

·个案护理·

1 例溃疡型上唇癌伴创面感染合并糖尿病和高血压患者的护理

陈霞,刘伟,胡叶丽,蔡小霞,瞿梅
(荆州市中心医院肿瘤科,湖北荆州,434020)

[关键词] 上唇癌;糖尿病;高血压;创面感染;护理

[中图分类号] R473.73 [文献标识码] B [文章编号] 1671-8283(2017)10-0080-03 [DOI] 10.3969/j.issn.1671-8283.2017.10.018

Health care to upper lip cancer patients with wound tumorous infection combined with diabetes and hypertension: a report of one case

Chen Xia, Liu Wei, Hu Yeli, Cai Xiaoxia, Qu Mei // Modern Clinical Nursing, 2017, 16(10): 80.

(Department of Oncology, Jingzhou Central Hospital, Jingzhou, 434020, China)

[Key words] upper lip cancer; diabetes mellitus, hypertension; tumorous infection; nursing

唇癌是指原发于唇红表面及口角的癌,以分化好的鳞癌为主,其他病理类型为基底细胞瘤。90%唇癌发生于下唇,5%发生于上唇,其他发生于口角,上唇癌淋巴结转移率为20%^[1]。唇癌分型:菜花状,向外生长型,肿块突出表面,基底部可见浸润;溃疡型,黏膜表面溃疡、感染,向深部浸润,周围及基底组织变硬,中心有脓液及坏死组织;疣状型,为黏膜上界限清楚的疣状肿物,表面不规则,生长较慢,浸润较浅^[2]。2016年12月本科室收治1例溃疡型上唇癌伴创面感染合并糖尿病、高血压的患者,唇癌分型为溃疡型。经积极治疗和护理,患者住院8周后血糖、血压稳定,肿瘤创面干燥、结痂,痂皮脱落,病情好转出院,现将护理体会报道如下。

1 病例介绍

患者,女,66岁,2016年10月上唇肿块迅速生长,12月22日入院治疗。13年前患者无明显诱因出现上唇肿块,花生米大小,无红、肿、热、痛,中药口服治疗后肿块未消失,肿块生长缓慢,未行特殊

治疗。入院时患者肿瘤呈菜花状,体积6cm×6.5cm×3.5cm,表面溃疡、感染、疼痛,脓液覆盖,异味重,渗液多,严重影响进食。患者合并高血压病史8年,糖尿病史2年。患者2个月内体重下降10kg,右侧颈部可扪及一肿大淋巴结,直径约3cm,质地中等,活动度差。入院诊断:上唇鳞癌伴右侧颈部淋巴结转移;肿瘤感染;原发性高血压3级;Ⅱ型糖尿病。患者入院后,医生与家属交流沟通,行上唇肿瘤局部放疗,定位为放射A野。采用6MVX线源皮距照射,放疗面积7cm×7cm,深度为3cm,每野剂量Dt20Gy/2Gy/10f。2016年12月28日患者出现发热,体温最高达40℃,抽血培养,以美罗培南0.5g,每8h1次抗感染治疗,12月31日感染控制,体温恢复正常。2017年1月6日,增加右侧颈部淋巴结放疗,为B、C两野,采用12MeV线源皮距照射,放疗面积共计10cm×10cm,深度为3cm,每野剂量Dt20Gy/2Gy/10f。患者以诺和锐特充6U,三餐前5min皮下注射,地特胰岛素12U,9pm皮下注射,血糖稳定在正常范围。每天口服硝苯地平缓释片20mg,血压控制在130/80mmHg左右。经治疗和护理,患者上唇肿瘤体积缩小至2cm×2.5cm×1cm,疼痛控制,感染创面干燥结痂,痂皮脱落,无渗液及异味,不影响进食,血压、血糖控制正常。患者病情好转,于2017年2月22日出院。

[收稿日期] 2017-06-28

[作者简介] 陈霞(1979-),女,湖北荆州人,主管护师,本科,主要从事肿瘤科护理工作。

2 护理

2.1 控制疼痛及感染

该例患者入院当天,责任护士使用 Wong-banke 面部表情量表^[3]对患者进行测评,该例患者疼痛评分为 6 分,床头悬挂癌痛警示标志,白板上交接班,每日晨会及床边重点交接患者疼痛控制情况。与医生一起制订止痛方案,给予盐酸羟考酮缓释片 10mg 口服,每 8h 1 次。每班评估、记录患者疼痛状态。患者入院后 48h 内疼痛控制稳定,评分为 2 分。患者服用止痛药 1 周后出现轻度便秘,给予乳果糖口服,顺时针按摩腹部,适当增加活动量及饮水量后,便秘症状缓解。患者入院后第 6 天,出现体温升高,发热,体温最高达 40℃,抽血培养,遵医嘱以美罗培南 0.5g,抗感染治疗每 8h 静脉滴注 1 次。患者发热期间,做好皮肤护理,口腔护理,预防压疮及加重感染。3d 后患者体温恢复正常,感染控制。

