

头颈恶性肿瘤患者放疗期临床护理进展

刘慧平, 唐 婷(第三军医大学第三附属医院颌面头颈外科, 重庆 400042)

【关键词】 头颈部恶性肿瘤; 口腔护理; 护理干预

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.10.057 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)10-1424-02

头颈部恶性肿瘤是指颅底到锁骨上、颈椎前的所有恶性肿瘤,一般不包括颅内、颈椎及眼内恶性肿瘤。其在我国较为多见,约占全身恶性肿瘤的 19.9%~30.2%,以鼻咽癌和口腔癌居多^[1]。在头颈部恶性肿瘤治疗方面放射治疗占有举足轻重的地位,目前有 60%~70% 的患者以放射治疗作为首选治疗或综合治疗的组成部分。但头颈部放疗对口腔颌面部不良反应明显,会不同程度地损伤涎腺、黏膜、肌肉、牙齿等组织,导致口干症、顽固性口腔溃疡,张口受限、牙齿龋坏等,给患者带来痛苦,影响生活质量。研究表明,放疗期间的临床护理对于预防和减轻放疗并发症,提高患者生活质量有重要意义,现将其研究现状及展望综述如下。

1 头颈部恶性肿瘤患者放疗期间护理的意义

对于头颈部恶性肿瘤患者,由于其特殊的解剖结构,口腔即使并非病变所占部位,放疗时仍难免被累及。而放疗所导致的口腔损害会对患者饮食、语言造成明显影响。由于放疗可引起腮腺及口腔黏膜下小腺体萎缩,致唾液分泌减少,口腔黏膜干燥,口腔自洁作用降低,易引起口腔疾病如白色念珠菌感染、猖獗龋等,良好地护理可以有效帮助患者保持口腔清洁、湿润,并防止感染。对于术后的头颈恶性肿瘤患者,其多需行鼻饲插管,暂停口腔进食功能。此种做法虽避免食物污染创口,但口腔缺乏食物刺激会导致自洁功能下降,易伴发口腔疾病。通过专业的口腔护理能保持患者口腔清洁及其功能,并能去除口腔异味,提高患者的舒适感。另外,部分患者术后需长期卧床,口腔内的分泌物可能呛入气管引起吸入性肺炎,有必要专人、定时给予口腔护理,以防止此类并发症的出现^[2]。患者接受放疗的中后期常发生口炎,口炎不仅疼痛而且影响进食及休息,导致免疫力下降及精神状态不佳,合理的口腔护理是防止化疗后口腔感染的重要措施^[3]。另外,头颈恶性肿瘤患者放疗期间的护理可以减轻患者的心理负担,使放疗更易于进行,同时使患者对病情有所了解而保持战胜疾病的信心。

2 头颈部恶性肿瘤患者放疗期间护理干预现状

2.1 口腔专科护理

2.1.1 护理方法 漱口液含漱是保持患者口腔清洁、湿润,防止食物残渣存留最简单易行的方法,通常临床上是直接将漱口液分发给患者自行使用^[4]。但作者发现,对于头颈部放疗患者,仍有不少患者不能遵医嘱正确进行含漱清洁。原因之一就是这类患者口腔多伴发溃疡或糜烂,漱口液同食物一样会对患者造成刺激性疼痛,从而使其不愿使用或是不能坚持含漱。因此,对于这类患者,通常用 5~10 mL 丁卡因配入 500 mL 生理盐水,让患者于漱口前或进食前先用其含漱 2~3 min,可以有效减轻刺激痛,从而保证患者能够坚持自觉进行口腔清洁。另外,对于全身状况较差但意识清醒的卧床患者,护士可辅助患者进行含漱清洁。具体做法为用吸管或注射器往患者口腔

注水,口述指导其全面清洗口腔,把弯盘放置于患者一侧嘴角边,含漱完让水从口角直接流出。

棉球口腔擦拭也是一种行之有效的口腔护理手段。护士用口腔护理液湿润棉球后,按一定的先后顺序清洁湿润口唇、牙齿各面、颊部、舌及硬腭。但对于头颈部恶性肿瘤放化疗期患者,该方法的使用应慎重。因为此类患者口腔黏膜处于亚健康状态,物理性擦拭可能成为黏膜剥脱、糜烂的诱因。虽然近年来,有许多报道在传统擦拭法的基础上进行改进,如将棉球擦洗改为纱布擦洗,但其与棉球比较的效果差别主要在于对牙面硬组织的清洁,故对于头颈部放疗患者的口腔黏膜擦洗仍需特别注意。

