

一例右舌鳞癌患者放疗后伴IV度口腔黏膜炎的护理

孙艳 郭敏慧*

南京鼓楼医院集团宿迁医院 徐州医科大学附属宿迁医院 江苏宿迁 223800

摘要:放射性口腔黏膜炎 (radiation-induced oral mucositis, RIOM) 是放射线电离辐射所引起的急性或慢性口腔黏膜损伤, 临床常见于头颈部肿瘤接受放射治疗的患者, 是放射治疗常见的并发症。常表现为口腔黏膜充血、糜烂和溃疡, 本文报道1例舌鳞癌放射治疗后发生口腔黏膜的病例, 结合病例的诊治经过及既往文献报道, 讨论并探讨其治疗方案。

关键词:舌癌; 放射性口腔黏膜炎; 疼痛

前言

舌癌是口腔癌中最常见的恶性肿瘤之一, 其发病率逐年增加^[1-2]。但病因至今尚未明确, 可能与慢性炎症刺激或长期机械性持续刺激有关。其通常由鳞状细胞癌引起, 通过血液传播, 进而侵入其他器官, 严重影响患者的生活质量和外观。在舌癌的治疗中, 放射疗法是重要的治疗方法之一, 放射性口腔黏膜炎 (radiation-induced oral mucositis, RIOM) 常见于头颈部肿瘤接受放射治疗的患者, 是放射治疗常见的并发症。RIOM常因对患者的生活质量造成明显影响, 从而阻碍放射治疗的进程, 甚至终止治疗, 因而成为临床备受关注的放射治疗并发症。RIOM主要表现为口腔黏膜充血、糜烂和溃疡, 患者疼痛明显日常伴有继发性感染和全身症状。

1 个案介绍

1.1 患者的一般信息

表1 基本信息

姓名: 徐宝兰	住院号: 0001213281
性别: 女	文化程度: 小学
年龄: 85岁	职业: 退休
民族: 汉族	婚姻: 已婚
入院诊断: 右舌鳞癌	既往史: 有“糖尿病”病史
过敏史: 无药物食物过敏史	入院方式: 步行

1.2 现病史

患者2022-08因舌部溃疡未予重视, 2023-03就诊无锡人民医院, 行舌溃疡活检, 病理示: 右舌部肿物, 鳞状上皮重度异性增生, 癌变。送复旦大学附属医院病理会诊: 黏膜鳞状上皮重度异性增生、癌变(有微小浸润)。2023-04-03特瑞普利单抗240mgq3w免疫治疗。2023-04-03起行舌部病灶放疗, 现患者为进一步治疗入院。

1.3 体格检查

体温: 37℃ 脉搏: 80次/分 呼吸: 16次/分 血压: 130/70mmHg 身高和体重: 卧床。发育正常, 营养中等, 神志清楚, 自动体位。ECOG=1分; 胸廓无畸形, 双乳对称、无异常肿块, 呼吸运动两侧对称, 语颤无增强或减弱。

