

护理干预对减少鼻咽癌放射治疗并发症的探究

彭 红, 宋佳芳, 彭兴巧, 赵 玲(第三军医大学第三附属医院野战外科研究所肿瘤中心, 重庆 400042)

【摘要】 目的 研究系统的护理干预措施对鼻咽癌放射治疗所致并发症的影响, 并探讨减少并发症的有效措施。**方法** 选取该院肿瘤中心 2009 年 8 月至 2012 年 9 月收治 120 例鼻咽癌患者, 随机分为干预组及对照组, 每组各 60 例, 干预组采取一系列有计划、系统的护理干预措施, 对照组按常规进行护理。护理时间均为 60 d, 观察两组患者在放疗后并发症及不良反应的发生情况。**结果** 干预组口腔黏膜反应 13.3%、鼻出血 16.7%、皮肤反应 20.0%、骨髓抑制 55.0%。对照组为口腔黏膜反应 60.0%、鼻出血 70.0%、皮肤反应 75.0%、骨髓抑制 80.0%, 两组比较差异有统计学意义($P=0.007$)。**结论** 有计划的、系统综合的护理干预措施能有效地预防并降低鼻咽癌放射治疗后并发症及不良反应的发生率, 从而提高患者对治疗效果和生活质量满意度。

【关键词】 鼻咽癌; 放射治疗; 并发症; 护理干预

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.22.055 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)22-3212-02

鼻咽癌的病理诊断中多以低分化癌为主^[1]; 到目前为止尚未发现确切的医疗手段对其达到根治目的, 大部分鼻咽癌患者对于放疗治疗比较敏感, 而对于化疗相对不敏感; 放疗治疗对于原发病灶和淋巴结转移均有较好治疗效果; 但是放疗时间较长, 照射范围广^[2], 患者在接受放射治疗后并发症及不良反应的发生率较高, 常出现口腔黏膜急性损伤、皮肤红斑、鼻腔出血、骨髓抑制等, 严重影响患者的心情及生活质量。因此探索一套积极有效地针对鼻咽癌放疗过程中并发症的护理方案, 对减少鼻咽癌患者放疗后的并发症发生, 提高患者生存质量具有重大的意义。本文通过对鼻咽部癌症患者以放疗常规护理为基础, 同时积极主动地采取预防性综合护理干预措施对放疗产生的不良反应进行系统护理, 观察患者不良反应及其并发症的临床改善效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2009 年 8 月至 2012 年 9 月收治的符合鼻咽癌临床病理诊断标准^[3]的 120 例鼻咽部癌症患者, 且都为第 1 次进行放射治疗; 所有患者均知情同意。采用随机分组的原则将 120 例患者分为护理干预组(60 例)和对照组(60 例); 护理干预组中男 48 例, 女性 12 例, 年龄 26~65 岁, 平均 50.9 岁; 低分化鳞癌 49 例, 腺癌 6 例, 未分化癌 5 例, 入院时颈部发现淋巴结转移 25 例。对照组中男 45 例, 女 15 例, 年龄 32~61 岁, 平均 49.2 岁; 低分化鳞癌 46 例, 腺癌 8 例, 未分化癌 6 例, 入院时颈部淋巴结转移 22 例。两组患者在性别、年龄、病情及治疗方法方面比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 对照组患者采用常规的鼻咽癌放疗护理措施进行护理; 护理干预组患者则以对照组常规护理为基础, 加用系统的护理干预措施预防不良反应及并发症, 包括放疗前的健康教育、指导及生活指导; 放疗中的皮肤护理、药物漱口、鼻腔出血护理、颞颌关节恢复锻炼; 放疗后的护理和生活护理等; 护士长在护理过程中主要起指导和监督作用, 主管护师负责检查和汇报, 责任护士负责具体实施。放疗计划制订之日起开始执行, 护理时间均为 60 d。注意观察患者治疗期间的黏膜、皮肤反应、全身的放疗反应以及情绪反应等。

