

肺癌同步放化疗致放射性肺炎的临床护理

钱敏, 彭娜, 赵玲, 何娟, 王东, 王阁, 杨镇州 (第三军医大学野战外科研究所/大坪医院肿瘤中心, 重庆 400042)

【摘要】 目的 探讨肺癌同步放化疗致放射性肺炎(RP)患者合理的临床护理方式。方法 选取 2009 年 5 月至 2011 年 5 月本科室收治的同步放化疗致 RP 肺癌患者 112 例,从心理护理、基础护理、饮食护理和病房环境护理等方面实施有针对性的护理措施。结果 在放化疗过程中,112 例合并 RP 的肺癌患者病死率为零。结论 合理的临床护理方式可达到预防不良反应、减轻症状、提高疗效的目的,有助于提高肺癌患者生存质量。

【关键词】 肺癌; 放化疗; 放射性肺炎; 临床护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.12.007 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)12-1502-02

Clinical cares for lung cancer patients with radiation pneumonitis caused by chemoradiotherapy QIAN Min, PENG Na, ZHAO Ling, HE Juan, WANG Dong, WANG Ge, YANG Zhen-zhou (Cancer Centre, Institute of Surgery Research/Daping Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400000, China)

【Abstract】 **Objective** To discuss rational clinical care of lung cancer patients with radiation pneumonitis(RP) caused by chemoradiotherapy. **Methods** Clinical cares, including psychological care, basic care, diet care and environment care, were performed in 112 cases of lung cancer patients with radiation pneumonitis, receiving radiotherapy and chemotherapy in this department from May 2009 to May 2011. **Results** Mortality was zero during the course of radiotherapy and chemotherapy in the treated 112 cases of patients. **Conclusion** Rational clinical cares could prevent adverse reactions, relieve symptoms, improve efficacy and improve the quality of life of patients with lung cancer.

【Key words】 lung cancer; chemoradiotherapy; radiation pneumonitis; clinical care

肺癌是较为常见的恶性肿瘤,对于手术切除已无法治疗的晚期肺癌,同步放化疗已成为首选治疗方案^[1-3]。但合并治疗易导致放射性肺炎(RP)的发生,引起严重的临床症状^[4]。针对合并 RP 的肺癌患者采取有效的护理措施是提高肺癌疗效的关键因素。笔者对 112 例合并 RP 的肺癌患者采取针对性护理,并进行了临床观察,旨在探讨最合理的护理方式。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2009 年 5 月至 2011 年 5 月本科室收治的合并 RP 的肺癌患者 112 例,男 74 例,女 38 例,年龄 45~86 岁,平均 63.7 岁;其中鳞癌 55 例,腺癌 38 例,小细胞肺癌 19 例,均经病理或细胞学检查确诊;112 例患者均为大于 RTOG 2 级标准,需积极治疗的 RP 患者^[5]。

1.2 处理原则 RP 常表现为发热、刺激性干咳或咳白色黏液样痰、胸闷气促,严重者有高热、胸痛、呼吸困难及咯血等^[6]。对低热、咳嗽的轻症患者应密切观察病情变化,对伴有明显胸痛、气急等的重症患者应采用大剂量肾上腺皮质激素加抗菌药物联合治疗,并辅以吸氧、止咳、平喘等对症治疗^[7]。对于部分重症患者,可适当使用减轻放射性肺损伤的药物(如液氨磷汀)^[8]。

1.3 护理措施 (1)心理护理:耐心向患者讲解放疗的原理、效果、必要性、注意事项及并发症,使患者摆脱恐惧心理,处于接受治疗的最佳心理状态。(2)基础护理:如患者出现呼吸困难,应帮助其采用半坐卧体位休息并深呼吸,观察患者呼吸频率和深浅度;如患者出现发热症状,应用低浓度乙醇擦拭皮肤;指导患者选用适宜的口腔清洁液正确漱口,保持口腔清洁卫生;如患者出现咳嗽症状,指导患者学习腹式呼吸,嘱其多饮水、经常含服润喉片等,必要时可口服止咳药;使患者养成排痰的习惯,避免患者因无力或不愿排痰而影响疗效。(3)饮食护

