

# 121 例进展期胰腺癌术中放疗后并发症的临床观察及护理

钱雪和 芳 牛丽霞 王成锋

**摘要** 总结了进展期胰腺癌患者行术中放疗后并发症的发生原因及临床护理经验。回顾性分析 121 例进展期胰腺癌行术中放疗后患者的临床资料。本组病例中共出现 6 种并发症,分别为胃排空障碍 8 例(6.6%),出血 3 例(2.5%),腹腔感染 2 例(1.7%),胰瘘 3 例(2.5%),胆瘘 1 例(0.8%)和急性肾功能不全 1 例(0.8%)。认为对胰腺癌术后患者进行严密观察和实施相关预防性处理有助于减少并发症的发生,提高患者的生活质量。

**关键词:**胰腺癌;术中放疗;并发症;护理

**中图分类号:**R473.73

**文献标识码:**B

**文章编号:**1006-6411(2018)14-0066-03

胰腺癌是恶性程度极高的消化道肿瘤之一。2015 年国家癌症中心数据显示,全年共新发胰腺癌 9.01 万例,死亡近 8 万例<sup>[1]</sup>,五年生存率仅约为 5%,确诊后能够手术切除的患者不足 25%<sup>[2]</sup>。由于胰腺解剖位置的特殊性对胰腺癌行外照射(external beam radiotherapy, EBRT)治疗的效果一直难以令人满意,近年来术中放疗(intraoperative radiotherapy, IORT)在进展期胰腺癌患者中的应用价值备受关注<sup>[3]</sup>。术中放疗是指在手术中针对瘤床及无法切除的残存肿瘤进行一次性大剂量的照射,能够极大降低肿瘤细胞修复率,提高生物学效应,减少毒副反应并延长患者术后生存期<sup>[4]</sup>。本研究回顾性分析了本院 2014 年 1 月~2017 年 1 月间收治 121 例行术中放疗的进展期胰腺癌患者的临床护理资料,对术后并发症的发生原因及临床表现进行了总结分析,发现对术中放疗的患者进行严密观察并采取预防性处理措施有助于降低术后并发症发生并且改善患者生存质量,现报告如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 回顾性分析 2014 年 1 月至 2017 年 1 月在本院确诊并行术中放疗的 121 例进展期胰腺癌患者的临床资料,其中男性 71 例(59.2%),女性 50 例(41.7%),年龄 45~79 岁,平均年龄(61.6±10.3)岁。术前病理及术中穿刺均确诊为进展期胰腺癌,包括胰头癌 98 例,胰体尾癌 23 例。

**1.2 方法** 术中放疗采用美国 Mobertron linear accelerator 术中放疗机,应用 10~12 Mev 能量电子线照射肿瘤部位,照射总剂量为 1 200~2 000 Cgy。根据肿瘤浸润程度决定治疗靶体积,尽量减少邻近正常组织的暴露。术中行胃肠 roux-en-y 吻合术 65 例,胆肠吻合术 87 例。

**1.3 结果** 121 例进展期胰腺癌行术中放疗患者术后多数未出现并发症,将已出现的并发症归纳为六种,少数病例同时合并有多种并发症。具体概括如下:胃排空障碍 8 例(6.6%);出血 3 例(2.5%);其中 1 例并发胰瘘;胰瘘 3 例(2.5%),其中同时合并腹腔感染 1 例,合并胃肠道出血 1 例、腹腔感染 2 例(1.7%),其中 1 例并发胰瘘,另 1 例并发胆漏;胆瘘 1 例(0.8%);急性肾功能不全 1 例(0.8%);无死亡病例。

