

# 舒尼替尼联合醋酸奥曲肽治疗晚期胰腺神经内分泌癌患者的护理

赵育凌 宋华

【摘要】 报告1例应用舒尼替尼联合醋酸奥曲肽治疗晚期胰腺神经内分泌癌患者的护理。护理要点包括心理护理、舒尼替尼与醋酸奥曲肽的应用及不良反应的观察与护理。患者治疗3个疗程后病灶均缩小,病情稳定。

【关键词】 胰腺肿瘤; 神经内分泌瘤; 药物治疗; 护理

【Key words】 Pancreatic Neoplasms; Neuroendocrine Tumors; Drug Therapy; Nursing Care

胰腺神经内分泌癌(pancreatic neuroendocrine tumor, PNET)是一种罕见的来源于胰腺神经内分泌细胞的恶性肿瘤,以往认为其发病率极低,仅为胰腺外分泌腺起源肿瘤的1.4%,但近年尸检发现PNET约占胰腺肿瘤的10%,且发病率在急剧升高<sup>[1-2]</sup>。对于高分化PNET化疗多选择链脲霉素联合注射用盐酸表阿霉素或含替莫唑胺胶囊的方案,而低分化的PNET多选择依托泊苷注射液联合顺铂方案<sup>[3-4]</sup>。我科2010年11月,收治了1例胰腺神经内分泌癌伴肝转移的患者,依托泊苷注射液联合顺铂方案治疗无效后,给予舒尼替尼联合长效醋酸奥曲肽治疗取得较好疗效。现将护理要点报告如下。

## 1 临床资料

患者男,46岁,于2010年5月20日就诊于我院,行肝穿刺活检诊断,肝转移性神经内分泌癌;行胰腺CT诊断为胰腺神经内分泌癌(IV期),2010年8月10日开始服用舒尼替尼37.5mg每天1次,15d后患者出现味觉减退,间断腹泻。为进一步治疗,于2010年11月住院,遵医嘱给予短效醋酸奥曲肽0.1mg 8h/次皮下注射,2周后改为长效醋酸奥曲肽20mg,1次/d肌肉注射,加口服舒尼替尼37.5mg,每天1次,用药1周后患者出现双下肢可凹性水肿,2~3d后自行缓解,伴暂时性脱发,皮肤色素脱

失,WBC及Hb偏低。患者治疗3个疗程后复查CT提示,肝及胰腺病灶均缩小,病情稳定出院。

## 2 护理

### 2.1 药物保存及操作方法

#### 2.1.1 醋酸奥曲肽的保存、配置及注射方法

(1)保存方法:醋酸奥曲肽是一种人工合成的天然生长抑素八肽衍生物,它通过与生长抑素受体结合,抑制多肽释放,改善临床症状,同时还通过非生长抑素受体(SSTR)依赖途径调节免疫,抑制血管生成,促进凋亡等方式阻止肿瘤细胞生长。将醋酸奥曲肽保存在2~8℃的冰箱内,避免冻结和光照。在注射前24h,将药物放置于室温下。

(2)配置方法:①注射前将醋酸奥曲肽放进无菌洁净台中,按医嘱剂量在无菌原则下揭开瓶盖,轻敲瓶体以确保粉末在小瓶的底部;②打开1支溶剂安瓿,消毒溶剂安瓿,将针头橡皮塞中心插入,沿瓶内壁注入,直到粉末完全被溶剂浸湿时,轻轻旋转瓶直到形成均一悬浮液;③立即将针头从橡皮塞插入,针头朝下药瓶呈45°斜置,缓慢将瓶内所有的溶液吸入注射器;④更换针头,轻轻倒置注射器以保证悬浮液的均一,排出空气。⑤配置药液时不可将溶剂直接注射在药粉上,不能猛烈地摇动小瓶或倒置药瓶,以免形成絮状凝块而不能使用。