1.4 实验室检查

表2 血小板计数

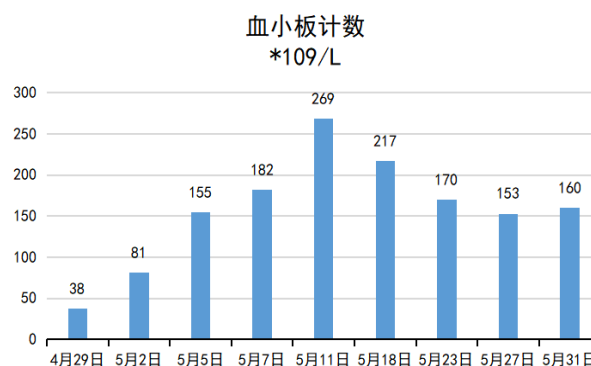


表3 白细胞计数

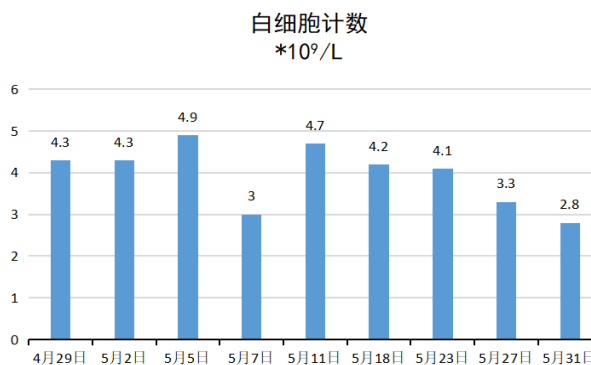


表4 白蛋白

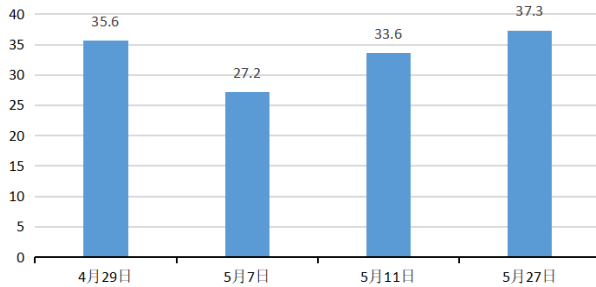
 白蛋白
g/L


表7 血钠

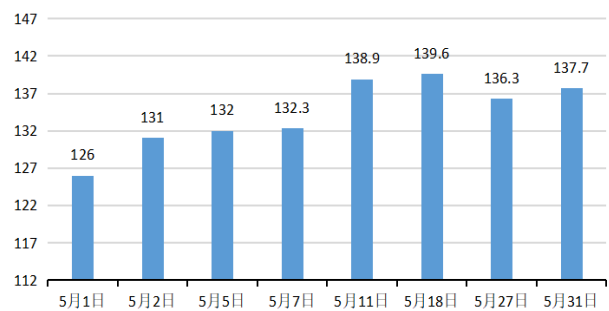
 钠
mmol/L


表5 红细胞计数

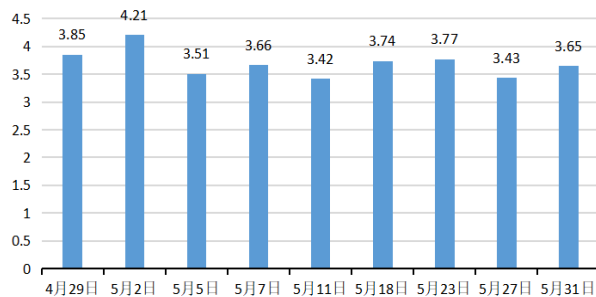
 红细胞计数
*10¹²/L


表8 谷草转氨酶

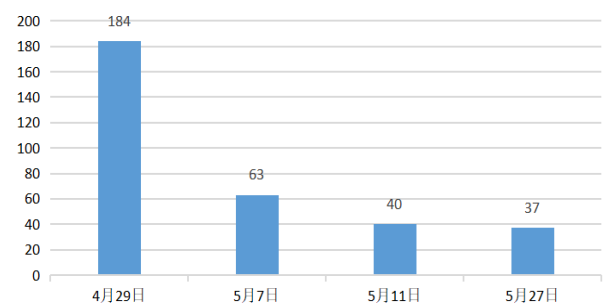
 谷草
U/L


表6 血钾

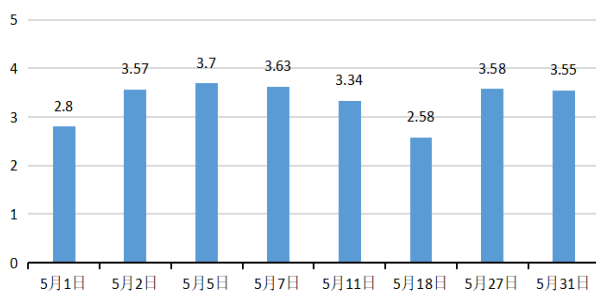
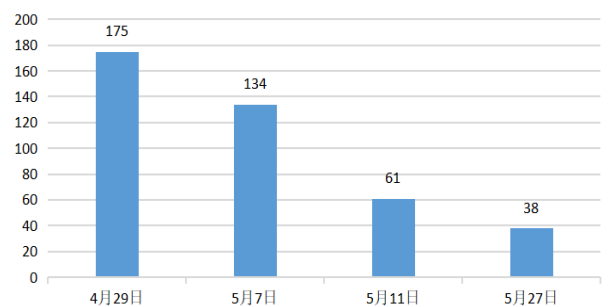
 钾
mmol/L


