维普资讯 http://www.cqvip.com

· 手术护理学 ·

腹腔肿瘤的"双路化疗"及护理

王桂闽* 李文莉* 谢自茂*

R473.73

腹腔内化疗是近年来广泛研究的治疗腹腔肿瘤的一种方法，但是某些药在进行腹腔内化疗时可造成较大的全身副作用。而"双路化疗"这一方法即可增加抗癌药的剂量又可减轻全身的副作用。我院从90年代开始进行这方面的研究和护理工作，现将其方法和护理要点介绍如下。

一、临床资料

男性28例，女性14例，年龄25～68岁。其中胃癌38例，卵巢癌术后腹膜内复发2例，降结肠癌1例，盲肠癌1例。

二、手术配合方法

（以顺铂DDP与硫代硫酸钠STS为例）

开腹后，备迪金氏和生理盐水100～200ml，注入腹腔后，备注射器及试管，抽10ml腹腔中液体于试管内，待作细胞学检查。

按常规的手术程序，切除肿瘤。

手术完毕后，准备一根硅胶管，二根乳胶管、硅胶管安置在膈下，为术后化疗用；其中一根乳胶管放于纵行切口的下端。

清点纱布、器械等用物后，从切口下端开始缝合腹直肌后鞘，缝至上端时留6～7cm左右切口暂不缝合。

切口下端的乳胶管连接加温灌注系统，打开灌注开关，灌注冲洗腹腔，吸引器吸吸引上端溢出的灌注液，灌注完毕后，腹腔内留一定量的液体。如此，抗癌药才能克服腹腔内液体自由流动的阻力，在腹腔内均匀分布[3]，一般2000ml为佳，但病人常出现腹胀、腹痛（剧痛），所以，我们一般保留腹腔液700～1000ml。

备未用过的注射器，抽吸腹腔液10ml于另一试管内，待作细胞学检查。

将配好的DDP液从切口上端倒入腹腔内、夹闭引流管（乳胶管），同时静脉输入STS，清点纱布器械等物，关腹。

三、讨论

双路化疗（TRC）是指在用腹腔内化疗治疗腹腔肿瘤或预防肿瘤转移的同时给予该化疗药物的中和剂（解毒剂）的方法。

腹腔内化疗（IPC）是根据腹腔解剖特点所设计的一种新的选择性区域化学治疗措施[1]，它的目的是为了在肿瘤部位提高药物浓度、增强对肿瘤细胞的杀伤能力而不增加或减少对体循环的毒性作用。

IPC虽具有一定的优点，但有些药物在IPC后会造成较大的全身副作用。如DDP是目前较理想的IPC药物。DDP抗癌谱广，对其他抗癌药无效的肿瘤也有作用[2]，但对肾脏的毒性较大。因此，目前就出现了IPC的同时静脉给予这种化疗药的中和剂的方法——双路化疗。如氨甲喋呤与亚叶酸；DDP与STS等。采用了TRC后，入血的抗癌药被解毒剂中和，而弥散入腹腔的少量解毒剂则被大量的抗癌药结合。因此，应用解毒剂后，可增加抗癌药的剂量又能减轻全身的毒性作用，特别是减轻对肾脏的毒性作用。

腹腔内高温灌注（IPHP）则可增加癌细胞对抗癌药的摄入，增强对肿瘤的杀伤作用，并且，还与某些抗癌药有协同作用，增加其进入癌细胞后所致的DNA交联作用。

我院采用的方法是蒸馏水加热灌注。蒸馏水是低渗水，它可使癌细胞肿胀、破裂、溶解而死亡。因此，化疗药与低渗高温等因素同时作用于肿瘤，可使其取得最大程度的杀伤效应。

1. 术中护理要点

病人进入手术间后，除了常规的准备和护理外，还应检查术中所用抗癌药是否备齐，灌注机器是否完好可用。

* 作者单位：610041 成都市，华西医科大学附属第一医院外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

尽早建立静脉通道进行水化，使之在用抗癌药时静脉输液量大于 2000ml，以利于和加强利尿，预防对肾脏的损害。

安置保留尿管，最好用弗来氏尿管，术中观察尿量。

将蒸馏水（无菌）2500～6000ml 倒入无菌升温灌注箱内，温度调至 43℃备用。

在行 TRC 前数分钟备好所需药物。DDP 按 60～200mg/m² 计算，STS 按 2.7g/m² 计算。一般成人即 DDP300g＋生理盐水 500ml；STS 12g＋5%葡萄糖液 300～500ml。

在用抗癌药灌注腹腔的同时，从静脉快速滴注 STS（约 20min 内）。

2. 术后护理要点

病人回到病房后，立即按医嘱从静脉滴注 STS—STS 24g＋5%葡萄糖液 500～1000ml，维持 8 小时，最好分二次配液体输入。

密切观察生命体征，密切观察尿量，术后尿量维持在 80ml/小时以上，并作详细记录。如尿量少，应及时报告医生，给予速尿或者 20%甘露醇利尿，以防止肾脏受损。

保持静脉通道的通畅，使解毒剂能按需输入。灌注当日及灌注后 3 天内静脉水化量应大于 3000ml/日。

术后 4～6 小时通过引流管放出腹腔内化疗药液，并观察其性和量。

保持各引流管的通畅，为防止化疗用的硅胶管阻塞，可用肝素稀释液 2～3ml 注入管内（肝素 25000u＋生理盐水 100ml）。

由于抗癌药的作用，术后病人可能会出现恶心、呕吐等不适。严重者可用 Vit B_6 或反复用胃复安止吐，并可大剂量补液，利尿。

灌注后 3 天内复查血、尿常规以及电解质和肝肾功能。以后，每周 1 次，了解 DDP 对该病人肝、肾、骨髓等有无损害。

术后首次化疗在术后 3 天内进行。DDP 与 STS 的 TRC 间隔时间为 7～10 天，国外为 3～4 周。

参 考 文 献

1. 程中. 腹腔内化疗治疗腹腔内恶性肿瘤. 普外临床，1991，6：162.
2. 史继学. 腹腔内化疗的临床应用近况. 国外医学. 护理学分册，1993，12：23.
3. 李元宗. 兰州医学报，1987，39：90.

（收稿：1997－11－1）

50-52　食管全切除　次全切除　护理　25

食管全切除及次全切除术的护理体会

R655.405
R473.6

武 丽*

食管癌手术病人，一般年龄较大，平均在 50 岁以上，且常并发高血压、心脏病、糖尿病及慢性肺疾患等老年病。又由于长期进食困难，多伴有慢性营养不良、体弱，对麻醉、手术耐受性差。手术时间较长，主动脉可能受压，尤其在弓上吻合的病例，术中游离食管时对膈胸膜可能被撕破，给术后护理增加了难度。另外，该类病人术前及术中还应积极维持适当血容量，及时补充失血，观察输血、补液发生的不良反应，测定中心静脉压、尿量及注意气道通畅情况，有条件时应进行静脉高营养，以增强病人抵抗力，为术后恢复创造条件。我科从 1988 年 10 月～1990 年 12 月共行食管癌食管全切除及次全切除、胃咽、胃食管吻合术 24 例，现将护理体会总结如下。

临床资料

全组 24 例，男性 20 例，女性 4 例，年龄 34～82 岁，平均 53 岁，体重 43～82 公斤，平均 57 公斤，临床诊断及术式见表 1。本组病例诊断磷状上皮癌 21

* 作者单位：110001　沈阳市，中国医科大学第一临床学院胸外科