

食管癌术后早期肠内营养支持的护理

胡彩平 冯永萍 胡雅静

【中图分类号】R473.73

【文献标识码】B

【文章编号】1006-1959(2010)10-0225-01

食管癌是我国最常见的恶性肿瘤之一,占全国恶性肿瘤的21.80%,仅次于胃癌,占第二位。食管癌的发病率和病死率随年龄增长而递增。据统计45~70岁发病人数占总发病人数66.14%。男性发病率比女性高4倍。发病在地理分布上由东南至西北方向逐步提高,我科2008年4月~2009年4月对26例食管癌根治术患者行实施早期肠内营养支持疗法,并给予积极的护理,效果显著,现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料:本组30例食管癌患者,其中男21例,女9例,年龄45~70岁,平均年龄55岁,术后均行早期肠内营养支持疗法。

1.2 方法:采用CH10复尔凯螺旋型鼻肠管(商品名:复尔凯),在术前半小时患者清醒状态下,将带有内导丝的鼻肠管与胃管一并置入患者的同一鼻孔插入胃内,具体操作方法同普通胃管置入法一样。术中吻合后分别将胃管和鼻肠管放入胃内和空肠内,并固定。早期肠内营养实施,我科采用德国华瑞分公司生产的瑞素营养液,经鼻肠管用输液泵持续泵入,一般术后第1天给予营养液500ml/h,第2天营养液滴注1000ml,第3天给予营养液1500~2000ml,第4天均按全量给予。营养支持共58天,每天给予的总热量2030kcal/kg,其中氮为0.15~0.2g/kg,能满足患者的体力和术后恢复所需要的热卡。每天不足的水、电解质经静脉途径补入。

2 护理

2.1 心理护理:护士应保持平稳情绪,以乐观自信的态度与患者交流,建立良好的护患关系,术前向患者讲解肠内营养的目的、意义、实施方法、留置时间、注意事项,提高患者对肠内营养的认识,使患者产生安全感和信任感,解除思想顾虑,树立战胜疾病的勇气和信心。同时要注意与家属的沟通方式,避免因家属的态度而影响患者的治疗。良好的社会支持系统特别是家人、亲友、同事及医务人员对患者的关心和照顾,使患者心理上得到安慰,有利于保持乐观情绪,增强战胜疾病的信心,本组患者有8例出现不同程度的焦虑恐惧,在予以有效的心理护理后好转。

2.2 在进行肠内营养时,要把床头抬高30°左右或卧位,这样可以有效避免呛咳、呕吐情况的发生,还可以预防误吸也有重要意义。

2.3 营养管的护理也十分重要,是确保营养液顺利滴注的重要环节。所以要妥善固定营养管。首先测量鼻以外的营养管长度并做标记,然后用脱敏防水胶布固定。每日观察营养管固定情况,发现胶布变性及及时更换,以防营养管滑脱、移动、扭曲。此外还要观察营养管通畅,整个输注过程中,应按无菌操作进行,保持营养管体外部分的清洁,防止污染,连续用温开水冲洗营养管,以保持通畅,如滴入不通畅时,可能营养管折叠或扭曲,要适当变换体位,使营养管恢复顺畅。

2.4 本组肠内营养液全部选用瑞素。瑞素为即用型整蛋白制剂,使用方便,不需特别配制,但要注意掌握营养液的适宜温度,夏季室温可直

接输入,冬季营养液温度应保持在37℃左右。

2.5 输液泵管理,保证输液泵的正常动作,随时观察输液泵的泵工作情况,发现问题及时处理,指导病人勿随意调节各数据,以免影响治疗效果。

2.6 嘱患者继续加强营养及口腔护理,每日常规口腔护理2次,以保持口腔清洁、湿润,防止口腔感染,避免口腔异味。术后留置营养管的侧鼻孔,每日用清水清洗,并涂少许抗菌药膏,以减少鼻肠管与鼻腔的摩擦,防止鼻腔粘膜破溃感染,为防止口唇干裂,可用润唇膏滋润唇部。

2.7 由于鼻肠管与胃肠减压管留置时间长,对咽喉部的刺激,可引起咽喉部干燥及疼痛,故应用生理盐水、α糜蛋白酶配制成雾化液,进行雾化吸入,每日2次,可减轻不适。

2.8 并发症观察护理:记录24小时出入量,监测电解质及血糖变化,严密观察腹部症状及病人的耐受性。如有腹痛、腹胀,应准确记录其程度和持续时间,记录肛门排气、排便时间以及大便的颜色、性质、指导并鼓励患者床上活动,促进肠功能恢复,防止或减轻腹胀,保证肠内营养液的顺利灌注。如出现恶心、呕吐,注意分析原因,多由于输入速度过快,液量过大,温度不适当引起,可减慢速度,递减液量,恒速恒温在(10~41℃),以减少对胃肠道的刺激,同时加强口腔护理,以减少恶心、呕吐的现象。