表9 谷丙转氨酶

 谷丙
U/L


1.5 治疗经过

04-28 患者 15:00 入综合放疗科, 患者“口腔肿瘤”放疗中, 放疗区皮肤完整, 有色素沉着, 口腔粘膜出现大片的红斑及少量的溃疡, 不能进食固体食物, 伴有疼痛, NRS 评分 4 分, 影响睡眠, 粘膜分级 III 级, 张口约 2 指, 未见出血, 伸舌正常, 自服曲马多缓释片 0.1g bid+ 卡马西平治疗后 NRS 评分 2 分, 食欲下降, 每日进食少于 1 两, 全身皮肤完整,

在局麻下行右侧股内静脉穿刺术, 内置长度 18cm, 予雷尼替丁、氨基酸等护胃营养支持。

04-29 患者查血小板示 $38 \times 10^9/L$, 予全身皮肤完整无出血点, 予重组人血小板生成素(特比澳)升血小板治疗, 暂停放疗。

04-30 患者夜间睡眠质量差, 予舒乐安定辅助睡眠, 夜间睡眠 6h。

05-01 患者血钾 2.8mmol/L (危急值), 血钠 126.0mmol/L , 予补钾补钠治疗。

05-02 患者复查血常规示: 血小板 $81 \times 10^9/L$, 予改巨合粒继续升血小板治疗, 复查血电解质: 钾 3.57mmol/L 。

05-06 患者转入头颈放疗科进一步治疗, 继续暂停放疗。

05-08 查血示: 白细胞 $3.0 \times 10^9/L$, 白蛋白 27.2g/L , 予白蛋白营养支持治疗, 继续予药物保肝、营养支持、降糖治疗。

05-12 查血示: 铁 6.49umol/L , 钾 3.34mmol/L , 血红蛋白 101g/L , 红细胞计数 $3.42 \times 10^{12}/L$, 予益比奥补血治疗, 患者发力略有好转, 口腔黏膜红斑基本愈合, 粘膜分级 II 级张口 3 指。

05-15 患者口腔黏膜红斑及溃疡已愈合, 张口约三指, 无疼痛, 恢复口腔放疗。

并予特瑞普利单抗免疫治疗。

05-17 患者血钾 2.58mmol/L (危急值), 予泵钾治疗。予舒乐安定辅助睡眠, 乳果糖通便治疗。

05-19 患者口腔疼痛, NRS 评分 3 分, 口腔黏膜炎 I 级, 张口 3 指, 继续予盐酸曲马多止痛治疗。

05-21 患者测耳温 38.6°C , 予地塞米松 5mg 静推, 降至 36.8°C 。

05-22 患者测耳温 38.4°C , 予地塞米松 5mg 静推, 降至 37.4°C 。

04-24 患者口腔黏膜炎 III 级, 张口约 3 指, 患者唇、舌、颊、腭黏膜充血、水肿、疼痛, 出现散在白色斑点, 予莫西沙星抗炎, 碳酸氢钠漱口, 口腔护理 bid, 测耳温 38.3°C , 予指导饮水, 降至 36.9°C 。

05-26 患者测耳温 38.1°C , 予指导饮水, 降至 37.5°C 。口腔黏膜炎 III 级, 张口约 2 指患者唇、舌、颊、腭黏膜充血、水肿、疼痛, 白色斑点融合成片, 呈奶酪样、珍珠白色, 覆盖在舌体、上颚、颊部, 易刮掉露出溃疡面, 有出血, 继续予莫西沙星抗炎, 碳酸氢钠漱口, 口腔护理 bid。

05-30 口腔黏膜炎 IV 级, 张口约 2 指。患者口腔脓性分泌物, 予暂停放疗。

06-01 查钾 3.55mmol/L , 白细胞 $2.8 \times 10^9/L$, 血红蛋白 108g/L , 红细胞计数 $3.65 \times 10^{12}/L$, 予暂停泵钾, 升白细胞治疗。