## 2 护理

**2.1 胃排空障碍** 为胰腺癌术中放疗后常见的并发症,可能与放射线对胃窦及十二指肠壁的照射相关。本组 8 例患者均为胰

头癌行术中放疗。术后 3 d 夹闭胃管后,出现恶心、呕吐,呕吐含胆汁胃内容物,伴有慢性病容。术后 7~10 d 出现每日胃管引流液量进行性增多大于 800 ml,并出现饱腹感及上腹部钝痛。**护理措施:**①应用中中西医结合治疗,本科长期与东方医院联合使用胃瘫外敷方,同时指导并协助患者按摩或针刺足三里刺激胃肠功能恢复蠕动,此外针刺与艾灸相结合方法亦具有一定的疗效。②遵医嘱应用胃动力促进剂如盐酸甲氧氯普胺,多潘立酮等药物支持。防止胃内容物返流,加速胃排空。③充分应用胃肠减压技术。密切观察并记录 24 h 负压引流胃液的颜色、性质及量,若发现患者呕吐且胃液量增多应立即报告医生。④胃瘫患者的营养亦非常重要,应及时给予肠外营养支持,维持水电解质平衡。遵医嘱应用 T.P.N 全肠外营养支持,严格控制输液速度。⑤早期应用肠内营养。可搭配肠内营养灌注泵,严格控制滴注速度、浓度、温度以 38~42℃为宜。本组 8 例患者经持续胃肠减压并联合中西医疗治后恢复良好。

**2.2 出血** (1)胃肠道出血:可能与凝血功能障碍及术中照射范围局限于消化道,抑制消化道粘膜的修复能力,故易形成消化性溃疡而出血。本组 3 例出血患者,其中 1 例于术后第 6 天呕吐暗红色胃液伴间断柏油样便,1 例患者合并胰瘘术后第 3 天胃管内引出暗红色液体。(2)腹腔出血:1 例患者于术后第 8 天腹腔引流管引出约 300 ml 鲜红液体,部分伤口敷料渗血、伴腹胀、低血压、面色苍白、呼吸急促。**护理措施:**①围术期严密监测凝血功能,凝血功能若出现异常应及时纠正,遵医嘱补充 Vitk。②术后及时预防性应用相关药物,遵医嘱使用止血药物如苏灵,并应用抑酸药物奥美拉唑防止胃溃疡应激性出血。③注意妥善固定引流管路,引流管长度应适中,防止翻身牵拉等动作刺激伤口影响愈合。④密切观察并记录 24 h 引流液颜色、性状及量。若引流出大量鲜红血液,则应立即通知医生准备急诊手术。迅速为患者建立两条静脉通路予以输血、补液扩充血容量。密切观察生命体征、皮肤色泽、温度、甲床等,配合医生进行抢救,并完善特级护理记录。本组 2 例胃肠道出血患者经保守治疗恢复,腹腔出血患者经二次手术后好转出院。

**2.3 胰瘘** 为胰腺癌术中放疗后常见并发症,可能与大剂量放射线照射致胰腺穿刺活检口周围组织水肿、愈合缓慢有关。本组 3 例患者中 2 例表现为体温过高,腹痛、腹胀、腹腔引流管或伤口持续流出无色清亮液体。其中一例在术后第 2 天合并腹腔感染,白细胞计数大于 15×10<sup>9</sup>/L,另一例合并胃肠道出血。3 例患者术后第 3 天引流液胰淀粉酶均明显升高,超过血清淀粉酶两倍以

上。护理措施:①加强各项基础护理及专科护理。采取半卧位,密切观察并记录 24 h 腹腔引流液颜色、性状及量。妥善固定各引流管,保持管路通畅,确保胰液充分引流,避免在腹腔内积聚,同时注意观察伤口周围皮肤色泽及温度。②预防性用药,遵医嘱术后 24 h 静脉持续泵入人生长抑素类似物如醋酸奥曲肽抑制胰液分泌,同时静脉输注抑制胃酸药物如洛赛克。③严密观察病情,若患者出现发热,持续腹痛,黄疸加重,连续检查胰淀粉酶明显升高应及时通知医生。④早期给予营养支持,促进胰痿愈合。胃肠道恢复蠕动之前应用 T. P. N 全肠外营养支持,严格控制输液速度。胃肠蠕动恢复后可用空肠营养管鼻饲。⑤若胰痿合并腹腔感染,应及时配合医生应用去甲肾上腺素腹腔冲洗引流<sup>[5]</sup>,同时联合抗生素针对性抗感染治疗,防止感染扩散加重导致感染性休克。⑥若胰痿合并腹腔出血,则需联合应用止血药物,严密观察患者生命体征,必要时进行输血、补液抗休克治疗,协助医生完成抢救。⑦保护腹腔引流管口周围皮肤,应用氧化锌软膏涂抹局部皮肤,有助于消肿,促进管口周围皮肤愈合。本组 3 例患者应用药物及相关治疗及护理得以好转。

