

# 艾滋病合并 B 细胞非霍奇金淋巴瘤患者的护理

赵秀珍(广西壮族自治区龙潭医院内 8 科,广西柳州 545005)

**【摘要】** 目的 为艾滋病合并 B 细胞非霍奇金淋巴瘤患者在住院期间提供高质量的护理,提高患者的生活质量,延长其生命。方法 对 22 例艾滋病合并 B 细胞非霍奇金淋巴瘤患者运用心理护理、化疗的护理、饮食及运动护理等。结果 21 例患者以积极的心态配合治疗,顺利按计划完成化疗;1 例患者并发症严重,不合适化疗,转本院艾滋病科专科治疗。结论 治疗护理即使得当可使病情好转,患者生命得以延长,生活质量得以提高。

**【关键词】** 艾滋病; B 细胞非霍奇金淋巴瘤; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.04.062 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)04-0489-02

艾滋病(AIDS)即获得性免疫缺陷综合征,其人类免疫缺陷病毒(HIV)特异性攻击 CD4<sup>+</sup> 细胞使机体免疫力降低,并发各种机会感染。在 WHO 临床 IV 期:严重疾病期并发很多机会性疾病,淋巴瘤(脑部淋巴瘤或者 B 细胞非霍奇金淋巴瘤)是艾滋病常见的机会性感染之一,病情重,预后差,如果治疗、护理及时得当可使病情好转,患者生命得以延长,生活质量得以提高。本院 2006 年 1 月至 2011 年 6 月收治艾滋病患者 1 812 例,其中并发 B 细胞非霍奇金淋巴瘤 22 例。现将笔者对艾滋病合并 B 细胞非霍奇金淋巴瘤临床护理体会报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 22 例患者中男 16 例,女 6 例,年龄 25~59 岁,平均 49 岁。性乱 16 例,吸毒 4 例,有无偿献血 2 例。22 例患者中农民 15 例,工人 2 例,个体 3 例,干部 2 例,根据病理学或细胞学确诊为恶性肿瘤。22 例患者常规筛查 HIV, HIV 抗体确认试验均阳性,22 例患者均有不同程度的发热、口腔溃疡、消瘦、食欲下降、腹泻、鹅口疮、玫瑰糠疹、贫血、卡氏肺囊虫肺炎,同时有颈部、腋下、耳后及腹股沟浅表淋巴肿大、伴吞咽困难等症状。

**1.2 治疗方法** 22 例患者入院后均做各项相关常规检查,根据药敏试验及病情选择有效的治疗药物,给予抗炎、对症、护肝、升高白细胞药物等治疗,其中 19 例非霍奇金淋巴瘤患者采用 CHOP 方案化疗,每 21 天重复一次;3 例病情严重,出现高热、口腔溃疡、消瘦、食欲下降,无法进行化疗转艾滋病科治疗。化疗时机,主要根据 CD4<sup>+</sup> T 淋巴细胞水平,CD4<sup>+</sup> 细胞大于 200×10<sup>6</sup> 个/L,予足量化疗,CD4<sup>+</sup> 细胞小于 200×10<sup>6</sup> 个/L,给予半量化疗,化疗期间,暂缓抗病毒治疗,待化疗治疗结束后再开始抗病毒治疗<sup>[1]</sup>。

## 1.3 护理方法

**1.3.1 保持住院环境整洁** 同类患者可住一间病房,每天做好空气及物品消毒,为患者创造安静、整洁、舒适的环境,保持室内温、湿度适宜,每天定时通风 2 次,每次 30 min,患者被服随脏随换,出院或死亡后做好终末消毒。

**1.3.2 心理护理** 由于艾滋病及肿瘤的不可治愈性,患者本身承受 HIV 及淋巴瘤带来的痛苦折磨,而对艾滋病特殊感染途径,导致人们对患者的歧视,患者心理感到恐惧、寂寞、沮丧、害怕痛苦、死亡、感到孤独无助,悲观失望。为了减轻患者心理压力,在新患者入院后主动向其介绍病区环境及主要的医护人员,帮助患者适应医院环境;日常护理中,主动与患者进行语言交流,认真倾听他们的心理感受,适时地关心、同情、安慰、鼓励患者,减轻患者的心理压力,了解患者住院期间的心理动态,对有自杀倾向的患者做好交接班,及时与家属取得联系,留陪伴看护。护士不仅要做好各项治疗措施,更要倾注全部的爱

与患者进行情感沟通。接受患者的消极心理反应,鼓励患者宣泄不良情绪,在做各种治疗时,不要等到给所有患者治疗完后,才给患者治疗,防止患者因受到冷遇和歧视而做出危害自己和他人的行为。

## 1.3.3 化疗的观察与护理

**1.3.3.1 化疗前向患者介绍药物的性质、作用及其可能产生的各种不良反应,让患者有心理准备,并取得患者的合作。**

**1.3.3.2 化疗前应做好白细胞、血小板、肝、肾、心电图等检查,化疗期间根据病情查血常规,如血小板低于 80×10<sup>9</sup>/L,白细胞低于 4.0×10<sup>9</sup>/L,需要隔离保护,预防感染发生,注意有无发热、出血现象。**

**1.3.3.3 化疗期间常见消化道反应的护理** 恶性肿瘤治疗,采用化疗时几乎每种化疗药物都具有不同程度的消化道反应,恶心、呕吐是肿瘤化疗时常见的不良反应之一,临床上通常在化疗 3~4 d 开始出现症状。本科常规在化疗前半小时给予生理盐水 10 mL 加格拉司琼 4 mg,静脉注射,化疗后 5 h 再加用 1 次,胃复安 10 mg 肌肉注射每天 2 次,效果很好。

