

胃肠道恶性肿瘤腹腔内置管热化疗的护理

王晓维 高建武

(陕西省人民医院 陕西 西安 710068)

摘要:腹腔内置管热化疗是一种疗效好,损伤小,毒性反应轻的新型化疗方式。通过对 37 例胃肠道肿瘤病人实施后认为,做好术前心理护理是非常重要的环节。置管化疗中正确选择穿刺点,维持有效流速,保持入腹腔化疗液温度 43℃,并指导病人正确的卧位,严格无菌操作是取得化疗成功的关键步骤。

关键词:腹腔内置管;热化疗;胃肠道肿瘤;护理

中图分类号:R473.73 **文献标识码:**D

腹腔内置管热化疗是指经腹壁适当部位,使用静脉置管针刺入腹腔,将温度为 43℃ 的静脉化疗药物灌入,使药物停留在肿瘤局部,其意义在于提高肿瘤部位的药物浓度,增强对肿瘤细胞的杀伤能力,但却不增加甚至减少全身性毒性作用^[1]。腹腔内化疗属区域性化疗,实践证明,对于恰当的适应症优于其他给药方法。因此越来越被医生及患者接受。我科自 1999 年 4 月~2004 年 4 月;采用腹腔内置管进行热化疗治疗胃肠道肿瘤 37 例,并进行随访 1 年,取得较满意的疗效。现将术前、术中及术后护理配合体会报告如下。

1 临床资料

本组 37 例,男 22 例,女 15 例。年龄 37~81 岁,平均 59 岁。病种分类:胃癌 17 例,结肠癌 14 例,胃底贲门癌 2 例,肝癌 4 例。全部病例经手术和病理证实。

2 治疗方法

选择病人麦氏点或左侧相对应点,利多卡因局麻后,将 AR-RON 公司的 16G 单腔静脉套管经穿刺针导丝引入腹腔,置于腹腔内至少 5cm 固定,另一端连接肝素帽,并将腹腔外管用医用透明胶贴妥善固定在腹壁上。此管将保留至一个化疗周期结束(一般为 5 天)。

根据肿瘤特性,一般选用 5-氟尿嘧啶、丝裂霉素等化疗药物。常用剂量:5-氟尿嘧啶 1000mg(或丝裂霉素 10mg)加入生理盐水 1000ml 中,将液体预热至 45℃ 左右,经输血器(因输血器针头口径大,便于快速输入)连接于腹腔置管的肝素帽端,30min 内滴入。每日一次,连续 5 天为一疗程。每次输注完毕拔除输血器,保护置管防止污染脱落。

不良反应,注射区有疼痛 5 例、轻度腹痛 3 例、轻度消化道反应(恶心、厌食)12 例、周围血液反应均较静脉给药轻。

3 护理

3.1 心理护理

由于腹腔热化疗是近几年开展的一种较新的化疗方式,不经静脉,经腹腔,病人因不了解腹腔热化疗的过程,多数会

产生恐惧心理,术前一天或两天由责任护士、主管医生向病人耐心介绍此化疗方法的简要原理,使其明白此化疗方式损伤小、痛苦小、毒性反应轻、疗效好。并介绍其简单操作过程、注意事项,使病人乐于接受,以稳定良好的心态配合治疗。长期的实践证明,这是化疗取得成功很关键的一步。

3.2 置管化疗前护理

术前晚协助病人沐浴,重点清洁腹部皮肤,必要时备皮,剔除较浓密的汗毛,注意避免损伤皮肤。术晨更换清洁衣裤。

严格按无菌原则配制化疗液体:5-氟尿嘧啶 1000mg 加入生理盐水 1000ml 中或丝裂霉素 10mg 加入生理盐水 1000ml 中,然后置于盛有约一万毫升 60℃ 热水的容器中加热至 45℃ 备用,加热时,注意封好液体瓶口,防止污染。

3.3 置管化疗中的护理

3.3.1 监测:该手术是在局部麻醉下进行的,患者意识清楚,术中护士应随时安慰鼓励病人,以稳定病人情绪,并注意密切观察病人面色及生命体征,必要时监测 BP、P、R。