2.9 胃肠返流护理:密切观察胃肠减压液的颜色、性质,如发现胃中抽出营养液,通过X线片确认,排除鼻肠管脱入胃中后考虑为营养液返流至胃中所致,一般不必护理,一天左右可以自行消失,必要时根据医师嘱托用胃动力药。同时抬高床头30°左右,促进排空减少返流。

3 讨论

食管癌是我国常见的消化道肿瘤之一,此类患者术前多有不同程度的吞咽困难,加之类疾病使代谢增加,大多数合并营养状态差,加之食管癌根治术,手术创伤大,手术后禁食时间长,使患者营养不良及免疫抑制更加明显,使术后并发症及死亡率增加,所以术后营养支持显得尤为重要。

我科临床应用以来,患者无严重并发症发生,而且患者恢复快、住院时间缩短。因此,认为食管癌术后早期肠内营养是安全有效的,值得临床推广和应用。

参考文献

- [1] 陈强谱,欧瑾.肠内营养的管饲技术[J].世界华人消化杂志,2000,8(12):1391-1393

作者单位:030013 山西省肿瘤医院消化二科

乳腺癌患者联合曲妥珠单抗治疗的护理

张晓芳

【中图分类号】R473.73

【文献标识码】B

【文章编号】1006-1959(2010)10-0225-01

人曲妥珠单抗(赫赛汀)是治疗乳腺癌有效药物,不但能提高人类表皮生长因子受体-2阳性乳腺癌的疗效,而且最近几年也证实能明显推迟早期乳腺癌的复发时间、减低复发风险、提高远期生存,曲妥珠单抗作为一种特殊的药物,^[1]其选择性作用于HER-2,具有高度的亲和力和高度的向性,只对癌细胞起作用,对正常细胞的杀伤较小,是当代乳腺癌治疗的代表性药物。因此临床准确的观察和护理是治疗顺利完成的关键。2008年5月至2009年5月,本院应用曲妥珠单抗治疗乳腺癌28例,现将护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料:28例乳腺癌患者全是绝经后妇女,年龄45~79岁,术后人类表皮生长因子受体2(Her-2)阳性,接受曲妥珠单抗联合多西他赛治疗。

1.2 治疗方法:曲妥珠单抗分子初次负荷量为7mg/kg,90分钟内静脉输入,随后是赫赛汀用量为6mg/kg,于30分钟内输完每隔3周1次,一直用到疾病进展。用药后2~3周期后评价不良反应,不良反应根据WHO标准分为I、II、III、IV级。

2 结果

2.1 结果:CR(所有目标病灶消失)5例,PR(基线病灶长径总和缩小30%)9例,SD(基线病灶长径总和未达PR或有增加但未达PD)12例,PD(基线病灶长径总和增加20%或出现新病灶)2例,中位肿瘤进展时间(TTP)7.6个月(95%CI为4.1~11.1个月),中位生存时间(OS)13个月(95%CI为9.8~16.2个月)。

2.2 不良反应:有1例发生3级中性粒细胞减少症,其余不良反应

包括贫血、淋巴细胞减少、血小板减少、脱发、便秘、腹泻、恶心呕吐、周围神经毒性、周围静脉炎等,对症治疗后均好转。

3 护理

3.1 心理护理:患者在确认前后会有怀疑心理、恐惧心理、幻想心理、绝望心理、和平静心理,因不同心理特征,在心理障碍变化阶段在存在着很大的差异,所以在护理干预治疗过程中,要针对不同的人会出现不同的情况进行分析和治疗,注意个体化差异,采取不同的心理护理干预及时健康教育。

3.2 保存和配置方法:保存在冰箱内,冰箱温度定时监测,控制在2~8摄氏度,禁止冰冻,不能贴冰箱壁。用20ml专用溶解液配置,配置成浓度21mg/ml^[1]。剩余溶液外包装注明床号、姓名、药名、剩余剂量、开启时间、失效时间,一般保存28天。药物要现配现用,使用前要仔细觀察药物性状,如药液浑浊变色就不得使用。

3.3 用药期间不良反应的护理

3.3.1 全身反应:乏力、背痛、胸痛、寒战、发热、感冒样症状。定时监测血常规,白细胞低时可给予升白细胞药物,减少探视,注意保暖,定时开窗通风。

3.3.2 消化系统反应:厌食、便秘、腹痛腹泻,消化不良,胃肠胀气。可按医嘱给予药物对症处理,给予高蛋白高热量高维生素营养丰富的食物,饮食清淡,少食多餐,忌刺激性的食物。