2.4 胆痿 本组 1 例患者出现胆痿合并腹腔感染。术后 24 h 内该患者出现体温升高、腹部胀痛伴右上腹压痛,腹腔引流管间断引出黄绿色胆汁样液体。护理措施:①密切观察并记录 24 h 引流液颜色、性状及量。保持引流管路通畅,嘱患者平卧位并稍垫高臀部,防止胆汁积聚在体内引起弥漫性腹膜炎<sup>[6]</sup>。若患者出现高热、持续腹部胀痛,引流管内持续流出黄绿色胆汁样液体及时通知医生测定胆红素。②加强营养支持,维持水电解质平衡。早期给予肠外营养,胃肠道恢复蠕动之前遵医嘱应用 T. P. N 全肠外营养,严格控制输液速度。③保持伤口周围皮肤干燥清洁,防止胆汁刺激和损伤皮肤,及时更换引流管周围被胆汁浸湿的敷料,发现胆痿时给予氧化锌软膏涂敷局部皮肤。④对合并腹腔感染者,应用抗生素联合治疗,充分引流胆汁<sup>[7]</sup>,增加换药次数,严格无菌操作。同时加强病房巡视,保持病房安静,减少陪客率,降低接触感染的机会。本组 1 例患者经保守治疗好转。

2.5 急性肾功能不全 本组 1 例患者术后第 3 天出现尿液少于 300 ml,并且血清肌酐逐渐升高至 500  $\mu\text{mol/L}$  以上。这可能与术中创伤应激导致内环境不稳定或血容量不足有关,最终引起水、电解质和酸碱平衡紊乱以及代谢产物蓄积体内<sup>[8]</sup>。护理措施:①为患者留置尿管,每小时观察并记录患者尿液颜色、性质、尿量,测定及尿比重,每 4 h 做一次总结<sup>[9]</sup>。尿量是反映全身灌注特别是肾脏灌注的重要指标,发现异常应及时通知医生处理。②遵医嘱予以补液治疗,根据患者营养状况、中心静脉压、24 h 出入液量及病情变化设定补液方案,输液量应遵循“量出为人、宁少勿多”的原则<sup>[10]</sup>,维持水、酸碱、电解质平衡。③遵医嘱应用排钾利尿剂呋塞米保持钠钾离子平衡,必要时适当补充白蛋白,纠正低蛋白血症。④若患者行血液净化(Continuous Renal Replacement Therapy, CRRT)治疗<sup>[11]</sup>,应严密监测患者生命体征,意识状态及中心静脉压。严格无菌操作,定期维护导管,保持管路通畅。在 CRRT 治疗前,确定导管内无血栓流流通畅后方可与 CRRT 管路连接。CRRT 治疗结束后,先用生理盐水冲净导管的血液,再用肝素盐水正压封管<sup>[12]</sup>。本组 1 例患者

转入 ICU 透析,经专科治疗及护理后好转出院。

2.6 心理护理 患者在知情术中放疗可能会引起出血、胃液量增多等多种并发症后常常出现焦虑及恐慌心理。在护理过程中应多安慰并鼓励患者,采用共情技术与患者交流沟通。解释术后情绪对恢复疾病的重要性,极大减轻患者的心理负担。指导患者运用自我积极暗示、转移注意力,纠正负性情绪,增强患者自尊感和被爱感。在药物镇痛的基础上采取措施转换或分散病人的注意力,建议其利用听音乐、看电视、读报纸等,丰富病房生活。保持良好的心态,避免情绪刺激和波动,鼓励患者保持乐观心态,树立信心,尽快调整状态积极配合治疗及护理。

