		2.29±0.14	2.88±0.16	2.82±0.11	2.13±0.12	2.29±0.12	2.14±0.13
t			0.804	0.486	0.944	0.472	0.453	1.803
P			0.462	0.602	0.354	0.605	0.61	0.079
试验组	59	护理 3 个月	3.36±0.16*	3.81±0.24*	4.06±0.31*	3.99±0.17*	3.62±0.24*	3.88±0.21*
对照组	59		2.41±0.22	3.01±0.37	2.78±0.55	2.86±0.31*	2.68±0.09*	2.37±0.28
t			26.824	13.933	15.572	24.549	28.168	33.138
P			<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

注:与同组护理前比较,\* P<0.05

### 3 讨 论

前列腺癌发病初期多表现为尿频、尿急、尿路刺激征等,患者主观极易将其认为是前列腺炎、前列腺增生或其他尿路疾病<sup>[7-9]</sup>,往往自行购买药物服用,或者仅接受基础诊疗,未进行系统检查,在发现为恶性病变时,很多患者已经失去手术根治的机会,即前列腺癌晚期。晚期前列腺癌患者,主要的治疗手段是内分泌治疗等保守疗法,但是这种疗法不良反应多<sup>[10]</sup>,患者的生活质量、精神状态、免疫力等都较低下,并且出现贫血、食欲减退、体弱乏力的症状,临床上对于这些症状基本不能利用药物进行改善,因此借助护理的方法对患者进行干预就成了缓解晚期前列腺癌患者病痛的最佳选择。

奥马哈系统起源于上世纪 70 年代的美国,经过 40 余年的发展,现在欧美发达国家已经将其广泛用于护理教育、社区护理、临床护理、延续护理、护理研究等许多领域<sup>[11]</sup>,其包括问题分类、处置干预以及结局评价 3 个系统,通过资料评估、陈述问题、确认健康问题得分、制订护理计划并实施、进行护理过程评估、进行护理成果评估这一套连续完整的系统,对患者造成健康影响的所有因素几乎全部包括其中,并根据患者个人状况,制订包含生理、心理、环境、健康相关行为 4 方面的护理计划,进行针对性的特殊护理,努力改善可能影响患者健康的尽可能全面的因素<sup>[12]</sup>。同时,晚期癌症患者在自身生理机能变差以外,其心理健康对自身病情的影响同等重要,患者在知晓自己病情时往往都承受着巨大的精神压力,部分患者产生厌世、孤独,甚至拒绝治疗、轻生等念头。奥马哈系统护理通过对患者的全面分析,加强与患者沟通,促进患者获得环境支持,帮助患者进行心理疏导等护理方式,能够有效地缓解患者心理压力,

从而更利于患者病痛的缓解<sup>[13]</sup>。中医特色护理脱胎于传统中医治疗,其具有现代西医不具备的诸如方法多样、简单、灵活、成本低等特殊优势<sup>[14-15]</sup>。本组研究针对晚期前列腺癌护理采用的耳穴压豆法和吴茱萸粗盐热敷法是依据中医经穴理论而实施的。前列腺癌在中医文献中并无记载,但根据症状将其归属为“癃闭”“积聚”“淋症”范畴,属本虚标实,邪实则气滞,生痰湿、瘀毒,故应以解毒、祛瘀、益气治疗<sup>[16]</sup>。前列腺属于肾系统,又具有分泌功能,故耳穴压豆取肾、膀胱、二阴,配穴皮质下、内分泌、交感,用于刺激患者的肾经、膀胱经、内分泌系统、交感神经系统,同时,吴茱萸具有通畅气机、祛邪行气功效,故配以吴茱萸粗盐热敷,二者结合从而达到疏散瘀毒、通气益气、行气通腑等功效,有利于患者疼痛减轻,缓解精神紧张等。本组研究显示,经过奥马哈系统联合中医特色护理 3 个月后,试验组患者在 Hb、NK 细胞水平、CD4/CD8、PSA、f-PSA、奥马哈系统评分、FACIT-Sp 都得到显著的改善,说明该种护理方式具有明显的改善晚期前列腺癌患者临床症状,提升患者情绪,提高患者生活质量的作用。特别是对于 FACIT-Sp 评分的改善具有较强的证明力。FACIT-Sp 是被公认适用于晚期癌症患者灵性评估的量表,其评估患者对生命的目的和意义、内心的感受与安宁,评估患者疾病与其自身信念的关系等<sup>[17]</sup>,该评分的高低直接反应癌症晚期患者的主管生活质量。本组研究经过 3 个月的干预,试验组 FACIT-Sp 评分显著高于对照组,说明研究采用的护理方法对患者灵性支持具有显著的作用。