3.3.3 代谢障碍:周围水肿,水肿。注意监测24小时出入量,做好记录,经常更换体位,防止压疮的发生。

3.3.4 肌肉骨骼反应:病人常感全身关节痛,肌肉(下转228页)

有些凝血块可自行脱落。长期置管者应注意检查和定期冲洗,冲洗液量和压力不宜过大。感染细菌可沿引流管向腹内深处迁移,并生长繁殖,造成继发感染。

5 饮食的护理

肝胆都是人体重要的消化器官,其分泌和浓缩后的胆汁是消化液的重要组成部分。人体摄入的脂肪靠胆汁乳化、分解后才能被消化和利用。患肝内胆管结石后,受损的肝功能、梗阻的胆道均可影响患者体内胆汁的分泌、排泄和浓缩,使胆汁的成分和数量出现异常,若此时仍不控制高脂肪食物的摄入,必然会加快胆管内结石的形成或增大。所以,肝内胆管结石患者的食谱应遵循高糖、高蛋白、高纤维素、低脂肪的原则,多吃鱼类、鸡蛋、瘦肉及新鲜蔬菜和水果等,限制淀粉类主食的摄入。必要时患者还可在医生的指导下服用具有利胆祛湿作用的中成药,以利于肝细胞的再

生和胆汁的分泌,促进肝内胆管中小结石和泥沙样结石的排出,减少新结石形成的机会。患肝内胆管结石的人应戒烟限酒,避免暴饮暴食或食用刺激性的食物,因为饮食不当往往是导致患者发病的直接原因。此外,保持良好的精神状态,避免各种不良的心理刺激,培养良好的生活习惯,也是防治该病的有效措施。

参考文献

- [1] 翁小杰.从护理投诉谈加强护理管理[J].护理管理杂志,2005,11(5):46

作者单位:158100 黑龙江省鸡西市人民医院

(上接 225 页)疼痛,症状轻微无须处理,但注意卧床休息,动作变换缓慢,可全身放松,有节律地按摩,并给予局部热敷。

3.3.5 神经系统的反应:焦虑,抑郁,眩晕,失眠,感觉异常,嗜睡。注意神志及瞳孔的变化,注意患者的安全,不要单独外出,请家属陪护。

3.3.6 呼吸系统的反应:哮喘,咳嗽增多,呼吸困难,鼻出血,肺部疾病,胸腔积液,咽炎,鼻炎,鼻窦炎。经常巡视病房,每日开窗通风至少2次,使空气流通,胸闷期间时,按医嘱给予地塞米松或安茶碱静脉输注,减少活动,取半卧位或端坐卧位休息,给予氧气3~4L/min持续吸入。

3.3.7 皮肤的变化:观察有无皮疹,瘙痒。衣服、被褥要清洁,衣着要舒适、柔软,经常更换。出现皮疹时,可按医嘱给药地塞米松或异丙嗪使用,要剪短病人的指甲,必要时包裹双手,防止抓破皮疹。手足部皮疹初期可涂炉甘石洗剂,待有疱疹形成或疱疹破溃时可涂0.5%碘伏。注意保持皮肤清洁,防止感染。

3.3.8 心脏毒性:注意有无心脏功能减退的症状和体征,如呼吸困难,咳嗽增加,夜间阵发性呼吸困难,周围性水肿,S3奔马律或射血分数减低,严重可引起致命性心衰、死亡,粘液栓子脑栓塞。滴注曲妥珠单抗分子时,严格控制滴速,同时给予心电监护,一旦发生可给予氧气4L/min

持续吸入,按医嘱给予强心利尿扩血管等对症处理,密切观察血压、心率、心律的变化,指导病人绝对卧床休息,保持大便通畅,情绪平稳,输液速度宜慢,不宜超过60滴/min。

曲妥珠单抗(赫赛汀)联合多西他赛治疗晚期乳腺癌,不但能提高人类表皮生长因子受体-2阳性乳腺癌的疗效,而且最近几年也证实能明显推迟早期乳腺癌的复发时间、减低复发风险、提高远期生存率^[2],因此临床护理中严格掌握曲妥珠单抗的应用方法和不良反应的观察是治疗顺利完成的关键。

参考文献

- [1] 王婷,江子芳,俞新燕,汪和美.乳腺癌患者应用曲妥珠单抗治疗的观察及护理[J].护理和康复,2008,10(7):10
- [2] Suter MT. Cardiotoxicity associated with trastuzumab (Herceptin) therapy in the treatment of metastatic breast cancer. Breast, 2004(3)