口腔冲洗是一种较为彻底的口腔清洁方法。临床使用较多的是注射式负压吸引法^[5];使用注射器冲洗口腔的同时,用负压吸引管置于口内吸出冲洗液,一边注射一边抽吸,避免患者反复起身吐水。能快速将口腔冲洗干净,其操作简便,清洁彻底。但这种方法存在一些小问题如注射器针头易刺激口腔软组织,且研究发现,单纯的口腔冲洗并不能有效去除牙齿菌斑以及口内溃疡及糜烂所形成的假膜^[6-8]。为了使口腔冲洗达到理想的效果,作者尝试在牙科综合治疗椅上进行操作。用水枪结合过氧化氢彻底清洗患者口腔,反复冲洗至口腔清洁,去除牙齿表面软垢及假膜,裸露的糜烂、溃疡面最后用聚维酮碘或生长因子等治疗性药物进行涂敷,获得了良好的效果。

2.1.2 口腔清洗液 口泰液是一种新型口腔清洁卫生用品,有研究表明,其具有强大的杀菌及去除牙斑作用,目前在口腔科、外科及 ICU 得到广泛应用^[9-10]。张秀英等^[11]通过研究发现,与呋喃西林相比,口泰液能有效杀灭 6 种口腔常见致病菌,而呋喃西林仅对 1 种效果明显。其对于牙龈炎、冠周炎、口腔黏膜炎等引致的牙龈出血,牙周肿痛、溢脓口臭及口腔溃疡均能起到治疗作用。还可用于长期卧床或放、化疗患者的口腔护理。国内近年还研制了口灵液、强氧化离子水以及一系列的中草药漱口液如金蒲散含漱剂、丁香漱口液、口疮灵漱口液等,临床应用均获得满意效果^[12-14]。

对于放射治疗后并发的口腔溃疡,长期临床实践证实:使用地塞米松+利多卡因漱口液漱口有明显效果。具体做法为嘱患者将漱口水含于口中,使溶液与口腔黏膜充分接触,持续 1~2 min 后吐出,从而使药物发挥更好的作用。另有研究发现,对于口腔黏膜充血糜烂,可用 100 mL 生理盐水+0.1%肾上腺素液 1~2 mL 混匀含漱,可明显减轻疼痛、控制充血^[15]。

2.2 放疗区域皮肤护理 放疗后人体皮肤可能出现各种不良反应,如糜烂、色素沉着、瘙痒等,因放疗疗程和患者个体体质不同,不良反应发生的严重程度亦有区别,且持续时间往往较长,这种情况会对患者的生理和心理造成明显影响。护士在面对这种情况时,应及时告知患者如何保护皮肤及其重要性,避

免使用刺激性太强的物品;禁用手抓挠皮肤;保持皮肤的干燥、清洁,发现患者皮肤糜烂,应停止化疗。多巡视此类患者,及时更换敷料,并注意向主管医师反映病情变化。

2.3 饮食护理 头颈部放疗会导致味觉减退或消失,出现不同程度的胃肠道反应,如恶心、呕吐、便血等。放疗会消耗机体热能,因此在这期间的饮食很重要,除了注意营养的补充,还要保证足够的蛋白质及热能,多吃滋润清淡的食物,忌食辛辣、刺激性食物。对于并发严重口腔溃疡不能进食的患者,可遵医嘱酌情予以营养素输注,提高免疫力。

2.4 心理护理 患者在得知自己的病情较严重,情绪往往非常低落,甚至出现深度焦虑、精神抑郁等状况,对于癌症患者出现此类情况的概率更大。因此对于此类患者的心理护理尤为重要。在日常护理中,护士要留心观察这类患者的情绪反应,通过简单地交谈和询问,了解患者的心理状况和动向。积极引导他们以坚定的信念、乐观的情绪、愉快的心境配合治疗,不但可以提高患者的免疫力,更有助于提高治疗效果,延长生存时间,提高生存质量。

