

经鞘内植入输液港应用吗啡镇痛泵治疗晚期癌痛 1 例的护理

浦凤燕

(嘉兴市第二医院,浙江嘉兴 314000)

摘要:总结 1 例经鞘内植入输液港应用吗啡镇痛泵治疗晚期顽固性癌痛患者的护理体会。重点是做好鞘内输液港的护理、吗啡镇痛泵的护理,加强出院指导及出院后吗啡镇痛泵的延续性护理,促进患者癌痛有效控制,提高生活质量。本例患者出院时疼痛控制效果满意,疼痛评分小于 3 分。连续随访 6 个月,患者每日镇痛泵追加次数在 3 次以内,阿片类药物相关并发症较前减轻,未出现严重并发症,患者生活自理能力较前提高。

关键词:癌痛;经鞘内植入输液港;吗啡;镇痛泵;护理 doi:10.3969/j.issn.1671-9875.2018.09.033

中图分类号:R473.73

文献标识码:B

文章编号:1671-9875(2018)09-0098-03

癌性疼痛(简称“癌痛”)是癌症患者常见的症状之一,50%~80%癌症患者有程度不同的疼痛,晚期患者更高达 60%~90%,约有 30%癌症患者临终前其严重的疼痛得不到缓解^[1]。临床上常规使用 WHO 三阶梯镇痛方案,可使 70%~90%癌痛患者充分镇痛,但仍有一部分顽固性癌痛患者常规治疗效果不佳^[2]。1979 年 Wang 等首次将吗啡蛛网膜下腔注射控制癌痛以来,鞘内镇痛用于治疗各类慢性顽固性疼痛在全世界范围得到了广泛认可^[3]。本院肿瘤内科近期收治 1 例前列腺癌晚期疼痛控制不佳患者,经鞘内植入输液港应用吗啡镇痛泵持续输注镇痛,疼痛减轻明显,药物相关性并发症减少,生活质量提高,现将护理体会报告如下。

1 病例简介

患者,男,76 岁,2017 年 2 月 16 日因确诊前列腺癌伴全身多处骨转移致双髋部剧烈酸痛入院。患者 4 年前在外院行双侧睾丸切除术。入院后予以唑来磷酸抑制骨破坏,盐酸羟考酮缓释片对症治疗。随着病情进展,盐酸羟考酮缓释片的剂量逐渐增大,入院时患者每日盐酸羟考酮缓释片 90 mg 口服,每 12 h 1 次,并联合加巴喷汀胶囊 0.3 g 口服,每日 3 次,疼痛控制不佳,住院期间每日爆发痛 4~5 次,疼痛评分(NRS 评分)6~7 分,经盐酸羟考酮注射液对症处理后,疼痛改善明显,但仅维持 4~5 h,且出现较为明显的药物不良反应,有嗜睡(Epworth 嗜睡量表评分 8 分)、恶心、呕

吐、尿潴留,大便干结,每周排便 1 次左右,有腹胀及排便不尽感。患者强迫体位,与他人能正常交流,需他人帮助下床边坐起,生活自理能力(ADL)评分 35 分。2 月 21 日经鞘内植入输液港,2 月 23 日患者无头痛、头晕,体温正常,无感染症状,予以使用吗啡镇痛泵控制疼痛,并停用盐酸羟考酮缓释片。住院期间患者疼痛控制满意,NRS 评分 1~2 分,吗啡镇痛泵追加次数平均在 5~6 次/d,可床边自行坐起,ADL 评分 70 分。患者药物不良反应明显减轻,尿潴留、嗜睡、恶心、呕吐完全缓解,无瘙痒、呼吸抑制,便秘情况仍存在。患者 NRS 评分小于 3 分,及各项治疗完成后一般状态良好,于 2 月 27 日出院。至 5 月 14 日患者办理过 4 次出入院手续进行吗啡泵药液的补充以及剂量的调整。对该患者进行连续 6 个月的随访,随访期间患者疼痛控制满意,生活质量提高,未出现严重并发症。

2 护 理

2.1 经鞘内植入输液港的护理

2.1.1 确认输液港管道位置 更换吗啡泵输注泵系统及更换蝶形针时,使用 10 ml 以上的注射器抽吸 0.9%氯化钠溶液 6~8 ml,排除针头及管道内空气;患者输液港注射底座在左侧腹壁处,操作者先用左手触诊找到注射座,确认注射座边缘,然后用左手拇指和示指将注射座底向下垂直固定平稳,右手持无损伤针自中心部位垂直刺入穿刺,直达注射座储液槽的底部^[4],回抽脑脊液,缓慢推注确认导管通畅^[5]。

