

胰腺癌术中放疗的围术期护理

郭影 刘颖

【关键词】 胰腺肿瘤; 放射疗法; 围术期护理

胰腺癌早期诊断率低,多数患者就诊时已无法手术切除,放射治疗是胰腺癌的重要辅助治疗方法。术中放疗(intraoperative radiotherapy, IORT)是指在术中直视条件下,利用电子线对肿瘤病灶进行一次大剂量照射。与常规外照射相比,术中放疗主要有以下优点:可精确设定照射野,单次大剂量照射,靶区剂量均匀,正常组织和器官受照射量小,不影响术后的体外放疗等^[1]。中国医学科学院肿瘤医院胰胃外科 5 年来完成胰腺癌术中放疗 232 例,取得满意疗效。现将相关围术期护理经验总结如下。

一、资料与方法

1. 一般资料:2009 年 1 月—2014 年 1 月我科共行胰腺癌术中放疗 232 例,其中男 125 例,女 87 例,年龄 49~82 岁,中位年龄 58 岁。术中均经穿刺证实为胰腺癌,肿瘤位于胰头 178 例,胰体尾 54 例。

2. 治疗方法:手术均在术中放疗专用手术室进行,术中判断肿瘤无法行根治性切除,并在术中获得病理学证据。放

疗使用美国 MOBETRON 术中放疗机,根据肿瘤实际情况选择不同直径与不同角度的限束器和基座,采用 9~16 Mev 能量电子线照射肿瘤部位,照射总剂量 15~25 Gy。在术中放疗基础上附加胃空肠吻合术 120 例,胆囊空肠吻合术 191 例。

二、结果

232 例患者无一例术中死亡。术后并发症的发生率低,主要并发症包括:胃排空功能障碍 27 例占 11.6%,切口脂肪液化或感染 19 例占 8.2%,肺部感染 11 例占 4.7%,下肢深静脉血栓 1 例占 0.4%。所有患者经术后对症治疗及精心护理后均顺利出院。

三、围术期护理

1. 心理护理:胰腺癌预后差,患者普遍存在恐惧、绝望的心理,怀疑新治疗方法的疗效,担忧治疗费用^[2]。护理上首先让患者明白术中放疗是为了提高生活质量,改善疾病预后,并能减少体外放疗反应和费用,帮助患者树立起信心,以取得其主动配合。对不了解自己病情的患者,要协助指导家属逐步告知,以利术后能继续坚持治疗^[3]。在做护理时与患者进行各种形式的交流,了解并及时疏导负面情绪,满足患者的心理需求。

DOI:10.3760/cma.j.issn.1674-2907.2015.35.028

作者单位:100021 北京,中国医学科学院肿瘤医院胰胃外科

通信作者:郭影,Email:gy197@189.cn

[5] Finkel KW, Podoll AS. Complications of continuous renal replacement therapy[J]. Semin Dial,2009,22(2):155-159.

[6] Levy MM, Dellinger RP, Townsend SR. Surviving Sepsis Campaign: The Surviving Sepsis Campaign: results of an international guideline-based performance improvement program targeting severe sepsis[J]. Crit Care Med,2010,38(2):367-374.

[7] 刘洋,顾勤,徐宁,等.去甲肾上腺素对脓毒性休克心排出量的影响及相关因素分析[J].中国呼吸与危重监护杂志,2014,13(1):49-52.

[8] Stoves J, Goode NP, Visvanathan R, et al. The bradykinin response and early hypotension at the introduction of continuous renal replacement therapy in the intensive care unit[J]. Artif Organs,2001,25(12):1009-1013.

[9] Kim IB, Fealy N, Baldwin I, et al. Circuit Start during Continuous Renal Replacement Therapy in Vasopressor-Dependent Patients: The Impact of a Slow Blood Flow Protocol[J]. Blood Purif,2011,32(1):1-6.

[10] 林小红.休克早期患者有创和无创血压监测的比较[J].护士进修杂志,2008,23(3):265-266.

[11] 张艳红,郑晓丹,廖爱娇,等.静脉使用血管活性药物的护理安全问题及对策[J].中国实用医药,2012,7(14):198-199.

[12] Iijima H, Okada Y, Tsunoda M, et al. Quantification of norepinephrine and its metabolites in the plasma of renal failure models[J]. Nephron Physiol,2010,116(2):9-16.