(3)注射方法:醋酸奥曲肽悬浮液准备完成后,即到患者床旁给予注射,选择臀部进行肌肉注射,注射完毕快速拔出针头,并按压2min。

DOI:10.3761/j.issn.0254-1769.2011.11.037

作者单位:100032 北京市 北京协和医院肿瘤内科

赵育凌:女,大专,护士,E-mail:tulipdoc@163.com

2011-04-11收稿

组患者置管长度为12~15cm。

## 2 讨论

我院均采用美国BD公司的PICC导管,此导管外均有一防止置管过程中被污染的保护套,且前端可修剪。本组32例中,改行CVC置管前导管预留长度最长为54cm,最短为39cm;送入体内最长为25cm,最短为0cm。当患者因上肢静脉障碍致PICC无法进行时,未进入血管内的导管部分的长度至少还余14cm,加上导管0刻度至圆盘距离为3cm,总长度至少也可达17cm。临床工作中,CVC置入的长度为12~15cm,那么,剩余的导管可在确保无菌的条件下满足改行CVC置管长度的要求。

此外,本组结果显示,PICC改行彩超引导下CVC后一次穿刺成功率及总体成功率均为100%。由此可见,将PICC修剪成所需的长度后改行CVC置管是安全可行的。

## 参考文献

- [1] 杨月华,沈玲玲. 双氯芬酸钠乳剂预防PICC致机械性静脉炎的效果观察[J]. 中华护理杂志, 2010, 45(5): 416-417.
- [2] 胡君娥,龚兰,唐运香,等. 彩超及B-FLOW技术引导下经外周静脉穿刺中心静脉置管的可行性研究[J]. 护理学报, 2007, 14(6): 5-7.
- [3] 黄蔚华,阎冬丽,黄中英,等. 超声引导辅助改良塞丁格技术在PICC置管中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2011, 17(2): 146-148.

(本文编辑 马云会)

### 2.1.2 舒尼替尼的应用

舒尼替尼是一种口服的、小分子、选择性多受体酪氨酸激酶抑制剂,它可通过与多种信号通路的靶向受体作用而产生整合效应,从而发挥抗肿瘤生长和抗血管生成作用。遵医嘱给予舒尼替尼37.5mg,每天1次口服,督促患者服药到口。

### 2.2 心理护理

运用临床观察和访谈法,了解到患者因多次治疗疾病未控制情绪低落,对下一步治疗充满担忧,对预后缺乏信心,分析其原因为,所患疾病为罕见恶性肿瘤,临床缺乏标准治疗方案,且经过化疗后病情未控制,患者缺乏对新药药理作用和不良反应的了解。采取:①安慰患者,告知积极配合治疗可延长寿命,向患者介绍身边积极配合治疗并取得良好疗效的患者的真实病例。②查阅国外的文献,将胰腺神经内分泌癌的治疗进展及成功治疗的病例介绍给患者。③向患者介绍上述新药的药理作用及常见不良反应,使其对药物有全面而正确的了解。通过上述护理措施,增强了患者对下一步治疗的信心及对预后的希望,使其以良好的心态接受且配合治疗。

### 2.3 不良反应的观察与护理

#### 2.3.1 味觉减退的护理

患者服用舒尼替尼15d后出现咸味觉缺失,导致食欲下降,国内学者<sup>[5]</sup>研究认为,味觉减退为舒尼替尼常见的不良反应之一。采取:①加强对患者的健康教育及心理护理,使患者认识到味觉减退不会影响治疗的进行,消除其焦虑、恐惧、抑郁等不良心理反应和厌食情绪;②根据患者对食物的喜好,制订合理膳食,以清淡、易消化、富含营养的食物为主,少食多餐;③严格控制食盐的摄入量,嘱家属在患者进餐前先品尝饭菜,防止因患者咸味觉缺失引起食盐摄入量过多或过少,出现电解质紊乱,甚至诱发高血压;④指导患者保持口腔卫生,用餐前后用生理盐水漱口,避免了口腔黏膜干燥与口腔溃疡的发生。

