

维乳管内视镜、乳管扩张器、平针头(由于操作允许也为了减少皮肤损伤和病人痛苦,故选用自制1 mL的无尖针头)浸泡于2%中性或碱性戊二醛溶液中30 min,后置于75%的酒精中浸泡30 min,用无菌注射用水冲洗后备用。仔细观察各个部件之间的连接是否正确,是否可以正常工作。

3.3 皮肤准备 患者取仰卧位,暴露患侧乳房,由于均为乳头溢液的患者,溢液干后容易在乳头表面形成结痂而堵塞乳孔,对乳管镜检查造成困难,所以在检查前1天先将患侧乳房周围皮肤用肥皂水清洗干净,检查时如仍有结痂,可将湿纱布覆于乳头表面,约10 min左右,待痂变软后,清理干净。操作时,护士动作要轻,以防止皮肤破裂出血。

3.4 护理配合 以乳头为中心常规消毒皮肤,消毒后铺无菌孔巾,将乳头暴露。提起乳头,顺溢液乳管开口处用乳管扩张器由细至粗(000-07),逐级扩张乳管^[3],当扩张到0.1 mm时注入2%的利多卡因0.2~0.5 mL,这样一方面起到麻醉的功效,另一方面可以对乳管起到扩张的作用。之后再依次逐型号插入乳管扩张器,使乳管开口扩张到0.6~0.8 mm。此时护士应站在患者身旁,轻扶患者并指导其放松全身肌肉,嘱其深呼吸,不断给予鼓励。还可选择适当的话题与其聊天,转移和分散其注意力,同时要密切观察患者的生命体征的变化。乳管开口扩张后,用20 mL注射器与乳管镜注水口紧密连接,5%甲硝唑自注水口排空乳管镜内的空气,将乳管镜交与医生,医生由扩张好的乳管开口处插入,护士开始注药物于乳管。扩张乳管并冲洗管腔内的分泌物,使视野清晰,充盈满意后即可见到乳管腔,同时配合医生采集相关的图像。此时应注意,注药的整个过程,压力不可过大,随时观察患者反应,以免由于注药压力过大造成的乳管破裂、出血等损伤,本组患者无乳管破裂、失血等现象发生。护士停止注药同时医生按摩

患者乳房,以排出乳管内液体,消毒乳头,嘱患者安静休息,观察30 min,观察乳头有无活动性出血,然后局部涂百多邦药膏,并覆盖创可贴,嘱患者48 h禁浴,根据不同的检查结果,告知患者及家属做相应的治疗。纤维内窥镜用后立即清洗,以免血液和粘液干固后不易洗净。将镜头以无菌注射用水反复冲洗后浸泡于2%中性或碱性戊二醛溶液中浸泡30 min,结核、艾滋病、肝炎患者使用后需浸泡45 min。浸泡后护士将1支糜蛋白酶溶于10 mL无菌注射用水中,从乳管镜内注入,彻底清洗镜腔与镜头,以及反复内外冲洗,去除残留消毒液,浸泡在75%的酒精中再次消毒30 min。取出镜头后置于无菌盘中备用。乳管扩张器按同样浸泡程序与时间进行消毒。

4 体会

护士在整个操作配合过程中,手法要轻柔,在向管腔注药时,一定要保持管内持续稳定的压力,切勿压力过大使乳管破裂;在对管腔内注入药物时,建议选用糖制剂的甲硝唑,因为盐制剂的甲硝唑容易使乳管镜内壁产生结晶,影响使用寿命。掌握正确的使用方法,熟悉仪器设备的性能,细心周到的心理护理,争取患者的合作,是保证检查顺利成功的重要前提,同时高效率的操作过程,离不开护理人员的密切配合。

参考文献:

- [1] 汪立今. 乳腺囊性增生与乳腺癌[J]. 医学综述, 2007, 13(7): 516
- [2] 邢华, 续哲莉, 宋昌龙, 等. 乳管镜的临床应用(3 000例报告)[J]. 中国微创外科杂志, 2005, 5(9): 751
- [3] 汪立今, 杨绍时, 谢宝玖, 等. 乳管镜在多孔乳头溢液诊断及治疗中的应用价值[J]. 中国肿瘤临床, 2008, 35(5): 245

(2009-04-21 收稿, 2009-09-25 修回)

应用靶向药物厄洛替尼治疗晚期非小细胞肺癌的护理体会

胡 欣

(天津医科大学总医院, 天津 300052)

摘要 通过对18例接受靶向药物厄洛替尼治疗的晚期非小细胞肺癌(NSCLC)患者进行护理, 经积极护理, 绝大多数患者顺利完成了治疗。总结分析了晚期NSCLC患者服用厄洛替尼的护理体会, 提出护理要点为针对厄洛替尼最常见的毒副作用皮疹和腹泻, 加强心理护理、皮肤护理及饮食护理。