2.1.2 加强蝶形针的固定 严格无菌操作,每

作者简介:浦凤燕(1986—),女,本科,主管护师。

收稿日期:2018-03-01

2周更换蝶形针,如有局部污染则即刻更换^[6]。由于该患者腰部皮肤松弛,输液港底座皮肤处隆起明显,在进行对蝶形针固定时给予两侧蝶翼下方垫2 cm×2 cm大小的2层无菌纱布作为支撑,并且露出针头穿刺处以便观察。选择HP贴膜,使用无张力手法进行贴敷,由中心点往外,防止贴膜与皮肤间有空气而影响固定。患者住院期间进行2次更换蝶形针,固定均良好。

2.1.3 并发症的观察及护理

2.1.3.1 感染 植入输液港后严密监测体温变化,根据医嘱预防性使用抗生素头孢他啶2.0 g每天两次静脉滴注,使用3 d。植入输液港后第1天输液港底盘囊袋左侧缝线处有血性渗出,给予每天换药1次,并观察伤口情况。植入输液港后1周拆线,皮肤愈合良好未发生感染。

2.1.3.2 脑脊液漏 鞘内置管后头痛主要由于穿刺硬脑膜后脑脊液外溢导致颅内低压引起,通常表现为直立位头痛。本例患者植入输液港后第1天床上坐起时主诉感头晕,伴有恶心、呕吐,平躺后缓解,指导患者头低足高位休息,下肢抬高20~30°。每天予0.9%氯化钠溶液2 000 ml静脉滴注。指导患者多饮水,每天2 000~3 000 ml,在水中放置2~3颗咸话梅增加口感。告知患者如发生恶心、呕吐则头偏向一侧,防止误吸。床边备好吸引器,以备不时之需。该患者治疗1 d后头痛、恶心、呕吐情况缓解。

2.2 吗啡镇痛泵的护理

2.2.1 吗啡剂量评估 患者在鞘内植入输液港2 d后开始使用吗啡镇痛泵,按照静脉吗啡用量与鞘内吗啡用量的比为100:1,以及盐酸羟考酮缓释片与吗啡剂量的换算,本例患者使用剂量为0.9%氯化钠溶液246 ml+吗啡注射液40 mg,以0.4 ml/h维持,追加量为0.6 ml/次,锁时30 min,限量为1.6 ml/h。动态评估患者疼痛情况,每4 h评估疼痛,制定个体化的疼痛记录卡,了解患者每日追加时间和次数、疼痛加重及减轻的因素,患者住院期间每日追加5~6次,找出患者爆发痛的时间规律,指导患者每日在清晨6时、午后13时以及夜间21时进行一次剂量的追加,以达到更好的控制疼痛。5月14日患者吗啡镇痛泵的剂量为0.9%氯化钠溶液234 ml+吗啡注射液160 mg,速

度为0.3 ml/h,追加量为0.7 ml/次,锁时30 min,限量1.7 ml/h。至6月12日患者吗啡使用剂量与5月14日相同,植入输液港后疼痛改善明显,每日追加次数在3次以内,爆发痛减少较为满意。

2.2.2 镇痛泵使用及护理 教会患者NRS评分,告知患者当疼痛超过3分,出现影响睡眠的中度疼痛时,按压输注泵加量按钮(PCA键)3 s,在按压后听到电子泵“嗞嗞”声为按压有效。指导患者保持输注管道通畅,防止折叠、扭曲。

2.2.3 吗啡不良反应的护理 本例患者植入输液港后仍有便秘,尿潴留、嗜睡、恶心、呕吐完全缓解,无瘙痒及呼吸抑制,血压正常。指导患者根据自身情况增加液体摄入及活动量或进食粗纤维食物,养成排便习惯,给予安静的排便环境及充足的时间,同时遵医嘱给予乳果糖口服,患者便秘情况好转。

2.3 出院宣教 本例患者疼痛控制满意后带泵出院,告知患者在家中如出现新的疼痛,疼痛性质发生变化,或者现有药物不能缓解疼痛,不能进食并有恶心和呕吐,白天易入睡且很难唤醒,精神混乱等,及时返院。指导患者进行适当活动,如散步等有氧运动,活动量不可剧烈,避免过度扭动腰部的动作。指导患者及家属学会看镇痛泵屏幕,当显示电格剩余一格时及时更换电池,该镇痛泵系统有记忆功能,更换电池后只需按运行键即可再次运行,无需再次调试。当药液剩余5 ml时,该镇痛泵会开始报警,由于加药液及排气,此时需要重新配置药液。镇痛泵有堵塞报警,当管道发生堵塞时,机器会报警,屏幕显示堵塞,教会患者处理方法。告知患者避免置身于高温环境中,如蒸桑拿浴,以免影响机器的运行。

2.4 随访 出院后给予微信及电话随访。按照出院后1周、2周、3周、4周时间点,动态了解患者的疼痛情况及每日追加次数。询问患者的自我感受,以及相关并发症情况。通过微信图片了解患者输液港穿刺处局部的皮肤情况。患者阿片类药物相关并发症较前减轻,未出现严重并发症,患者生活自理能力较前提高,效果满意。

3 小 结

鞘内植入输液港应用吗啡镇痛泵是治疗顽固性癌痛的有效手段。鞘内输液港及吗啡镇痛泵的

护理、相关知识教育是重点,加强对各类并发症的观察及护理、预防导管感染、动态评估疼痛,制定个体化干预措施是关键,出院时做好相关指导及出院后的随访是难点,需要医护人员花更多的时间和精力去做好,以提高患者的生活自理能力。

参考文献:

[1] 李子榕,马玉芬,吕海瑛,等. 2 例鞘内持续输注泵植入术患者的护理[J]. 中华护理杂志,2004,39(11):820—821.