3.3.2 置管:病人取平卧位,在腹部选择穿刺点:原则是避开手术切口,如胃及贲门癌手术则选择麦氏点;结肠癌手术则选择手术切口对侧相当于麦氏点的位置,目的是避免可能因手术造成的腹腔内粘连而影响化疗液的灌入及分布。严格消毒穿刺点后,用 22 号静脉针以与腹壁皮肤夹角约 45 度穿刺入腹腔,有落空感时回抽无液体则证明穿刺成功,然后将 AR-RON 公司的单腔静脉置管 16G 经穿刺针导丝引入腹腔,远端尽量放置于腹腔靠下部位,近端连接肝素帽,并将腹腔外管子用医用透明胶贴妥善固定在腹壁上。(有腹水时可抽出大量淡黄色液体;也可注入 5 毫升生理盐水,有阻力感或回抽出粪便样肠液则可能误入肠腔或组织,此时应更换穿刺针及穿刺部位,另行穿刺)。置管成功后,出腹壁端应妥善固定于腹壁,并防扭曲打折。

3.3.3 灌注化疗液:严格遵循无菌原则,将准备好的化疗液体连结输血器,消毒单腔静脉置管出腹壁端的肝素帽后连接于输血器,完全打开输血器的控制开关,快速滴入药液(1000ml 液体应在 30min 钟内输完),以保持药液入腹腔内温度在 43℃ 左右,保证有效的热疗作用;在冬季可用厚毛巾包裹液体瓶。应随时注意观察液体流速,茂菲氏滴管内可呈线状滴入,如滴速逐渐变慢应查看原因:首先应排除管壁打折的可能性,然后可先协助病人变换体位,如进行左右侧卧位数次后,一般可

(下转第 160 页)

作者简介:王晓维,(1964-),女,主管护师,护士长

从事外科临床护理

(收稿日期:2006-05-21 接受日期:2006-06-30)

牛奶每4小时1次,每次250毫升,达到了支持全身并保护胃粘膜的目的。

2.3.2 急性呼吸衰竭:保持呼吸道通畅,及时彻底吸痰,每小时雾化1次。控制呼吸道感染,大剂量全身应用抗菌素,同时用庆大霉素和先锋V交替气管滴入。加强给氧,调节氧流量5升/分以及2升/分每4小时交替,液体充氧,同时配合高压氧治疗,保证了氧的充分利用,使血氧浓度保持在90%以上^[4]。

2.3.3 泌尿系感染:是长期卧床患者的三大并发症之一,因脑外伤患者常有尿潴留或大小便失禁,需要留置导尿。留置导尿管是一种侵袭性操作,容易引起泌尿道感染。虽然导尿引流系统已从开放改为密闭式,在严格的无菌操作下,泌尿道感染的发生率已明显降低。但是,随着尿管留置时间的延长,泌尿道感染的发生率逐渐升高。为预防其发生我们在操作时严格执行无菌原则,动作要轻,以免损伤尿道,尿管每周更换1次,早期用生理盐水500毫升加庆大霉素8万单位冲洗膀胱,每日1次。

2.3.4 持续颅内压监测,预防颅内高压:颅内压增高是很多颅脑疾病共有的综合征,也是神经外科疾病引起死亡的重要原因^[5]。当患者出现意识障碍进行性加重,瞳孔由小变大,对光反应减弱,血压升高,伴有躁动、呕吐或偏瘫,应考虑继发颅内血肿,立即通知医生,同时准备脱水药并做好术前准备。颅内高压的预防可采用20%的甘露醇250毫升每6~8小时静脉快速滴注1次;速尿20毫克静脉注射;抬高床头15~30度,以利静脉回流,减轻脑水肿。

2.4 对护理人员的要求

在做好以上专科护理的同时,加强基础护理,预防褥疮和高热的护理,严格的饮食管理、心理护理及肢体锻炼等均不可忽视^[6]。

(上接第153页)

解除阻塞,通畅流入;如仍不能排除时则应考虑多由于腹腔内纤维蛋白堵塞造成流入不畅,可在严格无菌原则下用置管导丝进行通管,以保证通畅。

3.3.4 体位:置管时病人采取平卧位,灌注开始后,可根据肿瘤部位不同,采取不同体位:胃癌、贲门癌采取头低足高位,可在臀下垫枕抬高臀部;直、结肠癌可采取半卧位,腹部略低于身体上半部。灌注过程中应不断协助病人变换体位,主要是左右侧卧位更换,以利于药液与腹腔各部位充分接触均匀分布,最大发挥效应^[4]。

3.3.5 置管化疗后护理:化疗液灌注完毕,撤除输液瓶、输血器,用无菌敷料包裹肝素帽端,稳妥固定于腹壁上,并嘱咐病人不断变换体位,以利化疗药在腹腔内均匀分布。第二日再进行灌注化疗时严密消毒置管周围皮肤,消毒肝素帽,再按程序进行二次化疗灌注。一个疗程5天结束,在严格无菌原则下拔除导管,并压迫针孔处数分钟,在用消毒敷料包扎,预防感染。