作者单位:226000 江苏省南通市肿瘤医院生物中心

(上接 226 页)避免出现严重并发症。

3 术后病情观察与护理干预

3.1 术后密切观察生命体征:老年人多患有高血压、糖尿病、冠心病、慢性支气管炎。经密切观察和对症治疗,患者均无出现其他手术后并发症。

3.2 尿潴留的观察与干预:PPH术后常见的并发症是尿潴留。术后少数出现尿潴留,可能是麻醉、术后肛门疾病刺激尿道括约肌收缩所致。在术后数小时内给予温和镇静剂,减轻反射,可改善尿潴留。如情况严重,经热敷、诱导排尿等无效时给予留置尿管,一般12~24h后拔除。若为前列腺增生的患者术中留置尿管并延长拔管时间。随着PPH技术成熟,尿潴留已很少发生。

3.3 肛门部疼痛及出血:术后12h内应注意肛门是否出血,如吻合口少量出血不必处理,如肛门处敷料明显渗血或吻合口有活动性、搏动性出血,立即通知医生缝合或压迫止血。肛周疼痛通常发生于手术当晚,可自行缓解,个别患者影响睡眠时,按医嘱给予止痛剂或镇静剂后缓解。术后由于肛门吻合口处放置了凡士林纱布以压迫止血,患者会感到肛门坠胀及便秘,当患者有此类主诉时,应耐心向其解释其原因。由于术后局部有一定程度的充血水肿,部分患者觉得痔疮仍然存在,因而会产生对手术效果的怀疑,此时应向患者解释水肿消除的生理过程。并可以用七叶皂甙钠20mg加进5%GS500ml或者NS500ml里面静滴,改善血液循环,增快组织水肿的吸收。

3.4 排便护理:排便护理是PPH术后护理的重要内容,术后应鼓励、指导患者排便。因部分患者怕痛或怕吻合口裂开不敢大便,应指导患者正常排便但不能过度用力,1个月内应坐位大便,避免蹲位大便以防吻合口裂开。一项多中心、前瞻、随机、对照的I临床研究结果表明,含有黏膜保护剂的肛门栓剂太宁栓用于痔切除术后能减轻黏膜炎性水肿,缩短首次排便时间,减轻首次排便疼痛,促进伤口愈合,缩短平均住院时间^[3]。故每例患者于手术完毕前纳1枚太宁栓,指导患者术后第1~6天晨起排便清洁肛门后、睡前各纳1枚太宁栓。口服爱脉朗可降低静脉扩张性和静脉血淤滞,促进痔静脉回流,减轻水肿。对于伴有便秘者指

导服用乳果糖类容积性泻剂,减少大便时的疼痛和排便时间过长引起的局部充血水肿,慎用大黄类或刺激性泻剂。

3.5 术后的体位和饮食指导:因为都是腰麻的患者,手术回病房后给予去枕平卧6小时。术后6小时禁食,6小时后改为流质饮食控制大便,至术后第2天拆完肛门吻合口凡士林纱条,改为半流饮食,患者排便后改为普食。应进食易消化、不辛辣、富有营养、含纤维的食物,多饮水。部分患者会因为害怕便后疼痛和感染而拒绝进食,应向患者解释PPH手术的安全性和有效性,鼓励其按指导进食,保持大便的通常以利于吻合口愈合,防止并发症发生。

3.6 出院指导:生活习惯的调理:改善饮食结构,定时排便,保持大便通畅,避免腹泻或便秘,避免用力排便或排便时长时间阅读报刊、杂志,以免肛垫充血、受损而使痔复发。

4 总结

痔是外科常见病、多发病。PPH手术因避开了躯体神经末梢最丰富的肛管,手术后疼痛较轻,由于保留了肛垫,故患者精细控便能力未受影响,患者术后肛门狭窄、大便失禁等并发症少,手术过程、住院时间均较传统手术方法短,所以特别适合老年患者。在外科治疗中,正确的诊断、良好的麻醉、娴熟的手术技巧、合理而周密的围手术期护理,是手术成功和取得满意治疗效果的重要保证。

参考文献

- [1] 陈朝文.吻合器痔固定术的手术指征及术后并发症的预防和处理[J].中国中西医结合外科杂志,2005,11(1):12~14
- [2] 陈朝文,姚礼庆,杨晓东等.直肠黏膜保护剂用于痔手术后的临床观察[J].中国实用外科杂志,2004,24(9):564
- [3] 中华医学会外科学分会肛肠外科组,修订痔诊治暂行标准会议纪要[J].中华外科杂志,2003,41(9):698

作者单位:519000 广东省珠海市中山大学附属第五医院