

## 护理个案

## 1 例扁桃体癌患者放疗中瘤内大出血的护理体会

张晓丹, 张 婷

(空军总医院 肿瘤放疗科, 北京, 100142)

关键词: 扁桃体癌放疗; 肿瘤大出血; 失血性休克; 急救护理

中图分类号: R 473.73 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2013)18-177-02 DOI: 10.7619/jcmp.201318073

扁桃体癌是头颈部常见的恶性肿瘤之一,约2/3的口咽部癌发生于此,其占全身恶性肿瘤的1.3%~5%,占头颈部恶性肿瘤的3%~10%,病理上主要是鳞癌,由于扁桃体癌的病理分类多为低分化癌,其分化较差、恶性程度较高、具有较高的颈淋巴结转移率,可高达50%~60%,且对射线较敏感,故放疗无论是对原发灶或颈部转移淋巴结均能获得较好的控制效果,因此扁桃体癌是用单纯放疗即可取得较好疗效的恶性肿瘤之一<sup>[1]</sup>。扁桃体癌放疗后肿瘤内大出血病例很少见,由于患者短时间内出血量大,病灶疼痛存在张口困难,无法找到出血点进行有效的局部止血,且手术困难,因此可致使失血性休克。失血性休克是机体以有效循环血量锐减为共同特征,并导致微循环灌注不足、细胞缺氧、各重要脏器机能代谢紊乱的全身病理过程,是一种危急的临床综合征<sup>[2]</sup>。失血性休克患者的病情较为严重,积极有效的护理干预是保证患者得以成功救治的关键<sup>[3-4]</sup>。现总结1例扁桃体癌放疗中肿瘤内大出血患者的急救护理体会报道如下。

## 1 临床资料

患者48岁,确诊扁桃体中分化性鳞癌2个月,为进一步治疗而入院。患者2个月前出现咽痛、吞咽困难,偶有病灶出血,并出现右侧颈部包块,无呼吸困难,门诊检查见右侧扁桃体表面溃烂,右扁桃体I°大,表面欠光滑,可见坏死物及脓性分泌物。行右侧扁桃体肿物活检术,病理回报显示(扁桃体肿物)中分化鳞癌细胞癌。正电子发射计算机断层成像和螺旋CT解剖图像的融合(PET/CT)检查提示右侧扁桃体明显肿大伴显影剂脱氧葡萄糖(FDG)代谢异常增高,符合右侧扁桃体癌FDG-PET/CT影像表现;全身其余部位

未见典型恶性肿瘤样高代谢病灶。患者以螺旋断层调强放射治疗系统(Tomo)行放射治疗,靶区为扁桃体癌,周边95%等剂量线Dt60 Gy/50 Gy/25 f(共25次,每次剂量是靶区及靶区外扩5 mm分别为60Gy、50Gy)。放疗第12次后,扁桃体开始出现间断出血,每次出血量在300~900 mL,伴有暗红色血块,予以补充血容量、止血、升血、营养支持等治疗,但因短时间内肿瘤大量出血造成失血性休克,心脏循环衰竭,危及生命,抢救无效死亡。

## 2 护 理

## 2.1 体位与保持呼吸道通畅

大出血时患者取平卧位并将下肢略抬高,以保证脑部供血。当失血性休克时,取中凹位,头、颈和躯干部抬高20~30°,下肢抬高15~20°<sup>[5]</sup>;头偏向一侧,防止窒息或误吸;必要时准备负压吸引器,清除气道内的分泌物、血液,保持呼吸道通畅,这是急救过程中最主要的措施<sup>[6]</sup>。如果患者意识清醒,可指导患者头偏向一侧,将血吐出,以便估计出血量,并嘱患者勿用力吮吸或用力吐血,防止因用力而刺激出血点;如患者意识不清或出现窒息时,才使用负压吸引器,使用负压吸引器时尽量避开扁桃体,防止因吸引而加重出血。同时给予高流量吸氧,防止脑水肿、脑缺氧<sup>[7]</sup>。

## 2.2 治疗护理

立即建立2~3条静脉通路<sup>[8]</sup>,1条为中心静脉置管(PICC)<sup>[9]</sup>,另1~2条为留置针。配合医生迅速、准确地实施配血、输血、止血、扩容等抢救措施,并观察治疗效果及不良反应。休克患者在使用心血管活性药物时,浓度不宜太高,滴速不宜太快<sup>[10]</sup>。