[2] 张俊荣,王艳. 一例植入性鞘内药物输注系统治疗顽固性癌痛患者的护理[J]. 天津护理,2012,20(6):410—411.

[3] 王昆. 鞘内输注系统治疗顽固性癌痛[J]. 中国肿瘤临床,2013(18):1141—1144.

[4] 陈丽莉,何惠燕,毛晓群. 乳腺癌患者应用植入式中心静脉输液港的常见问题与对策[J]. 中华护理杂志,2011,46(11):1116—1117.

[5] 陈世玉,孙琳,邓琼,等. 一例吗啡联合罗哌卡因应用鞘内药物输注系统治疗重度胰腺癌性疼痛的护理[J]. 中华现代护理杂志,2014,20(13):1494—1495.

[6] 宋莉,卢帆,刘慧. 植入式鞘内药物输注系统用于顽固性癌痛患者的疗效及安全性分析[J]. 中国肿瘤临床,2016,43(8):339—343.

内镜黏膜下剥离术治疗蓝色橡皮疱痣综合征 1 例的护理

郇鲁秀¹, 华宏妹²

(1. 浙江大学医学院附属第一医院,浙江杭州 310003;2. 浙江大学医学院附属第二医院,浙江杭州 310009)

摘要:总结 1 例蓝色橡皮疱痣综合征伴重度贫血患者行内镜黏膜下剥离术的护理经验。护理要点包括:严密观察病情,做好营养支持,积极对症护理,落实安全照护措施,进行疾病宣教与心理支持,同时做好出院指导,实施延续性护理。患者术后 5 d 康复出院,随访 11 个月,血红蛋白稳定在 60~70 g/L。

关键词:蓝色橡皮疱痣综合征;内镜黏膜下剥离术;护理

doi:10.3969/j.issn.1671-9875.2018.09.034

中图分类号:R473.57 **文献标识码:**B

文章编号:1671-9875(2018)09-0100-03

蓝色橡皮疱痣综合征(blue rubber bleb nevus syndrome, BRBNS)是以全身多发血管畸形为特征的综合征,临床罕见,发病率为 1:14 000^[1-2]。该综合征多为散发,发病原因不明确,多数文献认为其因胚胎发育分化过程异常所致。部分病例有家族史,属常染色体显性遗传病,和第 9 号染色体基因突变有关^[3]。1860 年 Gascoyen 首次报道了该病,1958 年 Bean 将其命名为 BRBNS,也有人称之为 Bean 综合征。据文献^[4]报道,BRBNS 累及消化道的比例为 74%,多表现为消化道出血或隐性失血,继发贫血,临床上以对症治疗为主。在消化道受累患者中常采用内镜治疗,如套扎术、尼龙绳勒扎术等,鲜有内镜黏膜下剥离术(endoscopic submucosal dissection, ESD)的报道。2016 年 8 月,本院收治 1 例以消化道出血为主要表现的 BRBNS 患者,采用内镜黏膜下剥离术治疗,取得

良好效果,现将护理报告如下。

1 病例简介

患者,女,18 岁,因“体检发现贫血 9 年,反复黑便、乏力 5 年”于 2016 年 8 月 12 日入院。患者 9 年前体检时发现贫血,5 年前开始出现黑便伴乏力,结肠镜显示直肠多发血管瘤,小肠镜示十二指肠降段蓝紫色大疱,空肠上段多发性毛细血管扩张性病变,诊断为 BRBNS。虽经药物及输血对症治疗,黑便、乏力、贫血仍反复出现。2016 年 8 月因乏力加重、重度贫血收住入院。入院时评估:贫血貌,头晕、乏力。实验室检查:血红蛋白 29 g/L。胃肠内镜示十二指肠降部、直肠及直乙交界静脉团;胶囊内镜提示十二指肠黏膜面多发蓝紫色血管瘤,空肠下段见一蓝紫色血管瘤。家族中无类似疾病,父母体健,否认二系三代遗传病史。改善贫血,完善术前准备后,于 2016 年 8 月 26 日行肠道多发血管瘤内镜黏膜下剥离术,术中分别切除距肛 8 cm、15 cm 处直径 0.8 cm 及 0.6 cm 蓝紫色隆起,钛夹夹闭创面。十二指肠多发蓝紫色血管

作者简介:郇鲁秀(1981—),女,本科,硕士在读,主管护师。

收稿日期:2018-04-01