

胃肠道恶性肿瘤患者腹腔热灌注化疗的护理干预

吴静

(华中科技大学同济医学院附属同济医院胃肠外科)

摘要:目的:探讨行腹腔热灌注化疗胃肠道恶性肿瘤的护理干预方法。方法:选取2021年1月至2022年6月本院收治的511次腹腔热灌注化疗治疗胃肠道恶性肿瘤患者作为研究对象,对其实施优质护理干预及腹腔热灌注化疗治疗前访视,总结治疗前访视的方法及优质护理干预的成效。结果:采取治疗前访视后,患者能很好的配合治疗并减少治疗后不良反应的发生,患者对医护工作的满意度提高。结论:对行腹腔热灌注化疗治疗胃肠道恶性肿瘤的患者实施治疗前访视及优质护理干预能增加治疗的耐受性及患者满意度,近期效果显著。

关键词:治疗前访视;优质护理;腹腔热灌注化疗;胃肠道恶性肿瘤

全球肿瘤流行病学统计数据显示,2020年全球结直肠癌新发病例及死亡病例分别占所有恶性肿瘤的第3位和第2位^[1-2],胃癌居于第5位的高发病率及居于第4位的高病死率也使患者谈癌色变^[3]。结直肠癌腹腔内局部和区域复发以及肝转移是导致结直肠癌患者死亡的主要原因^[4,5]。有约10.0%~20.0%的胃癌患者术前已出现腹膜转移,而根治术后腹膜转移率可达到20.0%,尤其是浆膜侵犯、腹腔脱落细胞阳性等T₃~T₄的胃癌患者,出现腹膜种植转移率高达69.0%~80.0%^[6]。腹腔热灌注化疗(Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy, HIPEC)是指通过将含化疗药物的灌注液加热到治疗温度、灌注到肿瘤患者的腹腔内、维持一定的时间,以预防和治疗腹膜癌(PC)及其引起的恶性腹水的一种治疗技术。HIPEC在治疗胃癌、结直肠癌、卵巢癌、腹膜假黏液瘤、恶性腹膜间皮瘤、胰腺癌、胆管癌和肝癌等腹腔恶性肿瘤腹膜转移所致的PC及其并发的恶性腹水方面具有独特的疗效^[7]。我科将热灌注治疗运用于胃结直肠癌的患者,取得满意效果,现将方法总结如下。

1 HIPEC治疗前护理

1.1 治疗前访视

1.1.1 了解患者及家属心理状态,行心理护理 向患者及家属解释腹腔热灌注化疗的目的、操作方法及可能出现的各种不良反应及缓解方法,鼓励患者及家属与已经做过腹腔热灌注化疗进行交流沟通,减轻患者及家属的焦虑情绪;进行心情温度计评估,及时了解患者心里变化并及时给予护理干预。

1.1.2 填写治疗前访视单,落实治疗前患者准备

查阅文献基础上我科自行制作了腹腔热灌注化疗治疗前访视单,避免因各种原因导致的灌注不能及时落实的情况发生。

1.1.3 用品准备 包括物品、药品、饮食等准备。灌注前告知可以正常进食的患者治疗前4h禁食,2h禁水,有肠内营养的患者暂停肠内营养2h以上。治疗前协助患者排尿排便。提前准备灌注用物如干毛巾、看护垫、卫生纸及水杯;告知家属治疗时间及等待区位置,提高患者家属的就医体验。

1.2 治疗前评估

1.2.1 疼痛评估 采用疼痛强度评分脸谱评分法,判断患者疼痛给患者面部表情带来的变化,进而相应的进行判断。告知患者超前镇痛,无需忍痛的理念,提前进行疼痛干预并及时进行止痛药物治疗,减轻患者疼痛。

1.2.2 皮肤评估 有无压疮及其他皮肤问题。

1.2.3 腹痛腹胀评估 评估术后有无排气排便。

1.2.4 管道滑脱风险评估 对各类管道进行评估,并对其进行妥善固定,防止滑脱。

1.2.5 营养风险筛查及营养评定 胃肠道肿瘤的患者,常因机体营养摄入不足,加上肿瘤本身的消耗,存在不同程度的营养不良。治疗前给予补充高热量、蛋白质和维生素或静脉输注补充营养,最大限度地保持正氮和热卡平衡,以维持机体蛋白质、免疫系统和组织修复的需要。

1.2.6 心理评估 采用心情温度计评估表评估患者是否存在焦虑抑郁等心理问题,并进行主动干预。

1.2.6 灌注禁忌症评估:①各种原因所致腹腔内广泛黏连②吻合口存在水肿、缺血、张力等愈合不良因素③肠梗阻④有明显肝肾功能不全⑤严重心血管系统病变⑥生命体征不稳定⑦恶病质。