2.2 肿瘤创面的护理

该例患者肿瘤组织溃疡、感染,伴高血压,糖尿病,伤口不易愈合,邀请糖尿病护理专科小组、伤口造口护理专科小组会诊,共同制订护理方案。第 1 周:循序渐进去除坏死组织,清除脓性分泌物为主,以无菌剪刀去除坏死的腐肉组织,3%过氧化氢溶液冲洗创面,清除脓性分泌物,0.9%生理盐水反复冲洗后,以威海洁瑞公司生产的银离子水凝胶涂于创面,两层生理盐水湿纱布外敷,溶解坏死组织,每日换药 1 次。第 2 周:坏死组织及脓性分泌物已基本去除,创面仍有较多渗液,异味较前减少;取创面渗液行细菌培养,显示为厌氧菌感染,以 0.9%生理盐水 250mL 加硫酸庆大霉素 24 万单位冲洗。因硫酸庆大霉素为氨基糖苷类抗生素,对革兰阴性细菌、革兰阳性细菌、肠杆菌科细菌、葡萄球菌等有良好的抗菌作用;冲洗后以 Emedica 成人面罩型一次性使用医用雾化器,连接中心给氧装置,覆盖肿瘤创面给氧,6L/min,每次 1h,保持创面干燥,为伤口供氧,提供利于伤口生长的有氧环境;待创面干燥后,外敷云南白药 5~6 粒,消炎,止血及吸收渗液,每日换药 2 次。因云南白药对多种出血性疾病有明显疗效,抑制炎症物质的释放,改善微循环、改变血管通透性,促进血管生长,利于

伤口的愈合^[4]。有氧环境可以促进细胞增殖、血管生成和胶原蛋白合成,阻断厌氧菌生长,加速伤口愈合^[5]。第 3 至 4 周:创面渗液明显减少,见新鲜肉芽组织生长,以碘伏涂擦,百多邦外敷,预防感染;涂擦成纤维细胞生长因子外用凝胶,促进创面肉芽组织生长,每日换药 3 次。第 5 周:肿瘤坏死创面干燥结痂,疼痛、感染控制,无异味,肿瘤体积由 6cm×6.5cm×3.5cm 缩小至 2cm×2.5cm×1cm。

2.3 口腔黏膜炎的护理干预

该例患者肿瘤创面感染、溃疡,影响吞咽、饮水及进食功能,加之头颈部放疗,极易导致口腔感染及口腔黏膜炎的发生,保持良好的口腔卫生习惯,落实口腔护理干预措施显得尤为重要。研究报道^[6],口腔黏膜上皮细胞对放射线非常敏感,几乎所有的患者都会出现不同程度的口腔黏膜炎,放射性口腔黏膜炎高峰期常在放疗第 14~21d 之间出现。制订口腔护理干预措施落实记事簿,每日从患者疼痛、吞咽功能、黏膜损伤分级、对进食及发音功能的影响等方面评估患者口腔情况。采取与放疗同步开始的口腔护理干预措施。放疗前拔除龋齿,治疗口腔疾病,选择软毛牙刷、含氟牙膏刷牙。放疗前 2 周选择 0.9%生理盐水 500mL+维生素 B₁₂ 3 000mg 进食前 10min 漱口,0.9%生理盐水 250mL+碳酸氢钠 250mL 进食后漱口。放疗第 3 周起,进食前 10min 选择 0.9%生理盐水 500mL+维生素 B₁₂ 3 000mg+庆大霉素 16 万单位+地塞米松 10mg+利多卡因 10mL 漱口,进食后仍以 0.9%生理盐水 250mL+碳酸氢钠 250mL 漱口,并指导患者掌握漱口的方法。出现口腔黏膜炎时,每日行口腔护理 2 次,对散在溃疡面喷洒金因肽 2 次。同时使用眼、耳、鼻滴剂,预防感染,坚持张口功能锻炼。该例患者放疗后期出现Ⅱ级口腔黏膜炎,经过上述一系列护理干预,未进一步发展。放疗结束后 1 周,口腔黏膜红肿、溃疡、疼痛基本消失,不影响吞咽、进食及发音功能。

2.4 营养支持

该例患者上唇肿瘤溃疡、感染,影响食欲及正常进食,合并糖尿病、高血压,可能存在营养不良。而肿瘤患者营养状态直接影响患者能否耐受放射治疗,并与其生存期长短呈一定的相关性^[7]。患者入院后第 2 天,邀请营养科会诊,评估患者营养状态,制订营养支持方案。营养评估:采用美国营养师