1.6 护理评估

1.6.1 WHO 口腔粘膜炎分级标准^[4]

表 10 WHO 口腔粘膜炎分级标准

级别	分级标准
0 级	无症状
I 级	口腔粘膜出现红斑, 伴有疼痛但不影响进食
II 级	口腔粘膜出现红斑、溃疡, 但能进食固体食物
III 级	口腔粘膜出现严重的红斑和溃疡, 不能进食固体食物
IV 级	溃疡融合成片, 有坏死, 不能进食

1.6.2 NRS 疼痛评分量表

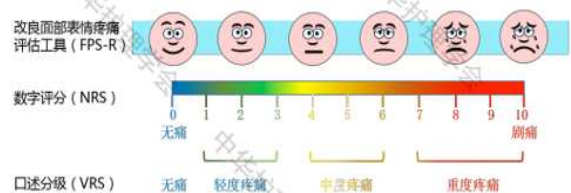


图1 疼痛程度自评工具

1.6.3 营养风险筛查评分量表(NRS2002)

营养风险筛查评分量表(NRS2002)

姓名: _____ 性别: _____ 年龄: _____ 身高: _____ 体重: _____

住院天数: _____ 入院原因: _____ 入院日期: _____

目前体重: _____ kg 过去 3 个月体重变化: _____

血清白蛋白: _____ g/L 过去 3 个月血清白蛋白变化: _____

进食量: _____ 过去 3 个月进食量变化: _____

吞咽困难: _____ 过去 3 个月吞咽困难变化: _____

活动能力: _____ 过去 3 个月活动能力变化: _____

精神状态: _____ 过去 3 个月精神状态变化: _____

总分: _____

评分标准: 0-3 分: 无营养风险; 4-5 分: 轻度营养风险; 6-7 分: 中度营养风险; 8-10 分: 重度营养风险。

日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

1.7 护理计划

1.7.1 感染: 与放疗致机体抵抗力低有关

目标: 感染消退, 体温正常

措施:

(1) 指导患者在晨起、进食后和睡前使用软毛牙刷刷牙, 至少 2 次/d, 使用清水漱口后予 3% ~ 5% 碳酸氢钠溶液漱口, 至少 6 次/d;

(2) 保持病房内的整洁、卫生, 空气清新;

(3) 指导患者避免进食易损伤或刺激口腔黏膜的食物, 根据口腔黏膜炎影响进食情况调整食物的黏稠度、软硬度及摄入方法;

(4) 患者张口困难, 使用口腔清洁专用海绵棒口腔护理 bid;

(5) 必要时留取标本送检;

(6) 给与抗感染治疗, 并观察药物不良反应。

评价: 06-02 患者感染较前好转, 暂无发热

1.7.2 疼痛: 与放疗致口腔粘膜有关

目标: 患者疼痛缓解

措施:

(1) 进食前使用 2% 利多卡因溶液或含有镇痛药物成分的溶液漱口;

(2) 按时、按剂量服用曲马多缓释片;

(3) 按时给药, 并观察药物不良反应。

评价: 06-02 患者疼痛评分 2 分

1.7.3 营养失调: 低于机体需要量 与放疗致口腔黏膜炎进食少有关

目标: 患者卧床, 维持现有腹部皮脂厚度

措施:

(1) 每周或必要时用营养风险筛查 2002(nutritional risk screening 2002,NRS 2002) 等评估工具进行营养风险评估, 患者 NRS2002 评分 ≥ 3 分, 请营养科会诊, 根据患者营养状况及病情, 优先选择口服肠内营养制剂。

(2) 鼓励患者进食营养丰富的食物, 摄入足量的液体, 少食多餐。

(3) 患者出现吞咽困难, 给予肠内营养支持时, 指导患者正确使用肠内营养制剂, 预防并发症的发生。

评价: 06-02 患者腹部皮脂厚度未减少

1.7.4 睡眠形态紊乱: 与放疗致口腔黏膜疼痛有关

目标: 保证每日睡眠充足

措施:

(1) 保持病室安静, 光线适宜;

(2) 因疼痛导致入睡困难, 及时给与止痛治疗;

(3) 遵医嘱给予助眠药物, 并观察药物不良反应。

评价: 06-02 患者夜间睡眠 6h

1.7.5 有皮肤完整性受损的危险: 与长期卧床、放疗有关

目标: 未发生皮肤损伤

(1) 保持照射野皮肤清洁干燥, 有汗及时擦干, 穿棉质衣物, 不穿高颈或硬领衣服, 出现皮肤瘙痒勿用手撕剥、抓痒;