### 3 小结

胰腺癌行术中放疗具有剂量学优势和直视下进行治疗的优势。不仅可以有效抑制肿瘤的生长,同时提高了肿瘤局部控制率,降低肿瘤复发率,对患者术后康复具有重要的临床意义。胰腺癌行术中放疗作为外科最复杂的手术之一,不仅对医生精湛的术业要求极高,术后护士对患者的病情观察及护理措施同样非常重要。在患者住院期间应定时巡视病房,应用仪器对其进行严密病情监测,根据患者的临床表现,制定不同的护理计划。实践经验表明,通过精心护理,早期发现可能出现的不同并发症,加强术后并发症的管理,告知术后相关注意事项并提供正确健康宣教均有助于降低围手术期并发症的发生,促进胰腺癌患者术后康复,提高患者生活质量。

### 参 考 文 献

- [1] Chen W, Zheng R, Baade PD et. al. Cancer statistics in China [J]. CA Cancer J Clin, 2016, 13(8): 30-32.
- [2] Yutong He, Rongshou Zheng. Pancreatic cancer incidence and mortality patterns in China [J]. Chinese Journal of Cancer Research, 2015, 27(1): 29-37.
- [3] 王伟平, 胡克, 张福泉. 放疗新技术在胰腺癌治疗中的应用[J]. 协和医学杂志, 2015, 4: 300-304.
- [4] 郑苗丽, 冯勤付. 胰腺癌术中放疗的临床研究进展[J]. 中华结直肠疾病电子杂志, 2016, 5(1): 6-10.
- [5] 霍红, 刘姚. 持续腹腔冲洗治疗胰十二指肠切除术后胰痿致腹腔出血的观察及护理[J]. 护士进修杂志, 2012, 27(2): 178-179.
- [6] 周颖, 刘群英, 陈伟. 胰十二指肠切除术后并发胰痿胆痿合并严重感染患者一例的护理[J]. 解放军护理杂志, 2015, 32(23): 48-51.
- [7] 吕少诚, 史宪杰, 梁雨荣, 等. 肝脏及胆管术后胆痿合并腹腔感染的诊疗分析[J]. 中华保健医学杂志, 2012, 14(5): 348-350.
- [8] 黄恒洁, 黄冬梅, 陈万莉, 等. 优质护理服务在急性肾功能衰竭患者中的应用效果分析[J]. 国际护理学杂志, 2015, 14: 1930-1932.
- [9] 王永华, 刘文清, 张姪, 等. 消化道穿孔致复杂性腹腔感染并发急性肾功能衰竭患者的护理[J]. 护士进修杂志, 2014, 18: 1685-1687.
- [10] 陆丽华, 李芸芸. 肝肿瘤患者术后并发急性肾功能衰竭的

# 康复干预对甲状腺肿瘤手术患者术后疼痛及护理满意度的影响

何国琴

**摘要** 目的 探讨术后康复干预对甲状腺肿瘤手术患者术后疼痛及护理满意度的影响。方法 选取本科室2017年1月~7月收治的74例甲状腺肿瘤手术患者并随机将其分为2组,对照组37例,术后给予常规护理,观察组37例,在对照组的基础上加强术后康复干预,比较2组术后12 h、24 h、48 h、72 h时的疼痛情况、恢复情况及护理满意度。结果 观察组术后12 h、24 h、48 h、72 h的疼痛评分低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组术后卧床时间、住院时间短于对照组,并发症少于对照组,护理满意度高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 术后康复护理干预能够明显减少甲状腺肿瘤患者的术后疼痛,促进术后快速康复,提高护理满意度。

**关键词:** 康复干预;甲状腺肿瘤手术;术后疼痛;护理满意度

**中图分类号:** R473.73

**文献标识码:** B

**文章编号:** 1006-6411(2018)14-0068-03

甲状腺是人体重要的内分泌器官,主要功能是合成甲状腺激素,调节代谢。甲状腺肿瘤是常见的甲状腺疾病,常见于女性,且近年来的发病率有逐年增加的趋势。就目前而言,手术是治疗甲状腺肿瘤的有效方法。随着腔镜技术的发展,甲状腺肿瘤的手术治疗也逐渐趋于微创化。但无论采用何种手术治疗方法,术后疼痛都是最常见的临床症状之一。甲状腺肿瘤患者的术后疼痛不仅影响了患者术后的舒适度,增加了患者的疼痛程度,同时也增加了术后并发症的风险,不利于患者的康复<sup>[1]</sup>。有研究发现对甲状腺手术患者采用一定的护理干预能够明显改善患者术后的疼痛状况,减少术后并发症的发生<sup>[2]</sup>。现选取本科室2017年1月~7月收治的74例行甲状腺肿瘤手术的患者作为研究对象,探讨术后康复干预的实施效果,现报告如下。