[13] Trotman RL, Williamson JC, Shoemaker DM, et al. Antibiotic dosing in critically ill adult patients receiving continuous renal replacement therapy[J]. Clin Infect Dis,2005,41(8):1159-1166.

[14] Quinto BM, Iizuka IJ, Monte JC, et al. TNF- α depuration is a predictor of mortality in critically ill patients under continuous veno-venous hemodiafiltration treatment[J]. Cytokine,2015,71(2):255-260.

[15] Jones AE, Puskarich MA. The Surviving Sepsis Campaign guidelines 2012: update for emergency physicians[J]. Ann Emerg Med,2014,63(1):35-47.

[16] 张少雷,孙荣青.血管升压药物在感染性休克中的应用[J].中国呼吸与危重监护杂志,2011,10(3):209-210.

[17] Mehta S, Granton J, Gordon AC, et al. Cardiac ischemia in patients with septic shock randomized to vasopressin or norepinephrine[J]. Crit Care,2013,17(3):117.

[18] Sennoun N, Montemont C, Gibot S, et al. Comparative effects of early versus delayed use of norepinephrine in resuscitated endotoxic shock[J]. Crit Care Med,2007,35(7):1736-1740.

[19] Georger JF, Hamzaoui O, Chari A, et al. Restoring arterial pressure with norepinephrine improves muscle tissue oxygenation assessed by near-infrared spectroscopy in severely hypotensive septic patients[J]. Intensive Care Med,2010,36(11):1882-1889.

(收稿日期:2015-03-01)

(本文编辑:何成伟)

2. 术前基础护理:术前指导患者增加优质蛋白质的摄入,注意饮食规律,忌辛辣刺激食物。胰腺癌患者多数有吸烟史,要提醒患者戒烟,每日雾化吸入,告知正确的排痰方法。提前告知患者术后腹腔置管的重要性,以取得患者的配合。让患者了解胃肠减压管的作用及可能造成的不适感,以便术后能主动配合。对于有高血压、糖尿病史的患者,要每日定时测量血压、血糖,提醒患者按时服用降压、降糖药物。

3. 术后观察及护理:术后给予 24 h 心电监护、吸氧,密切注意患者的血压、心率,发现问题及时报告医生。准确记录 24 h 尿量,尿少时应及时排除尿管阻塞可能,并报告医生。观察引流液颜色,及时发现出血情况。尤其是术前有梗阻性黄疸的患者,术后凝血功能较差,更要严密观察。生命体征平稳后给予半坐卧位,利于腹腔积液的引流及肺部气体交换,并有助于减轻腹部切口疼痛。指导患者做下肢屈伸活动,帮助患者定时翻身,给予四肢皮肤按摩。做好口腔护理及会阴护理,使患者身体清洁舒适。本组患者术后因引流管多,切口疼痛,身体虚弱,易产生消极悲观心理,应主动耐心聆听患者的诉说,讲解术后密切配合的重要性;减轻患者的疼痛,在药物镇痛的基础上采取措施转换或分散患者的注意力;对出现并发症的患者,应鼓励患者保持乐观心理,积极配合治疗。增加患者的安全感,关心、体贴患者,对患者的病痛并表示理解,定时到床前进行交流沟通,随时解决患者的需求。通过与患者的亲切交流,建立良好的护患关系,同时调动患者家属的积极性,增强其战胜病痛的信心。

4. 引流管护理:术后引流管道较多,包括胃肠减压管、腹腔引流管、导尿管、肠内营养管、鼻吸氧管等。护理工作应妥善连接各引流管,并逐一做好标记,定期挤压引流管保持通畅,依据患者体位随时调整引流管位置,避免重力牵拉造成引流管口疼痛。各引流管应保持密闭状态,引流袋每周更换 1~2 次,更换时先消毒各接头后再分离、连接管道。胃肠减压管应定期用 0.9% 氯化钠溶液液 50 ml 缓慢冲吸,防止堵塞。术后每日密切观察引流液的颜色、性质并精确记录引流量。

5. 腹部切口的护理:患者返回病房后,进行妥善的腹带固定,交代家属或陪护人员在患者咳嗽时注意保护切口。定期更换腹带以保持清洁,并随时检查腹带固定情况,松紧要适度,满足患者保护切口及正常呼吸活动的需求。患者术后较易并发切口感染,需随时关注患者的腹部切口愈合情况,有无渗血、渗液等,有问题及时报告主管医生。