理:嘱患者选择易消化、富含蛋白和维生素的食物,从而提高患者免疫力和耐受力,保证治疗所需营养支持;嘱患者禁食辛辣、刺激性食物;督促患者常饮水,促进毒素及时排出。(4)病房环境护理:保持病房温度为 18~22℃,相对湿度为 60%~65%;病房应经常通风换气,保持空气清新,避免异味刺激,尤其禁止在病房内吸烟;定期用紫外线消毒病房,尽量限制探视人数,防止交叉感染;出入病房的医务人员应仔细洗手消毒,医疗及生活垃圾应分类放置并及时处理。

2 结果

2009 年 5 月至 2011 年 5 月 112 例合并 RP 的肺癌患者经上述措施护理,生存质量明显提高,病死率为零。

3 讨论

多种因素可诱发 RP,而 RP 一旦发生,往往不可逆转,是导致肺癌患者中断治疗乃至治疗失败的主要原因^[9]。制订合理的护理措施是合并 RP 的肺癌患者顺利完成治疗的重要保证。本文提及的各种护理措施旨在提高患者生存质量,使患者积极配合放化疗。在本研究中未发生因合并 RP 而死亡的肺癌患者。

心理护理是基础。心理护理对提高癌症患者生活质量、增强患者对治疗的信心极其重要。多数癌症患者有不同程度的悲观、恐惧、抑郁等心理反应,间接抑制了机体免疫功能,使其抵抗力大为降低,十分不利于治疗^[10]。如果因放化疗而诱发 RP,将导致病情已得到控制的患者再次出现咳嗽、气喘等症状,使患者怀疑癌症复发或转移,进而加重其心理负担。因此,尽早让患者了解 RP 早期症状有助于使患者从容面对各种并发症,保持良好精神状态,增加其配合治疗的积极性^[11]。

基础护理是主线。基础护理贯穿 RP 临床护理的始终。对于 RP 而言,口腔护理则是重中之重。口腔中存在大量寄生

菌,当机体抵抗力下降时易导致感染,尤其是口腔黏膜感染^[12]。咳嗽、咳痰、发热和呼吸困难也是 RP 常见症状。应针对上述症状的严重程度,制定针对性和个性化的护理方案。

饮食护理是辅助。有研究表明,每日热量摄入至少 168 kJ/kg 时,可促进机体组织修复,因此应嘱咐患者以进食高热量、高蛋白、富含营养的食品,保证体质,增强抵抗力;每日饮水达 2 000 mL 时,可增加尿量,加快毒素排出速度,减轻放疗反应,因此医护人员应督促患者常饮水、排尿^[13-14]。

病房环境护理是重点。良好的病房环境是促进癌症患者康复、减轻不良反应的前提和必要条件。因此,需制定严格的护理措施,使病房保持安静,并谢绝呼吸道感染者进入病房。出入病房的医务人员勤洗手与消毒则是实现患者和医务人员双向保护的有效措施^[15]。

总之,制订并实施合理、周密的护理措施有助于避免继发 RP 对肺癌患者治疗产生的不利影响,有助于患者顺利完成治疗,提高其生存质量。

参考文献

[1] Lopez EA, Astudillo J, Cerezal J, et al. Prognostic value of chronic obstructive pulmonary disease in 2994 cases of lung cancer[J]. Eur J Cardiothorac Surg, 2005, 27(1): 8-13.

[2] 魏素萍, 黄敏, 祝玉兰, 等. 放射治疗所致放射性肺炎患者的护理[J]. 四川肿瘤防治, 2002, 15(1): 47-48.

[3] 张亚茹, 姬萍, 孙玉梅, 等. 同步放化疗肺癌患者生活质量及其影响因素分析[J]. 解放军护理杂志, 2011, 28(14): 18-19.

[4] Hosseinimehr SJ. Trends in the development of radioprotective agents[J]. Drug Discov Today, 2007, 12(19): 794-797.

[5] 马秀梅, 叶明, 李莉, 等. 肺癌三维适形放疗所致放射性肺炎相关因素分析[J]. 肿瘤学杂志, 2008, 14(3): 197-200.

[6] 李善萍, 袁玲. 三维适形放疗所致放射性肺炎 11 例早期观察及护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 25(1): 34-35.

[7] 聂青, 康静波, 王义善. 肺癌常规放疗所致急性放射性肺炎和放射剂量的关系及其防治[J]. 海军医学杂志, 2005, 26(3): 220-221.

[8] Christos EZ, Alexandra G, Heikki K, et al. Lung autophagic response following exposure of mice to whole body irradiation, with and without amifostine[J]. Biochem Biophys Res Communi, 2011, 404(1): 552-558.