## 2.3 饮食护理

大出血时应禁食,静脉给予营养支持,出血停

止后改为营养丰富、易消化、无刺激性的温凉半流食、软食,少食多餐,逐步过渡到正常饮食。

#### 2.4 心理护理

大出血时,患者易紧张、恐惧、焦虑不安、出现濒死感,医护人员应尽可能多陪伴在患者身边,安抚患者及家属情绪,使患者产生安全感。此外,抢救时应迅速而不忙乱,以减轻患者的紧张情绪。解释各项检查、治疗措施,听取并解答患者或家属的提问,以减轻其疑虑。向患者说明绝对卧床和安静休息利于止血,并及时清理血迹,减少对患者的不良刺激,同时提供舒适整洁的环境,以降低患者的不适感<sup>[11]</sup>。

#### 2.5 病情监测

持续心电监测,密切观察患者的心率、心律、血压、脉搏、呼吸、血氧饱和度、体温、尿量、精神和意识状态。患者出现心慌、头晕、出汗时,立即报告医生。观察皮肤和甲床色泽、体表温度,准确记录出入量,观察出血的性质、颜色及量,监测血清电解质和血气分析的变化,观察患者是否呼吸道通畅、是否有意识障碍,若有异常及时报告医生并给予对症处置<sup>[12]</sup>。

#### 2.6 安全护理

患者失血过多导致失血性休克或情绪变化时,应使用约束带、床档等保护性措施,但要注意观察约束带部位的皮肤颜色、温度、脉搏并记录,必要时根据医嘱给予镇静剂。

#### 2.7 皮肤护理

为患者提供舒适柔软的病号服,保持床单位整洁干净,观察局部止血冰敷皮肤的颜色、温度,时间不宜太长,防止发生冻伤。大出血时,患者应绝对卧床休息,协助患者取舒适体位并定时更换体位。帮助患者翻身时,动作宜轻柔,避免患者因活动而加重出血。

#### 2.8 生活护理

绝对卧床期间,进行口腔护理时应动作轻柔,避免刺激咽部引起恶心。做好协助患者床上大、小便等生活护理。

### 3 小结

扁桃体癌因解剖部位比较特殊,手术治疗比较危险,但其对放射线比较敏感,放射治疗无论是

对原发病灶还是转移病灶都有较好的控制效果,但放射治疗对周围正常组织细胞也均有损伤,故放疗过程中要注意观察周围组织及口腔内黏膜的变化,同时不可忽略放疗过程中扁桃体肿物的情况。因解剖部位比较特殊,扁桃体癌易有出血情况,并且出血点不易发现,止血效果欠佳,故护理人员应密切监测患者皮肤、甲床色泽及血象变化,若有出血倾向,提早做止血等预防措施,若有大出血,则应及时报告医生,积极配合医生做好处置和抢救措施,同时做好预防因失血过多致使的失血性休克、各项脏器衰竭等并发症的急救护理<sup>[13]</sup>。此外,护理人员还应做好患者的心理指导,以消除患者紧张、焦虑情绪,使其积极配合治疗,并对患者及家属进行放疗前和放疗后的健康宣教,将损伤降到最小,从而保证患者的生活质量。

#### 参考文献

- [1] 谷铎之,哈献文,宋少章.现代肿瘤学(临床部分)[M].北京:北京医科大学协和医科大学联合出版社,1993:282.
- [2] 顾沛.外科肿瘤学[M].北京:北京大学医学出版社,2008:50.
- [3] 张丽洁,袁秀华.创伤性失血性休克的急救和护理[J].中国医药导报,2010,3:116.
- [4] 周文茹.1例子宫破裂伴失血性休克患者的抢救及护理体会[J].中国当代医药,2009,16(24):111.
- [5] 高清源,张文波.内科护理学[M].长沙:中南大学出版社,2006:86.
- [6] 杨西宁.多发伤急救现状[J].中华护理杂志,2002,37(1):51.
- [7] 韦雪燕.异位妊娠的治疗与护理进展[J].全科护理学,2008,6(30):6.
- [8] 霍红.86例创伤性失血性休克患者的抢救与护理[J].中国医药导报,2011,8(16):128.
- [9] 周洋,陈武荣.失血性休克中医药复合液体治疗的新进展[J].中国医药导报,2009,11(10):1708.
- [10] 魏传珍.急性上消化道大出血的护理[J].实用临床医药杂志,2006,2(4):10.
- [11] 孙大菊,杨华,王连有,等.原发性扁桃体滤泡性淋巴瘤的临床病理特征[J].吉林大学学报:医学版,2011,37(3):505.
- [12] 王伟,王兴彬,赵德利.内镜辅助治疗急性下消化道大出血临床分析[J].中华全科医学,2010,2(8):237.
- [13] 阳建会.31例老年性下消化道大出血的临床观察[J].海南医学院学报,2010,16(4):435.