综上所述,奥马哈系统联合中医特色护理能够在生理、心理、患者健康相关行为以及患者所处的环境等多方面起到积极的作用,有利于晚期前列腺癌患者的治疗。

参考文献

[1] Balboni J, Sullivan A, Amobi A, et al. Why is spiritual care infrequent at the end of Life? Spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training[J]. *J Clin Oncol*, 2013, 31(4):461-467.

[2] 李淑静, 黄静. 经腹膜外腹腔镜前列腺癌根治术患者的护理[J]. *山东医药*, 2015, 35(4):108-109.

[3] 卫丹, 刘沫, 田园. 国内基于奥马哈系统的护理研究现状分析[J]. *中国实用护理杂志*, 2016, 32(11):863-867.

[4] 袁玮, 杨桂华, 常宗霞, 等. 中医优势病种护理方案在综合医院的实施与管理[J]. *中华现代护理杂志*, 2015, 21(31):3821-3822.

[5] 李静芝, 张丽娟, 由天辉, 等. 基于奥马哈系统的延续护理在乳腺癌患者术后康复中的应用[J]. *中国实用护理杂志*, 2015, 31(24):1825-1828.

[6] 刘翔宇, 韦迪, 湛永毅, 等. 中文版慢性疾病治疗功能评估-灵性量表在癌症患者中的信效度评定[J]. *中华护理杂志*, 2016, 51(9):1085-1090.

[7] 王绍莉. 支持性护理对前列腺癌患者需求的影响[J]. *国际护理学杂志*, 2015, 34(24):3375-3378.

[8] Lazenby M, Khatib J, Al-Khair F, et al. Psychometric properties of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-being(FACIT-Sp) in an Arabic-speaking, predominantly Muslim population[J]. *Psychooncology*, 2013, 22(1):220-227.

[9] Radhakrishnan K, Martin S, Johnson E, et al. Effective

Teaching-Learning strategies for the Omaha system[J]. *Home Healthc Now*, 2016, 34(2):86-92.

[10] Lee S, Kim E, Monsen A. Public health nurse perceptions of Omaha System data visualization[J]. *Int J Med Inform*, 2015, 84(10):826-834.

[11] 景丽伟, 张田, 邢凤梅, 等. 奥马哈干预系统对 housebound 老年人抑郁和 ADL 的影响[J]. *中国老年学杂志*, 2015, 35(15):4331-4333.

[12] Kerr J, Flaten C, Honey L, et al. Feasibility of using the Omaha system for community-level observations[J]. *Public Health Nurs*, 2016, 33(3):256-263.

[13] Abbott A, Fuji T, Galt A. A qualitative case study exploring nurse engagement with electronic health records and E-Prescribing[J]. *West J Nurs Res*, 2015, 37(7):935-951.

[14] 肖怀芳, 冯银琼, 陈代兴, 等. 中医护理干预和集束化护理联合应用急性重症胰腺炎疗效观察[J]. *中国中医急症*, 2016, 25(9):1830-1832.