(2) 协助翻身 q2h, 保持骶尾部清洁干燥, 班班交班;

(3) 予卧气垫床, 必要时外贴皮肤保护敷料;

(4) 加强营养, 做好饮食护理。

评价: 06-02 患者全身皮肤完整, 未发生破溃

1.7.6 潜在并发症: 下肢深静脉血栓

(1) 每日评估有无 Homans 征阳性, 听取患者主诉, 关注凝血功能, 患者 Homans 征为阴性。

(2) 落实血栓基础预防的护理措施, 指导患者踝泵运动, 每日 5 次, 每次 10min, 每日深呼吸及有效咳嗽 4-5 次。

(3) 患者双下肢皮色红润, 皮肤温暖, 双足背动脉搏动正常。

(4) 指导患者每日饮水 1500ml。

评价: 06-02 患者未发生下肢深静脉血栓

2 护理重点及难点

(本病案中反映的专科护理问题, 进行的专科护理处置以及效果评价, 循证护理及指南的应用, 护理安全及应急处理等)

2.1 护理重点: 感染

护理措施: (1) 给予物理降温, 必要时遵医嘱予吲哚美辛栓塞肛退热治疗, 做好要药物知识的宣教; (2) 评估患者发热的原因, 必要时口腔咽拭子培养, 多为白色念珠菌感染, 在生活中较为常见, 从医疗角度来看, 该真菌在人体口腔、肠道、上呼吸道以及女性阴道中均有所分布^[3]。多数情况下, 由于受到患者机体免疫功能的限制, 该病菌往往不会对患者造成影响, 然而, 若患者免疫系统出现弱化, 则有可能导致对于该真菌抑制能力的下滑, 导致其出现大量繁殖的问题, 进而影响患者健康^[4]。从而引发全身系统性感染与机体浅表感染问题, 进而造成患者生活质量的显著降低^[5]。请临床药师会诊行抗感染治疗。(3) 遵医嘱予口服利奈唑胺片抗炎治疗, 氟康唑氯化钠注射液抗真菌治疗, 做好要药物知识的宣教。(4) 口腔予 5% 碳酸氢钠漱口, 保持口腔清洁, 饮食前、后均应漱口。每日摄入 3000ml, 必要时遵医嘱增加补液治疗。

2.2 护理重点: 营养护理

护理措施: (1) 入院 24h 内进行 NRS2002 营养筛查,

患者卧床未监测到身高体重,一周内摄食减少50%,进入最终营养筛查,NRS总评分4分。启动营养治疗计划。(2)请营养科会诊,PG-SGA评分,评估患者营养状况,评分>9分。(3)遵医嘱予能全力500ml,一次100ml,一天5次,早06:00开始,每3小时一次。特医营养粉900g,每日三次,每次150ml。早08:00开始,每5小时一次。鼓励患者进食牛奶,水果汁,蔬菜汁。(4)监测患者腹部皮脂厚度。(5)食物选择和调配 指导患者应用搅拌机将熟食加水打磨,制成易于吞咽的食物;水、果汁、汤等流质加入增稠剂,调制浓稠食物。保证每天不少于2000ml摄入量,指导患者少量多餐。

2.3 护理难点:放射性口腔黏膜炎的护理

原因:RTOM临床主要表现为口咽红肿、糜烂、溃疡等,3~4级的重度RTOM可造成患者进食困难和营养不良,导致治疗中断^[6-7]。

护理措施:(1)暂停放疗,碳酸氢钠口腔护理bid,清除脓性分泌物,督促病人漱口,每日至少8~10次,粘膜溃疡处喷金因肤或维斯科,以促进粘膜愈合,并观察溃疡变化情况。

(2)疼痛处理:患者出现RTOM引起疼痛影响进食,进食前给予黏膜表面麻醉剂0.9%氯化钠注射液250ml地塞米松10mg+利多卡因10ml漱口,每次10~20ml,每天3~6次,给予曲马多缓释胶囊控制疼痛。