关键词 非小细胞肺癌; 厄洛替尼; 护理

中图分类号 R473.73 **文献标志码** B **文章编号** 1006-9143(2009)06-0323-02

非小细胞肺癌占肺癌总数的80%左右, 就诊时多数患者已是晚期, 联合化疗是晚期肺癌的标准治疗方案, 但化疗有效率仅30%左右, 且多数患者最后出现疾病进展。对此类患者, 和安慰剂相比, 应用表皮生长因子受体-酪氨酸激酶拮抗剂(EGFR-TKI)厄洛替尼可以延长患者的生存期, 提高患者生活质量, 其疗效与标准二线化疗的疗效相当, 且副作用相对较轻^[1]。我院自2006年5月至2009年4月间应用厄洛替尼治疗非小细胞肺癌患者18例, 本文对其不良反应的发生及护理体会进行分析报道, 为以后应用EGFR-TKI治疗非小细胞肺癌的护理提供参考。

1 资料与方法

1.1 临床资料 自2006年5月至2009年2月, 共有18例非小细胞肺癌患者接受了厄洛替尼治疗, 其中男10例, 女8例, 年龄43~78岁。病理类型: 鳞癌5例, 腺癌11例, 大细胞癌2例; ⅢB期7例, Ⅳ期11例; Ⅳ期中脑转移6例, 双肺多发转移6例, 多发骨转移5例, 肝转移2例(有8例患者为多部位转移)。6例患者曾接受胸部放疗, 12例患者曾接受化疗, 常用化疗药物顺铂、紫杉醇、依托泊苷、诺维本等, 接受化疗中位4个周期(范围: 3~10个周期), 其中5例患者为二程化疗后复发患者。

1.2 治疗方法 厄洛替尼150 mg, 每天1次, 空腹服用, 服药前2 h和服药后1 h不要进食。截止到2009年5月, 18例患者服药时间3~16个月。所有患者均定期随访观察, 并接受

护理指导。

1.3 疗效及毒副作用评价 抗肿瘤疗效评价:根据实体瘤缓解评估标准(RECIST标准)分为完全缓解(CR)、部分缓解(PR)、稳定(SD)和进展(PD)。毒副作用评价依据美国国立癌症研究所不良事件通用术语标准分级系统(NCI CTC AE3.0),其中常见毒副作用痤疮样皮疹Ⅰ级为不需处理的皮疹,Ⅱ级为需要处理的皮疹,Ⅲ级为皮疹导致疼痛、毁容、溃疡或脱皮,Ⅳ级空缺,Ⅴ级为导致死亡的严重皮疹;腹泻分级Ⅰ级为每天大便次数较基线水平增加小于4次,Ⅱ级为每天大便次数较基线水平增加4~6次,需要静脉补液不超过24小时,不影响日常生活,Ⅲ级为每天大便次数较基线水平增加7次以上,大便失禁,静脉补液超过24小时,需住院治疗,干扰了日常生活,Ⅳ级为危及生命的并发症(如低血容量性虚脱等),Ⅴ级为导致死亡的腹泻。

2 结果

2.1 临床疗效 截止到最后随访日期2009年5月,服药后所达到的疾病最佳疗效CR 1例,PR 4例,SD 6例,PD 7例,治疗疾病控制率(CR+PR+PD)为61.1%。疾病控制11例中有4例患者于服药后8~14个月出现疾病复发进展,PD 7例中有5例已死亡,自服药至死亡时间3~6个月。

2.2 毒副作用 本组最常见不良反应为痤疮样皮疹和腹泻,皮疹以颜面及躯干部较重,14例患者(77.8%)出现皮疹,其中发生Ⅰ~Ⅱ级皮疹患者13例,发生Ⅲ级皮疹1例。6例患者(33.3%)发生腹泻,多为Ⅰ~Ⅱ级,Ⅲ级腹泻1例。皮疹多出现在服药后4~20天,在1周左右出现最多,腹泻也多出现在服药后7天左右。另有5例患者出现恶心、食欲下降,2例患者出现轻微肝功异常。

本组18例患者除1例因出现严重皮疹中断治疗1周外,其余病例均顺利接受了治疗。

3 护理

3.1 心理护理 患者在接受治疗期间常有较大心理压力,主要是对疾病的恐惧、对治疗效果及治疗带来的毒副反应的担忧,因此应多与患者交流,了解其心理状况,有针对性地对患者进行心理指导,经常鼓励和肯定患者,使其树立战胜疾病的信心。靶向性药物治疗是肺癌治疗的新领域,对很多患者来说是个新名词,且接受靶向治疗的患者多是疾病晚期及多疗程化疗后失败患者,患者多对治疗已失去信心。因而在对患者介绍靶向治疗药物时,应重点介绍靶向治疗的作用机制及临床效果,树立患者的信心。另外还应告知药物的一些不良反应,如出现轻度的腹泻、皮疹等,告知患者这些不良反应进行对症处理后多可缓解,无需停药,但出现呼吸困难、咳嗽、发热以及不能耐受的腹泻、皮疹时,应及时告知主管医生,以便医生能够给予相应的处理。本组患者有5例为两程化疗后未控患者,3例患者对治疗完全失去信心,经过我们耐心说明本药的疗效,并介绍这些患者与服用厄洛替尼后病情明显好转的患者进行交流,3例患者均顺利地接受了厄洛替尼治疗。