[9] 王静, 乔学英, 曹彦坤, 等. 非小细胞肺癌三维适形放疗放射性肺炎发生的多因素分析[J]. 中国肿瘤临床, 2009, 19(12): 1086-1089.

[10] 王建平, 林文娟, 孙宏伟. 中国癌症患者心理干预研究[J]. 中国肿瘤临床, 2002, 29(6): 305-309.

[11] Marilyn LH. Advances in radiation therapy for lung cancer[J]. Semi Oncol Nurs, 2008, 24(1): 34-40.

[12] 常先兰, 邢浩莉. 护理干预对肿瘤患者的呼吸道感染的影响[J]. 当代护士, 2007, 12(1): 58-50.

[13] Michael CZ, Jordan NF. Hypersensitivity pneumonitis and related conditions in the work environment[J]. Immunol Allerg Clin North Am, 2011, 31(4): 769-786.

[14] 宋玉杰, 蒋鹏娜. 循证护理在放射性肺炎饮食护理中的应用与意义[J]. 实用中医内科杂志, 2009, 10(2): 100-101.

[15] 花龚, 张咏梅, 张学敏. 医务人员院内感染防护情况调查分析[J]. 南方护理学报, 2004, 11(2): 12-13.

(收稿日期: 2012-11-21 修回日期: 2013-01-12)

(上接第 1501 页)

性霉素 B、5-氟胞嘧啶、氟康唑、伊曲康唑的耐药率依次为 0.0%、8.5%、5.1%、0.0%, 热带念珠菌对上述药物的耐药率依次为 0.0%、9.5%、9.5%、0.0%, 光滑念珠菌对上述药物的耐药率依次为 0.0%、8.7%、8.7%、4.3%。

3 讨论

本院近几年伤口分泌物中分离病原菌的分布特征,与本院往年资料及其他医院报道结果基本一致,以金黄色葡萄球菌、大肠埃希菌、铜绿假单胞菌、粪肠球菌、表皮葡萄球菌、肺炎克雷伯菌和鲍曼不动杆菌为主^[3-5]。

G⁻ 杆菌耐药率较低的为亚胺培南、美洛培南、阿米卡星、头孢哌酮/舒巴坦、哌拉西林/他唑巴坦和头孢他啶。大肠埃希菌和肺炎克雷伯菌产 ESBLs 菌株所占比例居高不下,多数产 ESBLs 菌株为多药耐药菌,临床医生应限制和慎重使用广谱 β 内酰胺类药物。G⁺ 球菌以葡萄球菌属和肠球菌属为主,金黄色葡萄球菌毒力较强,凝固酶阴性葡萄球菌毒力较弱,需结合临床特征判断有无致病可能。G⁺ 球菌对万古霉素、替考拉宁和利奈唑胺的敏感率均为 100.0%。念珠菌合计对临床常用抗真菌药物两性霉素 B、5-氟胞嘧啶、氟康唑和伊曲康唑耐药率均低于 10%。

临床医生应重视伤口分泌物标本的送检,采集标本时应注

意取伤口深部分泌物,根据涂片革兰染色镜检、病原菌培养鉴定及药敏试验结果合理用药。肺炎克雷伯菌和阴沟肠杆菌均出现碳青霉烯类抗菌药物耐药株,鲍曼不动杆菌对临床常用抗菌药物全耐药的菌株约占 40%,应引起重视,对相应患者应做好隔离。

参考文献

[1] 叶应妩, 王毓三, 申子瑜. 全国临床检验操作规程[M]. 3 版. 南京: 东南大学出版社, 2007: 472-531.

[2] 芮勇宇, 耿穗娜, 王前, 等. 5504 株临床分离细菌和念珠菌的分布及耐药性分析[J]. 中国实验诊断学, 2007, 11(12): 1651-1654.

[3] 曾玲, 段贞, 蔡瑞云, 等. 4254 株病原菌分布及药敏分析[J]. 实用预防医学, 2012, 19(2): 261-264.

[4] 冯雪. 2010 年某院临床常见细菌分布及耐药情况分析[J]. 检验医学与临床, 2012, 9(13): 1647-1648.

[5] 冯莉, 罗鑫, 黎彧利. 2006~2010 年某医院细菌分布及耐药分析[J]. 国际检验医学杂志, 2012, 33(7): 821-824.

(收稿日期: 2012-12-06 修回日期: 2013-01-23)