1.2.1 放疗前护理 由于大多数患者缺乏放疗方面的相关知识, 因此在放疗前, 护士应对干预组患者做好健康教育工作, 护理人员对患者应具备同情心与责任感, 与患者建立良好的关系, 积极主动向患者及其家属介绍放疗相关的知识, 对患者放

疗过程中可能出现的不良反应及需配合的注意事项责任护士应详细告知, 让患者消除恐惧的心理, 尽量避免让患者产生焦虑不安情绪, 尽量避免不良刺激, 满足患者的情感需要, 帮助其建立一个有利于治疗与康复的心理状态, 可在某种程度上减轻患者的痛苦; 也能增强患者战胜疾病的信心, 同时也可取得家属的积极配合。从而患者能更好地配合治疗^[4]。

1.2.2 照射时的指导 患者接受照射剂量的大小和放疗期间局部护理情况都不同程度地影响了皮肤放射性反应的严重程度, 因此在进行放疗之前需嘱咐患者注意对照射区域的皮肤进行有效的保护。切忌用手抓, 避免在阳光下暴晒和衣领等对颈部照射区域内皮肤的摩擦, 同时要让局部皮肤保持清洁; 不要在照射野皮肤处粘贴胶布、涂红汞或碘酊等药物。患者内衣应选用全棉柔软的, 禁止使用肥皂以及热水浸洗照射部位, 可用柔软毛巾和温水轻轻的沾洗照射野的皮肤。照射皮肤划痕线应该指导患者保持清晰, 切勿洗脱照射野的标记; 一旦患者皮肤出现局部红斑时, 应指导其使用洁悠神外喷长效抗菌剂^[5]。

1.2.3 口腔护理 对放疗患者口腔清洁的护理是基础护理技术操作中的一项重要内容, 是保护口腔清洁预防疾病, 缓解放射治疗后口腔黏膜损害的重要手段。放射治疗剂量较大时患者有咽部不适或口腔溃疡等情况出现, 并且这些症状常常伴随放疗剂量增多而加重^[6]。因此, 做好口腔护理可减少口腔黏膜损害并发症发生; 放射治疗前应告知患者在放疗过程中少食对口腔和咽部有刺激性的食物和饮料, 如辛辣、干硬、酸麻等食物, 忌饮酒、吸烟, 从而尽量减少对口腔黏膜造成刺激性伤害的因素。注意用餐时饭菜的温度不宜过热和过冷, 当蔬菜或水果无法咽下可以榨成汁饮用。口腔黏膜反应严重者可采用漱口溶液来保持口腔清洁, 比如传统的生理盐水、0.02% 的呋喃西林、1%~3% H_2O_2 溶液等, 应当根据患者的口腔黏膜受损状况, 来选用合适的漱口溶液。另外, 一些如丁香漱口液、金蒲散含漱剂等中药漱口液, 患者使用上也取得了比较满意的效果^[7], 如有必要时, 可指导患者使用。如果患者出现口腔细菌感染时, 应积极使用广谱抗菌药物与生理盐水配制的溶液漱口, 必要时行药敏试验。同时指导患者饮水, 防止患者呛咳; 应指导患者做张口和叩齿等颈部肌肉锻炼训练及颞颌关节的按摩, 防止患者放疗后皮肤僵硬, 出现张口困难, 影响生活; 频率一般为每天 3 次, 每次 20 min。最大程度地减少患者在治疗过程中的口腔黏膜损害。