1.3 治疗前药物准备

1.3.1 灌注液 一般为生理盐水,也有使用葡萄糖溶液和无菌溶液的情况。由于患者治疗中会大量出汗,有体液丢失,医生还会开具液体补充血容量。

1.3.2 对症用药 治疗前半小时使用止疼药物,一般使用加罗宁5mg肌肉注射,使用减缓化疗反应的药物,使用止吐药及地塞米松。

1.4 治疗前环境准备

1.4.1 调节灌注室适宜温度22~25℃,减轻患者灌注中因灌注液温度高于体温带来的不适感。

1.4.2 备好心电图监护及吸氧装置。检查热灌注治疗仪器设备处于备用状态。

1.4.3 灌注药物、无菌消毒物品,热灌注管道组件。

1.4.4 操作者需注意加强自身职业防护,戴双层手套、眼罩,避免药物溅出。连接各管道前,操作者需按照无菌操作要求进行自身准备。

2 HIPEC治疗中的护理

2.1 准确调节腹腔热灌注化疗的参数:灌注温度恒定在43±0.1℃,调整灌注时间为60~90min,一般为60min;灌注液的容量一般为4000~6000ml,以充盈腹腔和循环通畅为原则,腹腔内容量为2000~3000ml;灌注的速度为400~600ml/min。

2.2 密切监测

2.2.1 生命体征、血氧饱和度、意识等:持续心电图监护及氧气吸入,注意查看患者的意识及耐受情况,必要时遵医嘱停止治疗。

2.2.2 灌注管道情况:妥善固定热灌注管道;保持胃管通畅,防止腹部高压导致消化液误吸入呼吸道;使用顺铂者水化后,注意尿管引流尿液颜色有无浑浊,防止尿路相关性感染。

2.2.3 患者面部表情:注意观察患者的精神状态和面部表情,安慰和鼓励患者,全程陪护在患者身边,使患者轻松的接受治疗。

2.2.4 观察治疗曲线:灌注曲线平稳上升后稳定在43℃±0.1后

维持稳定状态。

2.2.5 灌注液颜色：正常淡红或淡黄，如鲜红或有粪水样渣水考虑是否出现出血或吻合口瘘，应停止治疗处理，立即通知医生积极处理。

2.2.6 总出入量：观察储液袋液面，及时调整灌注液的量，维持灌注量的稳定达到动态平衡。若出水管稳定下降，储液袋液面下降，腹部膨隆，可能出现灌注管堵管。出现堵管或不能耐受治疗时立即打开短路或紧急按钮紧急停止治疗，配合医生按以下流程处理①首先反反复复捏紧管夹端的引流管，使吸附于引流管入口端的大网膜、血块等流出；②如仍不通，打开白管夹，关闭红蓝管夹，将流入管与流出管对调，左右、上下多尝试几次；③若仍然不通，需要在引流口处消毒皮肤及管道，用无菌镊将流出管适当转动或往外微拔，基本可以解决堵管问题、调整及挤压管道或进行灌注管道调整，保持管道通畅。

2.2.7 引流管口渗液情况：注意保护周围皮肤，及时清洗，避免化疗药物刺激损伤皮肤。

2.3 不良反应的处理

2.3.1 出汗：由于灌注温度恒定在 43℃，高温会使大部分患者出现出汗、心率增快等不良反应，应该协助患者擦汗，用干毛巾垫在身后及时更换，必要时更换湿衣，同时加强补液药物输入，增加血容量，防止患者出现脱水的症状。

2.3.2 腹胀腹痛：由于灌注时患者腹腔充分充盈，对腹部造成一定压力，可能会有腹胀腹痛的症状，可以遵医嘱使用镇静止痛药物，并减慢灌注液入量，安慰患者，减轻紧张情绪。

2.3.3 恶心呕吐：由于腹腔压力增大膈肌上移并压迫胃肠道，以及化疗药物的作用，会导致患者出现恶心呕吐的症状，应协助患者头部偏向一侧，及时清理呕吐物，避免误吸，遵医嘱使用止吐药物。

2.4 体位：仰卧位，头部抬高 10~20°，保证出水通畅的前提下可调整体位及进水口，达到最佳治疗目的。

2.5 制定出灌注患者信息表格，准确记录患者灌注中情况及灌注管道进出水情况，可视化的管理有助于增加每次灌注的效果并留取灌注的数据。

3 术后护理

3.1 观察患者治疗后不良反应

3.1.1 疼痛：治疗后进行疼痛评估，使用止痛药物防止治疗后疼痛的发生。

3.1.2 恶心呕吐：观察化疗药物效果，灌注后使用止吐药物减轻化疗反应，也可以运用穴位按摩的方式减轻恶心呕吐的症状。若发生恶心呕吐应及时清理呕吐物，指导患者保持口腔清洁。