6. 预防肺部感染:对于高龄患者,常伴有肺部基础疾病,肺分泌物较多,易出现肺部感染等情况,因此呼吸道管理极为重要。麻醉清醒后予以呼吸及咳嗽指导,坐位时进行有效咳嗽以利肺扩张,改善通气功能,保证肺充分扩张。为协助患者有效咳痰,可辅助应用 0.9% 氯化钠溶液 30 ml、盐酸氨溴索 15 mg 行雾化吸入,每日至少 2 次。帮助患者进行有效的叩背,同时令患者咳嗽,以利痰液排出,术后每天不少于 4 次。

7. 疼痛管理:本组均为胰腺癌局部晚期患者,肿瘤无法行手术切除,术后局部疼痛较为严重,常伴有腰背部疼痛^[4]。护理工作上要关注患者疼痛情况,通过听广播、交谈、看电

视、读书看报等方法分散患者注意力,使患者身心放松,缓解疼痛^[5]。严重的癌性疼痛应及时报告主管医生,并给予相应的止痛药物。

8. 预防放疗并发症的护理:虽然术中放疗较体外放疗不良反应小,但放射线对机体正常组织仍然有一定的损害,可能会引起呕吐、腹胀、腹泻、胃排空功能障碍等消化道症状以及腹盆腔局部炎症等,并且这些症状的出现比单纯外照射要早,护理上应积极采取预防措施,尽早发现症状并及时处理。胃肠道对射线的耐受性差,除术中做好保护措施外,术后应做好饮食护理。具体措施包括:术后待肠功能恢复后才开始进流食、半流食,并逐渐改为软食。指导患者少量多次进食,进食少渣、易消化软食,避免油腻、干、硬食物,特别要注意饮食卫生。保持大便通畅,每日关注排气排便情况,密切注意有无腹痛、腹泻、便血等症状^[6]。如有相关情况发生应及时报告医生,采取积极的处理措施。

9. 出院指导:出院时指导患者术后 2 个月内不进行重体力劳动和大幅度运动,特别是腹部的动作。要使患者及家属明白术后还需补充进行体外放射治疗,以巩固疗效。胰腺癌易进展和转移,告知患者家属 1 个月后返院复查,尤其是腹部影像学检查,以指导进一步治疗。让患者了解部分放疗反应出现较慢,出院后仍要定期复查血象和肝、肾功能等。逐步恢复正常饮食,密切关注排便情况,如有不适要及时与医生沟通,如遇意外情况要及时就诊。

讨论 胰腺癌术中放疗是近年开展的手术方式,主要针对胰腺癌局部晚期患者。术中放疗相较于体外放疗术后放疗反应轻,并发症发生率低,是一种安全有效的胰腺癌治疗的新手段。然而大部分患者对此新技术的应用认识不足,容易产生疑虑和恐惧心理。护理工作中需让患者明白术中放疗的必要性,以取得其主动配合。同时因其特殊的手术方式,术后除密切观察各项生命体征的变化外,还要重视腹盆腔各种引流管的护理,密切观察引流液的颜色、性质、量的变化,警惕术后出血、吻合口瘘、肺部感染以及放疗相关并发症的发生。在患者胃肠道功能恢复后,要及时进行饮食调理,加强营养。术后有效的护理治疗可以促进患者的术后恢复。护士在临床护理工作中应及时掌握新技术的特点,做好围术期护理,促进患者术后康复。

参 考 文 献

- [1] 王成锋,白晓枫,张建伟,等. 术中放疗在局部晚期胰腺癌治疗中的作用[J]. 中华医学杂志, 2011, 91(4): 243-246.
- [2] 周静,黄晓辉,薛香香,等. 术中放疗在腹膜后肿瘤切除术中的应用及护理[J]. 护理研究, 2014, 28(3): 313-314.
- [3] 李桂霞,李蕊,米曰堂,等. 胰十二指肠切除术患者的舒适护理[J]. 中华护理杂志, 2010, 45(10): 949.
- [4] 董凤齐. 胰腺癌患者疼痛状况与疾病不确定感和希望水平的相关性研究[J]. 中国实用护理杂志, 2013, 29(17): 20-23.
- [5] 胡燕,赵慧华,郑业伟,等. 胰腺癌根治性切除手术的围术期护理[J]. 护士进修杂志, 2014, 29(14): 1306-1308.
- [6] 王广胜. 胰腺癌术后肠内营养护理的应用[J]. 中国医药导报, 2013, 10(9): 133-135.

(收稿日期:2015-01-03)

(本文编辑:何成伟)