## 1 对象与方法

**1.1 研究对象** 选取本科室2017年1月~2017年7月收治的74例甲状腺肿瘤手术患者,纳入标准:(1)均符合为良性肿瘤,术后经病理确诊;(2)均知情同意书;(3)年龄70岁以下;(4)无手术禁忌症;(5)无严重的营养不良;(6)心肺功能能够耐受手术;(7)意识清楚,表达功能良好。排除标准:(1)内科疾病或精神障碍病;(2)体重超过标准体重的15%者;(3)血液系统疾病者;(4)合并其他甲状腺疾病;(5)恶性肿瘤者;(6)妊娠期及哺乳期妇女。将所有患者采用信封法随机分为2组,观察组和对照组各37例。观察组中男11例,女26例。年龄32~65岁,平均(39.23±7.25)岁。手术方式:甲状腺部分切除术14例,甲状腺次全切除术15例,甲状腺近全切除8例。单侧病变24例,双侧病变13例。对照组中男13例,女24例。年龄31~68岁,平均(40.05±9.17)

工作单位:225800 宝应 江苏省宝应县人民医院普通外科病区  
何国琴:女,本科,主管护师,护士长  
收稿日期:2017-10-30

岁。手术方式:甲状腺部分切除术12例,甲状腺次全切除术17例,甲状腺近全切除8例。单侧病变26例,双侧病变11例。2组的一般资料比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。该研究经医院伦理委员会同意。

**1.2 方法** 所有患者在全身麻醉联合气管内插管下进行手术治疗,2组术前护理措施基本相同,对照组术后仍给予常规护理,如切口护理、饮食指导、生命体征观察、并发症预防等,当患者主诉疼痛时,视情况给予止痛药物。观察组为减轻术后疼痛,给予术后康复护理干预,内容如下:

**1.2.1 疼痛干预** 术后患者清醒后告知其疼痛为术后正常现象,减轻患者的心理压力。对其讲解术后疼痛的诱因、疼痛的评估、如何描述术后疼痛(性质、强度、部位和持续时间等)以及缓解疼痛的方法,引导患者正确认识疼痛和主述疼痛。告知患者术后常用的镇痛方法及不良反应,指导患者合理使用镇痛药物,提高患者对术后疼痛的应对能力。对手术部位进行局部冰敷,温度5℃~8℃,将以上温度的冰袋置于颈部、左右胸前各一<sup>[3]</sup>。每30 min将冰袋撤去休息1 h,然后接着冰敷。此外,还可指导患者通过深呼吸、转移注意力、冥想等方式减轻疼痛。夜间为患者感觉疼痛较剧烈的时间短,该时间段内加强巡视,对于疼痛敏感的患者酌情给予镇痛药物。还可指导患者进行耳穴按压,于麻醉术后妥善安置后,护理人员对耳轮脚即耳廓深入到耳腔内的横行突起部分采用双手示指和中指按压<sup>[4]</sup>,术后6 h内每2 h按压1次,之后每6 h按压1次。

**1.2.2 术后活动** 术后4 h协助患者翻身,术后患者清醒后指导患者进行深呼吸和有效的咳嗽,告知患者尽量少说话,以促进声带的恢复。术后1~2 d除了继续指导患者进行深慢呼吸和有效的咳嗽外,向患者讲解术后早期活动的目的、意义、方法及注意事项等,提高患者的配合度。术后第1天指导患者取半卧位休息,同时鼓励患者下床活动。下床活动时妥善固定引流管,

原因及护理[J].解放军护理杂志,2012,29(14):47-48.  
[11] 邢朝阳,杨玉军. CRRT治疗急性重症胰腺炎并发急性肾功能衰竭的疗效观察[J].浙江临床医学,2015,17(11):1882-1883.

[12] 张琴,范叶君,张金换,等.急性多器官功能衰竭患者行CRRT治疗的护理体会[J].当代护士(中旬刊),2015,12:110-111.

(本文编辑:王萍 朱冬琴)