(3)患者出现轻度张口受限,张口受限的分度:轻度张口受限:上下切牙切缘间仅可置二横指,2.0—2.5cm。中度张口受限:上下切牙切缘间仅可置一横指,1.0—2.0cm。重度张口受限:上下切牙切缘间距不足一横指,1.0cm以内。完全性张口受限,完全不能张口,也称牙关紧闭^[8]。每日观察溃疡进展情况及张口程度,指导患者进行口腔锻炼操^[9](4)患者口腔咽拭子培养示:白色念珠菌,予“氟康唑氯化钠注射液”,5%碳酸氢钠漱口抗真菌治疗。康复新液含漱10min后口服,3次/日,每次15ml,促进口腔溃疡愈合^[10](5)出院指导:患者保持口腔清洁湿润,坚持漱口,软毛牙刷刷牙,3年内禁止拔牙,以防引起炎症感染和放射性骨髓炎^[11],出院1个月、3个月、6个月返院复查。(7)出院后随访。

3 经验与教训

舌癌是最常见的口腔癌,早期首选放射治疗。口腔护理是舌癌患者的重要护理措施,其主要目的是保持口腔清洁,

使患者在生理、心理、社会上达到最愉快的状态。对放射性口腔黏膜炎患者除给予相应药物治疗外,注重其临床症状的观察及护理,同时应进行营养方面和个人口腔卫生方面的指导,对及早减轻患者痛苦,延缓疾病进展,提高患者的生命质量有重要意义。医护人员要致力于口腔护理知识的宣传普及影响人群对口腔卫生知识、观念、态度与行为方面的改变,为全社会提高口腔护理知识做一些力所能及的工作。本次针对患者放射性损伤的护理,提高了医护人员对放射性反应的认识,对于病人的放射性损伤,预防大于治疗,尤其是头颈部肿瘤的患者,放化疗联合使用时更要注重对患者的动态评估,积极进行干预,减少并发症的发生,提高患者舒适度及生命质量。

参考文献:

- [1] 卿雁冰,马丽芳,岳树锦,等.舌癌患者游离皮瓣修复术后护理的研究进展[J].中国实用护理杂志,2020(10):791-795.
- [2] 李云,陈芸梅,朱淑连,等.品管圈活动在降低舌癌术后吞咽障碍患者摄食风险中的应用效果研究[J].心理月刊,2020,15(8):39-40.
- [3] 易国辉,张菁芸,姚孟霞,等.番木瓜籽提取物对白色念珠菌及菌丝特异性基因表达的研究[J].海南医学,2019,30(01):19-21.
- [4] 李亚辉,张欢欢.阴道白色念珠菌对抗真菌药物的敏感性分析[J].河南医学高等专科学校学报,2019,31(05):678-679.
- [5] 封小川,张欠欠.白色念珠菌粘附研究进展探究[J].中外女性健康研究,2020,(17):13-14.
- [6] 王淑安,王孔成,李媛,等.放射性黏膜损伤的营养治疗策略[J].中华放射肿瘤学杂志,2019,28(7):555-558.
- [7] 中华医学会放射肿瘤治疗学分会.放射性口腔黏膜炎防治策略专家共识(2019)[J].中华放射肿瘤学杂志,2019,28(9):641-647.
- [8] 赵信义,孙皎.《口腔粘膜病学》,北京:人民卫生出版社,2020.
- [9] 陈财林.一例颞下颌关节疼痛合并张口受限、吞咽疼痛的患者康复治疗方案分享[J].健康必读,2020,(33):260.
- [10] 朱振华,刘艺颖,王影,等.康复新液含漱对消化道恶性肿瘤患者口腔护理的效果[J].安徽医

学,2019,40(12):1399-1401.

[11] 杨慧,王梅.鼻咽癌放射性口腔黏膜炎的护理[J].中国保健营养,2014,(5):2958-2959.

作者简介:

孙艳(1991—),女,本科,主管护师,江苏省肿瘤专科护士,江苏省癌痛病房专职护士,主要研究方向:肿瘤

护理。

郭敏慧,副主任护师 江苏省护理学会肿瘤护理专业委员会委员 江苏省首届淋巴水肿专技资质 江苏省护理学会首届安宁疗护讲师 宿迁市护理学会肿瘤护理专业委员会主任委员。