1.2.4 鼻腔的清洁护理 在放射治疗过程中, 鼻咽腔的黏膜

受到不同程度的放射损害。因此,合理、有效的鼻腔护理,对缓解患者鼻黏膜损害也尤为重要。放疗前责任护士应详细告知患者鼻腔清洁护理的意义及其重要性,让患者心理上能很好的接受该项护理,从而取得患者的积极配合。患者一般取坐位,头略低,身体稍向前倾斜,张口;操作者站在患者一侧,先对鼻腔进行清洁,再将冲洗器的一端插入患者鼻孔内,患者一手端换药碗置于颌下,另一手轻压对侧鼻翼,使冲洗液顺鼻腔流入鼻咽腔,再经口腔流入换药碗,两侧鼻孔交替冲洗;冲完后再用生理盐水冲洗干净。作者通常用 0.3% H₂O₂ 冲洗鼻腔和鼻咽腔,每天 1 次;然后患者再用凉开水自行冲洗 1~2 次。

1.2.5 鼻腔出血护理 放疗过程中射线会导致鼻腔及鼻黏膜的损伤,降低了鼻黏膜正常的分泌功能及清洁功能,常常继发感染,并且鼻咽部癌组织坏死脱落也会发生出血,需告诫患者在放射治疗的过程中,打喷嚏时切忌用力过猛,勿用手擤鼻涕、抠挖鼻腔以免导致鼻黏膜受损而大量出血。当患者发生鼻出血时,责任护士密切监测患者生命体征变化,严密观察出血量,为避免血液误咽胃内引起恶心、呕吐,进一步加重患者恐惧的心理;应该告知患者尽量将流入口中血液吐出勿咽下。鼻出血量少者,可用 10% 麻黄碱和 0.1% 肾上腺素浸润过的沙条堵塞鼻孔止血,头偏向一侧,保持呼吸道的通畅,出血较多时,如有必要,应迅速建立静脉通道,经静脉止血补液^[4],避免患者因失血过多发生休克。

1.2.6 骨髓抑制的护理 对于接受放射治疗的鼻咽癌患者,常常需要进行同步化疗;这就加大了患者的负荷,使患者更易发生骨髓抑制,放射线治疗对骨髓的抑制多出现在肿瘤放疗过程中及治疗后。照射的范围、部位、时间及放射的剂量等都决定了骨髓损害程度。放疗对骨髓的损伤主要是影响粒细胞系增殖与分化,从而出现骨髓抑制的并发症,外周血可见白细胞减少,严重者甚至全血细胞减少。临床症状常表现为乏力倦怠、头重脚轻、食欲缺乏、甚至皮下出血等不适。当粒细胞的绝对计数小于或等于 3.0×10⁹/L 时,予粒细胞集落刺激因子行升白细胞治疗;及时对患者采取保护性隔离,在粒细胞的绝对计数小于或等于 0.5×10⁹/L 时,并用抗菌药物抗感染,粒细胞集落刺激因子行升白细胞等治疗,使血常规中粒细胞的绝对计数恢复至大于或等于 2.0×10⁹/L;红细胞偏低时运用促红细胞生成素,血小板降低时可使用白细胞介素-11、输注血小板等,当出现感染、发热时应使用抗菌药物控制感染,同时在发热时要避免酒精擦拭。嘱患者戴口罩,适当地安慰患者,有其他症状时应对症治疗。如患者实在不能耐受时,可适当减少剂量。

1.2.7 放疗后护理 放射治疗使原有皮肤的保护功能和皮脂腺的分泌功能均遭到不同程度的破坏,继而皮肤出现红斑、干燥、逐渐变薄,皮肤抵抗能力也下降;因此应该嘱患者保护放疗区皮肤的清洁卫生,最大限度地避免放疗区皮肤受到物理或化学性刺激,预防感冒,注意口腔卫生。为避免诱发颌骨髓炎,在接受放射治疗后的 3 年内禁止拔牙,嘱患者回家后坚持进行张口、叩齿锻炼,预防张口困难,指导患者定期按时复查。

1.2.8 生活护理 在饮食的摄取上应保证营养均衡搭配,多食用新鲜的水果、蔬菜,不吃含有亚硝酸盐的腌制食物,可适当食用不饱和脂肪酸含量丰富的新鲜鱼类。每日保证足够热量和丰富蛋白质。针对放疗期间味觉不敏感、厌食等情况,应注意饮食搭配。不能进食者可经外周静脉穿刺中心静脉置管,给予胃肠外营养。同时保持生活规律,避免过度疲劳,保持愉悦的心情。