4 讨论

消化道肿瘤侵犯浆膜后,癌细胞脱落进入腹腔,便可在腹腔内种植或由门静脉系统转移至肝脏,或经淋巴转移至腹膜后淋巴结甚至远处脏器,从而导致肿瘤的复发^[2]。据文献报告,在胃或结直肠癌术后各复发中,腹膜种植转移约占50%^[3]腹腔内置管热化疗是一种疗效好,损伤小、毒性反应轻的新型化疗方式。适用于腹腔内转移灶和手术切除后残留肿瘤或腹腔内有复发灶不宜再次手术者。时间从病人手术后二周

重型颅脑损伤并多脏器损伤的患者,临床症状、体征的危急表现,常很难仅用单一的颅脑损伤情况去解释,对任何1例此类患者,护理人员都应警觉,防止复合伤造成诊断的遗漏。临床护理知识和技术应是综合性的,不能局限于神经外科的专科护理内容。

重型颅脑损伤的病入均有意识障碍,往往不能提供临床症状,复合伤造成的腹腔脏器破裂易被忽视,护理人员作为医疗工作的前哨,必须具备高度的责任感,对患者病情变化进行全面细致的观察、记录及分析,除及时神经外科的专科定位症状、体征外,还应有全面的护理知识技术,不受专科环境的束缚,对患者全身情况、病情变化严密地观察,不遗漏这种特殊病人的阳性体征和症状,准确地向医生提供临床病人的信息,协助医生早期做出正确诊断,使颅脑损伤合并多脏器损伤者得以及时抢救及治疗。

参考文献

- [1] Becker DP, et al. The outcome from severe head injury with early diagnosis and intensive management[J]. J Neurosurg, 1981, 54(3): 751 - 762
- [2] Upton. Posttraumatic monitoring of intracranial Pressure[J]. Acta Neurochirurgica, 1986, 36(2): 143 - 144
- [3] 刘承基. 实用颅脑损伤学[M]. 第1版. 北京: 人民军医出版社, 1992: 405 - 420
- [4] 卓碧霞. 重型颅脑损伤患者人工气道的护理[J]. 生物磁学, 2005, 5(2): 76 - 77
- [5] 成医锋. 颅脑外伤患者气管插管的护理[J]. 现代中西医结合杂志, 2005, 14(10): 1379 - 1380
- [6] 古元明. 持续颅内压监测患者的护理[J]. 护理学杂志, 2005, 20(1): 21 - 22

开始。腹腔内置管热化疗优点:①只需一次置管,即可保证一个疗程5天的治疗,避免每日、多次穿刺增加病人痛苦。②比较静脉直接给药化疗更安全,不会发生化疗药物静脉外漏造成皮下组织坏死或长期静脉化疗对静脉内壁侵蚀损害等并发症。③腹腔内热化疗可通过温热方法与化疗药物相结合抑杀残留的癌细胞,并可使腹腔肿瘤直接浸泡在高浓度抗癌药液中以增强对肿瘤细胞的杀伤力,这对胃肠道肿瘤尤为重要,因这些部位在全身化疗时的药物浓度相当不满意^[1]。国内陈俊亲教授经多年研究认为,用43℃化疗药液浸泡癌细胞20分钟即可使癌细胞失活。④腹腔内化疗反应较轻,除个别患者感觉注射区有疼痛外,无其他不适;消化道反应、周围血液反应均较静脉给药轻。

参考文献

- [1] Speyer JL, Kaibara N, Dedrick RL, et al. Portal levels and hepatic clearance of 5-fluorouracil after intraperitoneal administration in human[J]. Cancer Res, 1981, 41: 1916
- [2] Schmall S, Macdonald JS. Mitomycin therapy in gastric cancer[J]. Oncology, 1993, 50(1): 70
- [3] Douglass H. Gastric cancer: overview of current therapies[J]. Semin Oncol, 1985, 12: 57
- [4] 王娟, 陈俊青. 卡铂腹腔化疗药代动力学实验研究[J]. 中华肿瘤杂志, 1994, 16(3): 197
- [5] 宋扬. 应用ZME大功率微波热靶点效应治疗肿瘤的临床疗效研究[J]. 生物磁学, 2005, 5(4): 16 - 18
- [6] 彭楠, 马爱敏. 肿瘤热化疗中化疗药物的选择[J]. 现代生物医学进展, 2006, 6(4): 63 - 65