3 与治疗相结合的特殊护理干预

放疗期间口腔颌面部并发症的控制需要治疗与护理的配合。根据临床治疗方法的不同,护理方法也需要作相应的调整才能保持最佳治疗效果,同时防止发生新的不良反应。湿性敷料是一种新的治疗方法,其作用原理主要是激活细胞活性功能,使创面不经过一般的结痂过程而自然愈合,每次换药都可保护新生的肉芽组织及上皮细胞不受损伤。敷料的功能是吸收渗出,保护伤口抵御继发感染和避免机械刺激。臧德华等^[16]观察了湿性敷料在放射线皮肤损害护理中的应用。对于湿性敷料的治疗方式,对应的护理方法与常规干性敷料相比则需要明显调整,需增加敷料的频次,保持湿性敷料的密封性,防止漏液,及时发现导致敷料松动及脱落的原因,同时减少局部护理的频次。激光局部治疗也是一种特殊治疗方法。近红外光的照射能够促进血液循环,激活或诱导皮肤和黏膜浅层的巨噬细胞和 T、B 淋巴细胞,提高患者自身免疫能力,增强巨噬细胞的吞噬功能,抑制或减轻炎症。同时照射还可缓解疼痛。在实施该治疗的过程中,护理人员需特别注意以下几个方面:(1)注意保护患者眼睛。由于治疗机输出光线为近红外光,长时间直射眼睛会造成视网膜损伤,故治疗过程中需做好防护措施,嘱患者戴保护镜,避免激光直接照射患者眼睛。(2)加强巡视。在治疗过程中,护士每隔 2~3 min 应巡视 1 次,明确照射部位无偏斜,确保患者不会因不适而自行去除眼部保护,以保证治疗安全、稳定地实施^[17]。

综上所述,在头颈部恶性肿瘤的放疗期间,根据患者病情发展变化进行动态干预调整,实施针对性护理干预措施,配合

医师的治疗方案及时调整护理策略,才能充分发挥临床护理效果,降低并发症发生率,避免发生新的并发症,提高患者生存质量与生活质量。

参考文献

[1] 刘平,胡春宏.头颈部恶性肿瘤的同步放化疗研究进展[J].肿瘤研究与临床,2000,4(4):284-286.

[2] 陈裕胜,林材元,苏伟,等.老年吸入性肺炎 62 例诊治探讨[J].实用医学杂志,2004,20(2):165-166.

[3] 杨益群.鼻咽癌放射性口腔黏膜炎的临床分析及护理[J].护士进修杂志,2010,25(9):807-808.

[4] 孙皎,刘群.日本老年患者口腔护理方法介绍[J].中华护理杂志,2004,39(6):477-478.

[5] 齐会萍,赵晓丽.注射式负压吸引法用于口腔护理[J].护理学杂志,2006,21(2):9.

[6] 卢爱工,张秀云,代红,等.两种不同操作方式口腔护理的研究[J].护士进修杂志,1992,7(10):21-22.

[7] Abidia RF. Oral care in the intensive care unit[J]. J Contemp Dent Pract, 2007, 8(1): 76-82.

[8] Grap MJ, Munro CL, Ashtiani B, et al. Oral care interventions in critical care: frequency and documentation[J]. Am J Crit Care, 2003, 12(2): 113-118.

[9] 龙羽玲.采用纱球进行口腔护理的效果观察[J].南方护理学报,2000,7(5):9-10.

[10] 谢似平,李映兰.口腔护理方法的研究进展[J].现代护理,2008,14(1):54-55.

[11] 张秀英,王宏宇,刘丽华.浅谈口腔冲洗法的临床应用[J].工企医刊,1996,9(3):132.

[12] 陆秀萍.手术后危重病人的口腔护理[J].广西医学,2001,23(6):1570-1571.

[13] 李娇娥,易滨,傅春华.强氧化离子水含漱治疗口腔溃疡的观察[J].中华护理杂志,2000,35(3):33-34.

[14] 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.

[15] 苏庆琪.个体化护理干预在口腔颌面部恶性肿瘤患者术后放疗期间的应用[J].齐鲁护理杂志,2013,19(1):9-10.

[16] 臧德华,王学红,吴情.湿性敷料在放射性皮肤损害护理中的应用[J].护理研究,2012,26(2):158-159.

[17] 刘慧平.激光治疗仪辅助治疗重型口炎病人的护理[J].护理研究,2011,25(11):1002-1003.

(收稿日期:2013-10-16 修回日期:2013-12-28)

(上接第 1423 页)

RNA-21 contributes to myocardial disease by stimulating MAP kinase signalling in fibroblasts[J]. Nature, 2008, 456(7224):980-984.

[24] Montgomery RL, Hullinger TG, Semus HM, et al. Therapeutic inhibition of miR-208a improves cardiac function and survival during heart failure[J]. Circulation, 2011,

124(14):1537-1547.

[25] Suckau L, Fechner H, Chemaly E, et al. Long-term cardiac-targeted RNA interference for the treatment of heart failure restores cardiac function and reduces pathological hypertrophy[J]. Circulation, 2009, 119(9):1241-1252.

(收稿日期:2013-10-28 修回日期:2014-01-13)