协会推荐的肿瘤患者特异性营养评估量表 (patient-generated subjective global assessment, PG-SGA)^[8]。该例患者营养状态在 PG-SGA 评估量表中,定性评估为 B,定量评估得分 7 分,存在营养不良,并结合理想体重诊断法,实际体重为理想体重的 70%,体质指数 $< 18.5 \text{ kg/m}^2$,诊断为中度营养不良。营养干预:入院初期,以静脉补充高营养物质为主,能量供应以 $20 \sim 25 \text{ cal}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ 、蛋白质供应以 $1.5 \text{ g}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ 计算,静脉输注氨基酸、脂肪乳、电解质及微量元素,辅以口服营养科调制的营养素,注意监测患者血糖、血压的变化,控制在正常范围。治疗中期患者肿瘤创面感染控制,鼓励患者进食,从食物的温度、份量、质量等方面调整饮食结构及饮食习惯。给予小份量、常温食物缓解吞咽不适,摄入柔软、光滑、捣碎的混合有水分或汤汁的食物,取合适的体位,利于食物蠕动,避免食物堆积在口腔中。患者治疗后期制订饮食食谱库,建议患者根据个人喜好选择食物种类。患者可根据食谱库中的食物,任意搭配早、中、晚餐及加餐,做到食物种类多样化,增加食欲,保证营养供给。患者出院后,电话随访,血糖、血压控制稳定。

2.5 心理护理

该例患者病程长,经济负担重,心理压力大,自我形象紊乱。入院后第 1 周采用 ZIGMOND A.S 与 SNAITH R.P 编制的综合性医院焦虑抑郁量表^[9]从焦虑、抑郁 2 方面评估患者心理状态。得分为 18 分,焦虑抑郁症状明显存在。住院初期,患者拒绝与护士沟通交流,认为治疗、护理解决不了根本问题,处于自暴自弃,放弃治疗的状态。针对该情况主要采用沉默、眼神交流、触摸、体态语言交流等非语言性沟通技巧,落实基础护理、生活护理,让患者时刻感觉到“她们很关心我,她们愿意帮助我”。在护理过程中,发现患者睡眠质量差,时常出现孤独、无助感,与家属探视次数少,陪伴缺失有关。与患者家属交流沟通后,由老伴及女儿轮流陪伴,安全感、归宿感增强,夜间睡眠质量明显改善。初步的信任关系建立之后,主动围绕患者感兴趣的话题,用亲切、诚恳的语言进行交流沟通,给予生活上的关心和帮助。在交流过程中,了解到患者信佛教,未入院前,每逢阴历初一、十五都会神庙许愿、拜佛。在患者病情稳定,精神状态

好转,经医护人员评估后,该例患者到距医院不远处的一座古庙内许愿、朝拜。通过一系列心理护理措施干预,缓解患者焦虑抑郁状态,获得家庭和情感上的支持,提高生存质量。出院前 1 周,再次使用综合性医院焦虑抑郁量表进行心理评估,得分 7 分,焦虑抑郁症状明显减轻。

3 小结

该例患者病程长达 13 年,上唇癌合并糖尿病、高血压,肿瘤体积大,创面溃疡、感染,中度疼痛,表面覆盖脓液,分泌物多,异味重,严重影响进食,伴颈部淋巴结转移,心理负担重,自我形象紊乱。在选择放射治疗的同时,请糖尿病护理专科小组,伤口造口护理小组,营养科会诊,控制癌痛,肿瘤感染组织清创、换药,改变伤口生长环境,加强营养支持治疗及心理护理,是患者获得康复的关键。

参考文献:

- [1] 高艳霞,尹杨.唇癌 31 例临床分析[J].山东医药,2005,45(29):68.
- [2] 刘宝晰,阎衡.盘状红斑狼疮继发唇癌 1 例[J].临床皮肤科杂志[J].2009,38(10):676.
- [3] 孙婷,马杰,李静,等.不同人群疼痛评估常用测量工具的研究进展[J].现代临床护理,2016,15(4):72-75.
- [4] 邓文阔.云南白药粉剂治疗切口延期愈合 30 例临床观察[J].中国民族医药杂志,2017,4(4):14.
- [5] 叶向红,汪方正,彭南海.1 例重症急性胰腺炎合并严重腹腔感染及骶尾部Ⅳ期压疮的护理[J].中华护理杂志,2016,51(6):756.
- [6] 曾建伦.布托啡诺鼻喷剂治疗放射性口腔粘膜炎疼痛的临床疗效观察[J].中国疼痛医学杂志,2010,16(1):45.
- [7] 潘冬梅.头颈部恶性肿瘤患者同期放化疗期间的营养支持进展[J].护理实践与研究,2016,13(6):25.
- [8] ABBOTT J,TELENI L,MCKAVANAGH D, et al. Patient-Generated Subjective Global Assessment Short Form (PG-SGA SF) is a valid screening tool in chemotherapy outpatients[J]. Support Care Cancer,2016,24(9):3883-8.
- [9] LAUTSCH E,SCHILTZ L. Socio-demographic identification of anxiety-depression types (socio-demographic specification and prediction of types) [J]. Bull Soc Sci Med Grand Duche Luxemb, 2006,12(2):223-32.

[本文编辑:李彩惠]