3.2 皮疹的护理 应用EGFR-TKI靶向治疗皮疹发生率较高,本组皮疹发生率将近80%,表现为痤疮样皮疹、脓疱样皮炎等,多在服药第1周出现,最早在第4天出现,主要分布在面部、颈部及躯干,其中6例患者伴有皮肤干燥和瘙痒。文献报道皮疹的发生及其严重程度与靶向治疗最后疗效有关,皮疹较重者治疗有效的可能性更大^[2]。密切观察皮疹的发生、部位、范围、严重程度及有无皮肤干燥和瘙痒现象等,嘱患者衣着宽松柔软,局部皮肤避免抓挠,勿用碱性肥皂和刺激性洗

涤物及粗糙毛巾擦洗,保持皮肤清洁,外出时避免强烈日光照射,皮肤干燥可涂用润肤剂。对出现皮疹的患者做好心理护理,使其更好地配合治疗。本组13例Ⅰ~Ⅱ级皮疹经上述日常护理措施并经应用润肤剂、氢化可的松软膏后好转,继续完成了治疗,1例重度皮疹患者出现局部感染,嘱患者注意保持皮肤清洁,避免应用酒精等刺激性消毒剂,局部应用百多邦软膏,暂停口服特罗凯,并口服罗红霉素1周后症状缓解,并继续完成了治疗。

3.3 腹泻的护理 本组腹泻发生率达33.3%,多发生在服药的4~10天。表现为大便次数增多,便溏不成形,也有出现严重腹泻者。观察腹泻的次数、量、颜色、性质,并报告医生,轻者予思密达口服后多能缓解,严重者予洛哌丁胺2mg口服,每2h1次,至腹泻停止12h后停用。对腹泻严重者监测水电解质情况,适当补充水电解质,维持水电平衡。鼓励患者多休息,进清淡易消化食物,便后注意肛周护理。本组6例患者出现腹泻,5例较轻,经应用思密达后缓解,仅有1例出现较重腹泻,每日7~8次,嘱患者控制油腻刺激性食物,适当补充果汁等富含维生素电解质饮料,每次便后清洗肛周,同时应用洛哌丁胺后缓解,后继续应用厄洛替尼未再出现腹泻。

3.4 其他毒副作用护理 厄洛替尼的毒副作用除皮疹腹泻外还有恶心呕吐、肝功异常^[3]、黏膜炎、间质性肺炎^[4,5]等。本组患者中有5例出现恶心、食欲下降,我们及时告知患者这是一种常见的不良反应,消除患者的顾虑,鼓励患者进清淡易消化食物,少量多餐,按医嘱给予吗叮啉等对症处理后好转;2例患者出现轻微肝功异常,经注意劳逸结合,适当加强营养并加用保肝药物后好转。本组病例中虽没有出现间质性肺纤维化,但因后果严重,临床上需注意观察患者有无气短、呼吸困难急剧加重等表现,以免出现严重肺纤维化,危及患者生命。

4 小结

通过对18例晚期非小细胞肺癌患者服用厄洛替尼的护理,我们发现其最常见的不良反应是皮疹和腹泻,但绝大多数毒副作用轻微,经对症处理后好转。护理要点为加强心理护理,增强患者战胜疾病的信心,注意皮肤防护和饮食护理,并注意观察肺功能情况及肝功能改变,以防出现严重并发症。经细致的护理及积极处理各种毒副作用,患者多可顺利完成治疗,使患者生存期得以延长,生活质量得到提高。

参考文献:

- [1] Shepherd FA, Rodrigues Pereira J, Ciuleanu T, et al. Erlotinib in previously treated non-small-cell lung cancer[J]. N Engl J Med, 2005,353(2):123-132
- [2] Wacker B, Nagrani T, Weinberg J, et al. Correlation between development of rash and efficacy in patients treated with the epidermal growth factor receptor tyrosine kinase inhibitor erlotinib in two large phase III studies[J]. Clin Cancer Res, 2007,13(13):3913-3921
- [3] 曾鹏. 厄洛替尼的重要安全信息[J]. 中华医学信息导报, 2008,23(20):13
- [4] 赵文英. 1例口服盐酸厄洛替尼致间质性肺炎的观察和护理[J]. 实用临床医药杂志(护理版), 2008,4(4):21-22
- [5] 雷莉,罗继征,孟军英,等. 厄洛替尼引起急性间质性肺炎死亡2例[J]. 药物不良反应杂志, 2007,9(4):277-278

(2009-07-16收稿,2009-10-15修回)