3.1.3 发热：定时监测体温变化，冰敷、温水擦浴，必要时使用药物降温。

3.1.4 电解质紊乱：灌注后进行外周血检查，根据患者的情况适当减少或补充电解质。

3.1.5 骨髓抑制：观察患者有无发热寒战、牙龈出血、皮下瘀斑等现象。密切观察生命体征，每周检查白细胞及血小板计数 2 次，若白细胞、血小板过低，及时给予粒细胞集落刺激因子等治疗。严格执行消毒隔离措施，定期空气消毒，防止感染

3.1.6 大便次数增多：观察大便情况，指导保持肛周皮肤清洁干燥，必要时使用止泻药

3.1.7 引流管口渗液，保持管道固定通畅，观察引流管是否堵塞、

有无凝血块及脓性分泌物，及时更换敷料，保护患者管口周围皮肤，让患者舒适。

3.1.8 排气排便迟缓、腹胀观察患者腹胀程度排气排便情况予超声治疗指导耳廓穴位，足三里穴位按摩，早期下床活动

3.1.9 高血糖：粘液瘤患者灌注时使用葡萄糖溶液，应在灌注后定时监测血糖变化，指导低糖饮食，控制血糖。

3.2 饮食指导：灌注结束后患者多食欲不佳，应指导患者调节饮食，少食多餐，选择少油腻、易消化、刺激小和维生素含量丰富食品，加强营养，增强抵抗力，部分患者可以适当使用胃肠道动力药有助于缓解该症状。禁食期间给予肠内营养或肠外营养支持，补充白蛋白，保证足够的热量供给。

3.3 预防管道滑脱：灌注后妥善固定管道，准确进行管道滑脱风险评估并采取必要的防护措施及健康指导。

3.4 预防跌倒：患者使用化疗药物、止痛药物以及由于大量出汗都有可能增加患者跌倒的风险，灌注后进行跌倒风险评估，并及时采取预防跌倒的健康宣教及防护措施，防止治疗后跌倒的发生。

4 灌注后的延续护理：进行电话随访及居家回访。

5 小结

对于胃肠道的恶性肿瘤发生腹膜转移的患者，由于腹膜表面血供较少，加上血浆-腹膜屏障的作用，静脉化疗药物很难到达腹膜表面，使得腹膜转移的治疗难度大，治疗效果不理想。而腹腔热灌注化疗能直接将化疗药物作用于患者的腹膜，持续的加热到恒定的温度，从而有效清除微小转移灶和腹腔脱落的游离癌细胞，也可有效防治腹腔局部转移和复发，对腹水也有非常好的控制效果。2019 版 HIPEC 临床应用专家共识中对 HIPEC 的临床应用模式做了四种应用总结：第一是同 CRR（肿瘤根治术）联合，术后清除掉腹膜种植转移的种子，预防腹膜转移的形成，进而提高患者的无瘤生存；第二是同 CRS（肿瘤细胞减灭术）+结合，通过对残余肿瘤的杀灭，巩固手术的效果；第三是同转化治疗结合，融合到转化治疗的方案中去，提高肿瘤的转化率，让更多的患者有机会接受 CRS，从而提高生存机会；最后，对于丧失手术机会的患者，HIPEC 可以充分发挥局部治疗的作用，结合全身治疗，控制腹水，提升体质，从而提高患者对全身治疗的耐受力，尽可能的接受减瘤治疗，提高生活质量和生存机会。

参考文献

- [1]Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA, 2021, 71 (3): 209-249.
- [2]程龙, 刘晓昌, 梅俏. 关于建立结直肠癌立体防治系统的探讨[J]. 实用肿瘤杂志, 2021, 36 (1): 1-5
- [3]Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin, 2021, 71 (3): 209-249
- [4]王新涛, 段文飞, 李吉利. 腹腔热灌注化疗对结直肠癌患者细胞免疫功能的影响. 中国现代普通外科进展, 2018, 21: 141-143.
- [5]朱晓峰, 林少辉. 腹腔热灌注化疗联合腹腔镜根治术治疗结直肠癌的疗效观察. 实用中西医结合临床, 2017, 17: 126-127.
- [6]张楠, 于茜茜, 李攀, 梁建伟. 腹腔热灌注化疗对 Borrmann III / IV 型进展期胃癌疗效及预后的影响[J]. 中华肿瘤防治杂志 2022, 29 (3): 358-363.
- [7]Eur J Surg Oncol, 2018, 44 (9): 1378-1383.