#### 2.3.2 腹泻的护理

Raymond等<sup>[6]</sup>的1项多中心、随机、双盲的Ⅲ期临床试验报告,舒尼替尼的最常见不良事件包括中性粒细胞减少、高血压、腹痛、腹泻、低血糖和手足综合征,患者服舒尼替尼后出现排稀便,每日10余次。即报告主治医生,考虑该患者腹泻为舒尼替尼所致,处于急性期。遵医嘱严密观察患者大便的性状、次数及伴随症状,及时留取标本送检;嘱患者卧床休息,暂禁食,同时经静脉补充葡萄糖氯化钠、脂肪乳及氨基酸等营养物质,防止水、电解质紊乱;患者肛门周围出现红、肿和疼痛,嘱其便后使用柔软的卫生纸擦拭,用温水洗净后局部涂护臀霜,以保持肛门周围皮肤清洁干燥。腹泻症状好转后:①给予米汤、果汁等流食1d;②2d后给予米粥、软面条等半流食直至普食;③避免生冷、粗糙、多纤维的食物,以及牛奶、豆浆等易导致腹胀、腹泻的食物;④遵医嘱服用地衣芽孢

杆菌活菌胶囊、口服双歧杆菌等肠道益生菌,防止肠道细菌移位。患者2d后排便次数减少至每日2次,为成形软便,肛门周围皮肤无破损,饮食恢复正常。

#### 2.3.3 水肿的护理

患者注射醋酸奥曲肽1周后出现双下肢可凹性水肿,采取:①在患者腿下放一软枕,以抬高双下肢,促进静脉回流,减轻水肿;②准确记录24h出入量,限制水钠摄入,避免水肿加重;③将患者的水杯用量杯量好刻度,给予标记,方便患者记录饮水量;④在卫生间放置量杯,以便患者准确测量小便量;⑤每班4h统计1次患者的出入量情况,及时向医生汇报;⑥每日扫床3次,以保证床单位整洁,预防皮肤损伤及感染。患者3d后水肿明显减轻,全身皮肤完好无破损。

#### 2.3.4 骨髓抑制的护理

患者在联合用药治疗期间WBC维持在 $(3.28\sim 4.70)\times 10^9/L$ ,Hb维持在102~110g/L,提示患者有感染的危险。采取:①保持病室环境清洁、舒适,每天开窗通风2次,每次30min,减少家属探视;②急性期给予保护性隔离,加强患者晨晚间护理,认真做到“六洁”,特别是口腔、皮肤及肛门周围的清洁,给予口腔护理每日2次,同时观察口腔黏膜有无溃疡,醋酸氯己定溶液漱口每日3次,0.02%高锰酸钾坐浴每晚1次;③每周遵医嘱查血常规2~3次,根据血常规结果,遵医嘱给予重组人粒细胞集落因子注射液2~5μg/kg,每日皮内注射,每日测量体温4次;④嘱患者多卧床休息,减少活动量。同时在饮食方面加强营养支持,给予高蛋白饮食,多吃水果补充维生素C,适当吃些富含铁的蔬菜、动物肝脏等。患者在治疗期间未出现感染,出院时血常规正常。

### 参考文献

- [1] Modlin IM, Lye KD, Kidd M. A 5-decade analysis of 13715 carcinoid tumors[J]. Cancer, 2003, 97: 934-961.
- [2] Kouvaraki MA, Ajani JA, Hoff P, et al. Fluorouracil, doxorubicin, and streptozocin in the treatment of patients with locally advanced and metastatic pancreatic endocrine carcinomas[J]. Clin Oncol, 2004, 22(23): 4762-4771.
- [3] Kulke MH, Stuart K, Enzinger PC, et al. Phase II study of temozolomide and thalidomide in patients with metastatic neuroendocrine tumors[J]. Clin Oncol, 2006, 24(3): 401-406.
- [4] Strosberg JR, Choi J, Cantor AB, et al. First-line treatment of metastatic pancreatic endocrine carcinomas with capecitabine and temozolomide[J]. Clin Oncol, 2008, 26: 241.
- [5] 王尔兵, 王肇炎. 多靶点酪氨酸激酶抑制剂舒尼替尼临床评价[J]. 世界临床药物, 2007, 28(5): 27-29.
- [6] Raymond E, Dahan L, Raoul JL, et al. Sunitinib malate for the treatment of pancreatic neuroendocrine tumors[J]. N Engl J Med, 2011, 364(6): 501.

(本文编辑 刘晓联)