

腹腔灌注治疗恶性肿瘤腹膜转移的护理

靳昭芳 李学芹 刘理慧 (山东省立医院 山东济南 250021)

1997年7月~2000年8月,我科对42例恶性肿瘤腹膜转移患者(全身化疗和放疗效果不明显)采取了腹腔灌注加静脉用药化疗的措施,效果显著。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组42例恶性肿瘤患者,男11例,女31例;年龄32岁~64岁。均行正规静脉化疗3~5个周期。其中卵巢癌36例,胃癌7例,病史2个月~2年。根据WHO使用的疗效评价标准,效果不明显。

1.2 方法 术前首先熟悉患者病史,了解肿瘤类型部位,切除情况,腹膜转移情况,检查肝功、肾功,血象,心电图,确定无异常后方可做腹腔灌注。操作方法:患者取仰卧位,排空膀胱,取右下腹脐上棘与脐连线中外1/3处为穿刺点,常规消毒皮肤,铺洞巾,用注射器抽取2%利多卡因5ml局部麻醉至腹膜,1次性动脉穿刺针,沿麻醉部位垂直进针,液体进入通畅,拔出中芯,快速灌注顺铂(DDP)100mg、地塞米松(Dex)10mg,白介素100万U,庆大霉素16万U。灌注过程同时给予静脉输液,5%GS500ml加维生素B₆0.3g、维生素C3g静脉滴注,并给予欧贝8mg静脉推注,以防发生恶心、呕吐等不良反应。

1.3 疗效判断标准 根据WHO颁布的有关实体瘤药物治疗的疗效指标:①完全缓解(Complete Remission, CR)可见的肿瘤病变完全消失,维持4周以上。②部分缓解(Partial Remission, PR)肿瘤病灶的最大直径及其最大的垂直横径的乘积缩小50%以上,其他病灶无增大,无新病灶出现,维持4周以上。③稳定(Stable Disease, SD)或无变化(No Change, NC)肿瘤病灶的两径乘积缩小不足50%,或增大不超过25%,无新病灶出现,维持4周以上。④进展(Progression Disease, PD)肿瘤病灶的两径乘积增大25%以上或出现新病灶^[1]。

2 结果

42例晚期恶性肿瘤腹膜转移患者,化疗有效率(PR+CR)为87%,37例经以上8个疗程腹腔灌注B超下肿瘤病灶的两径乘积缩小50%以上,达PR。5例效果不明显,肿瘤面积B超下无明显缩小为NC,但未出现肿瘤增大或转移。

3 护理

3.1 术前护理 ①病情评估:全身状况检查,B超观察腹膜转移情况、病变部位,检查肝肾功能、心电图。②心理护理:治疗前要耐心细致地向患者及家属讲解腹腔灌注化疗的必要性及安全性,消除顾虑,使患者主动、积极地配合治疗,增强战胜疾病的信心。③术前备好抢救用品及药物,如果出现意外,及时抢救。

3.2 术中护理 ①严密监测患者呼吸、血压、心率,观察面色、表情变化,如疼痛加剧,可对症处理。②注意观察穿刺部位有无渗血、渗液等。如有异常应遵医嘱及时处理。

3.3 术后护理 ①密切观察生命体征变化。②观察化疗药物不良反应,如恶心、呕吐。恶心、呕吐明显者应给予止吐药物。③观察穿刺部位有无渗血、渗液、疼痛等。④患者进高蛋白、高热量、高维生素、清淡易消化饮食。⑤观察血象变化,如出现白细胞、血小板过低,应立即给予升白药物及补充血小板等。

4 讨论

DDP(顺铂)对睾丸肿瘤、骨肉瘤疗效较好,其次为卵巢癌,对食管癌、胃癌有一定疗效。因腹膜对抗癌药物有弥散屏障作用,因此DDP经腹腔给药后,其DDP的清除率远低于体循环,从而保证了高浓度DDP进入卵巢的作用部位,腹腔浓度高于血浓度2.5~8倍,而肾毒性反应并不增加^[2]。白介素-Ⅱ是免疫细胞间相互作用的分子,可促进活化T、B细胞增殖,活化NK细胞及其他杀伤细胞功能。对胃癌及卵巢癌的腹膜转移患者进行腔内注入白介素-Ⅱ,有一定效果。白介素-Ⅱ和化疗药物DDP联合用药可提高抗癌药物的疗效。

腹腔灌注为恶性肿瘤腹膜转移患者开辟了1条新的治疗途径,弥补了静脉给药不易到达腹膜局部的不足,使恶性肿瘤腹膜转移得到了有效控制,为保证腹腔灌注顺利进行,必须做好术前、术中、术后的护理工作。

5 参考文献

1. 周际昌主编. 实用肿瘤内科学. 北京:人民卫生出版社,1997,5:33.
2. 汤钊猷主编. 现代肿瘤学. 上海:上海医科大学出版社,1993,61:964.

(2002-06-08 收稿)