[15] 朱育明, 蔡珏, 陆泳, 等. IgA 肾病中医护理方案的临床应用研究[J]. *护士进修杂志*, 2014, 29(23):2174-2175.

[16] 龚礼敏, 张雅丽. 护士实施中医护理方案体验的质性研究[J]. *中国实用护理杂志*, 2016, 32(16):1269-1272.

[17] 朱宏锐, 吕晓凡, 鲁丰华, 等. 晚期癌症患者灵性照护的研究进展[J]. *解放军护理杂志*, 2015(17):32-35.

(收稿日期:2017-01-21 修回日期:2017-03-29)

(上接第 2200 页)

and outcome of major complication following conventional TAE/TACE for hepatocellular carcinoma[J]. *Medicine (Baltimore)*, 2016, 95(49):e5606.

[3] 胡昆鹏, 汤照峰, 姚志成, 等. 肝细胞癌经导管动脉化疗栓塞术后严重并发症患者的诊治体会[J/CD]. *中华肝脏外科手术学电子杂志*, 2014, 3(2):104-107.

[4] European Association For The Study Of The Liver, European Organisation For Research And Treatment Of Cancer. EASL-EORTC clinical practice guidelines: management of hepatocellular carcinoma[J]. *J Hepatol*, 2012, 56(4):908-943.

[5] Salamoto I, Iwanaga S, Nagaoki K, et al. Intrahepatic biloma formation(bile duct necrosis) after transcatheter arterial chemoembolization[J]. *AJR Am J Roentgenol*, 2003, 181(1):79-87.

[6] 陈欣, 张宏, 戴社教, 等. 医源性肝包膜下胆汁瘤的临床及 CT 表现[J]. *实用放射学杂志*, 2016, 32(8):1226-1229.

[7] 赵小微, 许芸芸, 盛月红. 肝癌经皮射频消融术后并发胆汁瘤的原因分析与护理[J]. *解放军护理杂志*, 2013, 30(8):54-56.

[8] 陈佩, 毛鑫群. 经导管动脉化疗栓塞术后并发胆汁瘤的观察及护理[J]. *护士进修杂志*, 2012, 27(21):1960-1962.

[9] Kim Y, Kwon H, Oh H, et al. Percutaneous transhepatic embolization of a bronchobiliary fistula developing sec-

ondary to a biloma after conventional transarterial chemoembolization in a patient with hepatocellular carcinoma[J]. *Cardiovasc Intervent Radiol*, 2016, 39(4):628-631.

[10] Dhamija E, Paul SB, Gamabagati SR, et al. Biliary complications of arterial chemoembolization of hepatocellular carcinoma[J]. *Diagn Interv Imaging*, 2015, 96(11):1169-1175.

[11] 曾昭吝, 刘雪莲, 黄文蕪, 等. 肝细胞癌肝动脉化疗栓塞术后胆汁瘤形成的危险因素及临床特点分析[J]. *中华医学杂志*, 2015, 95(13):1002-1005.

[12] 曾昭吝, 蔡明岳, 黄文蕪, 等. 肝动脉化疗栓塞术后胆汁瘤形成 63 例临床分析[J]. *介入放射学杂志*, 2013, 22(12):989-993.

[13] 江峰, 郑伟良, 陶志刚, 等. 肝癌介入治疗后并发胆汁瘤的 CT 动态分析[J]. *医药前沿*, 2016, 6(27):60-61.

[14] Wang Z, Wang MQ, Duan F, et al. Bile Duct Injury after Transcatheter Arterial Chemoembolization: Risk Factors and Clinical Implication [J]. *Hepatogastroenterology*, 2014, 61(132):947-953.

[15] 刘昭明, 李祯, 许丙辉, 等. 肝细胞癌患者介入手术后胆汁瘤发病因素与临床特点[J]. *中国普通外科杂志*, 2016, 25(7):973-978.

(收稿日期:2017-01-19 修回日期:2017-03-27)