1.3 统计学处理 采用 SPSS16.0 软件进行分析,计数资料以率表示,采用 χ^2 检验;以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

干预组的口腔黏膜急性放射反应、鼻出血、皮肤反应、骨髓抑制的发生率均少于对照组(表 1),其中口腔黏膜反应发生率降低最明显。两组不良反应发生率比较,差异有统计学意义($\chi^2=12.13, P=0.007$)。

表 1 两组患者不良反应发生率的比较[n(%)]

组别	n	口腔黏膜反应	鼻出血	皮肤反应	骨髓抑制
干预组	60	8(13.3)	10(16.7)	12(20.0)	33(55.0)
对照组	60	36(60.0)	42(70.0)	45(75.0)	48(80.0)

3 讨 论

本研究结果显示,经上述系统综合的护理干预措施后,干预组的口腔黏膜急性放射反应、鼻出血、皮肤反应、骨髓抑制等不良反应发生率均少于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),说明干预组系统的护理措施是有效的。由于鼻咽癌放疗时间通常需要 2 个月,每周照射 5 d,休息 2 d;鼻咽局部的根治放射剂量一般为 70~75 Gy;颈部预防性的放射剂量为 45~50 Gy;颈部根治的放射剂量为 65~70 Gy^[4]。由于放疗过程中照射剂量不断累积,加上同步化疗(每周化疗 1 次)的实施,放疗、化疗的并发症也会相继出现,一般最先出现照射野皮肤反应,可首先表现为皮肤在照射野的红斑,随之出现干性脱屑,感觉到不同程度的瘙痒,产生水泡,如果不加护理干预的让其发展可能出现湿性脱皮溃疡,更严重者甚至发展为剥脱坏死性皮炎。很多患者在放射治疗 1 个月时开始出现不同程度的口腔黏膜反应,一般表现为口腔局部疼痛,继而黏膜上皮细胞出现脱落甚至糜烂,表面出现炎性渗出物^[5]。随着化疗的同步进行,患者即出现不同程度的骨髓抑制反应,白细胞数降低、乏力倦怠、头重脚轻等不适。因此,治疗过程中都需要广大护士积极主动热情地关怀患者,加强与患者的沟通与交流,密切观察病情变化,采取上述有计划、系统的护理干预措施和有效预防措施,帮助患者及时解决放疗过程中带来的各种问题,确保患者能够顺利完成放射治疗,并可减少放疗并发症的发生。

综上所述,实行有计划、系统的护理干预措施及预防措施,对减少鼻咽癌放疗并发症及不良反应的影响,缓解患者治疗过程中的痛苦,坚定患者治疗的信心,有着非常积极意义。

参考文献

[1] 李坚,王仁生,甘浪舸,等. 153 例鼻咽癌放疗后 5 年无瘤存活者生存质量调查[J]. 肿瘤学杂志, 2004, 10(4): 213-215.

[2] 张克勤. 鼻咽癌放疗患者的心理干预[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2002, 9(6): 52.

[3] 邓卓霞,唐小岚,周富玲,等. 个体化护理干预对鼻咽癌患者生活质量及放疗后遗症的影响[J]. 护士进修杂志, 2007, 22(9): 778-780.

[4] 郜瑞红. 鼻咽癌放疗护理与健康指导[J]. 中国实用医药, 2010, 5(31): 215-216.

[5] 蒋瑾秀. 护理干预对减少鼻咽癌放疗并发症的观察[J]. 广西医学, 2009, 31(5): 702-703.

[6] 廖金莲. 鼻咽癌放疗不良反应的预防与护理[J]. 广西医学, 2007, 29(3): 444-445.

[7] 史清秀. 口腔护理法的临床应用进展[J]. 护士进修杂志, 2004, 19(8): 748-749.