**1.3.3.4 化疗期间便秘的护理** 便秘是恶性肿瘤患者化疗常见的并发症之一。临床上第一疗程便秘较少见,在第 3~4 疗程后普遍,因此要给患者做好健康宣教,饮食上多进富含粗纤维食物及绿色蔬菜,保持大便通畅,如患者出现便秘可致患者腹痛、腹胀、食欲不振甚至烦躁不安,增加患者的痛苦,影响化疗的顺利进行。出现便秘后通常给予番泻叶泡茶,或用开塞露 100 mL,严重者可用盐水及石蜡油灌肠通便。

**1.3.3.5 化疗致口腔黏膜损伤的护理** 每天用朵贝氏液含漱或用三七冰块含漱至化疗结束,保持口腔清洁,有口腔溃疡者可用冰硼散、溃疡散等,咽喉疼痛,用生理盐水 500 mL 加利多卡因 1 支、维生素 B<sub>12</sub> 1 支、庆大霉素 1 支含漱,每天数次,效果好,必要时做咽拭子培养。

**1.3.3.6 化疗期间血管的保护** 化疗期间保护好血管,防止静脉炎和药液外渗引起组织坏死。长期用药者应有计划使用静脉,自远端小静脉开始,但强刺激性药物宜用前臂的静脉,左右臂交替使用。输注刺激性较大的药物要适当稀释,阿霉素、长春新碱均是强刺激性药物,如不慎注入皮下可引起组织坏死、剧痛,甚至局部致残。所以在化疗期间要经常观察液体输注情况,如液体不慎外漏皮下,立即停止输液,用注射器尽量回抽漏入皮下的液体,给予解毒剂局部环封,局部常规消毒后,用 1 mL 无菌空针抽取解毒剂,做局部皮下环形封闭,即由疼痛或肿胀区域外缘向内做多点注射,常用的方法为地塞米松 5 mg + 利多卡因 100 mg 局部封闭,局部封闭后,用 30% 的硫酸镁 24 h 湿敷。为了防止化疗药外漏,艾滋病合并 B 细胞非霍奇金淋巴瘤患者在化疗时最好经锁骨下中心静脉置管进行化疗,

以减少反复穿刺导致护理人员被针刺伤,同时也避免了药液外漏损伤组织<sup>[2]</sup>。

**1.3.3.7 化疗期间严密观察病情变化** 心电监护患者的生命体征变化。注意排尿、排便变化,及时发现肾功能不全及胃肠道出血、紊乱等意外情况,报告医生及时抢救。大剂量顺铂冲击化疗时,按医嘱给予水化治疗和利尿碱化尿液,鼓励患者多饮水,注意尿量每日不少于 300 mL,以预防肾损害和尿酸性肾病。

**1.4 疼痛的处理** 癌痛是中晚期癌症患者难以忍受的症状之一。护理人员应关心体贴患者,耐心倾听患者的主诉,按医嘱给予止痛药治疗,止痛药按三阶梯用药,一般止痛药在患者出现疼痛前给药,来解除患者躯体及精神上的痛苦。

**1.5 饮食护理要多样** 对于肿瘤合并淋巴瘤患者来说,饮食护理十分重要。因为无论是药物还是手术,都只能外在地进行治疗,而不能真正改变患者体内环境。因此通过饮食从根本上改变患者体内环境,提高患者免疫力。肿瘤患者的饮食一定要丰富多样,同时要注意多摄取能够抗癌的食物。给予高营养、少油、清淡饮食,化疗期间必要时给予合理饮食,少量多餐,清晨反应轻时鼓励患者多饮食,反应严重时,给予止吐剂后进食,化疗结束后,患者进食高营养饮食及新鲜水果蔬菜,许多食物不仅营养丰富,同时具有抗癌作用,对抑制癌细胞增生和扩散,防止癌症复发有一定的辅助治疗作用。食用菌中的许多品种具有抗癌作用,如猴头菇、香菇、平菇、金针菇、黑木耳、银耳、灵芝等。如患者喜欢食用,可以经常选用。

**1.6 器械物品的处理** 将患者使用过的一次性注射器和输液器及时分离、浸泡,与使用过的棉签、敷料等全部装进双层黄色医疗废物胶袋,并贴上标签,送焚烧处理。患者使用的有血液污染的床单、被套放入双层黄色垃圾袋,标明记号,作焚烧处理。物品表面、治疗车用含氯消毒液擦拭。所有使用的物品必须按照消毒规范严格消毒<sup>[3]</sup>。

**1.7 运动护理要适当** 艾滋病合并淋巴瘤患者一定要适当地运动。对于他们来说,增强身体抵抗力是最关键的。因此,要在患者力所能及的情况下做些适当的运动。千万不要没事也

卧床时间过长,身体会变得虚弱懒散,不利于病情的恢复。另外要特别注意的是,千万不要为难或者强迫患者去运动,如果患者感觉不适就应该立刻休息。因此,对于患者的运动护理,关键的就是要适当。选择患者喜欢的,同时对于病情恢复有帮助的运动才是最佳的选择。

## 2 结 果

22 例患者通过有效治疗和精心护理,21 例患者有良好的治疗依从性,顺利地进行化疗疗程;1 例患者并发症严重,不适合化疗,转本院艾滋病科治疗。

## 3 讨 论

目前艾滋病合并淋巴瘤患者尚不能被治愈,主要治疗目标是延长患者的生存时间和改善患者的生存质量。由于艾滋病合并淋巴瘤患者机体免疫力低下,机体难以恢复,为了创造有利化疗时机,使患者顺利完成化疗疗程,在临床护理工作,应根据患者具体情况,加强对患者的心理护理、化疗期间各种症状护理、饮食指导,使患者完全信赖护理人员,能按时、坚持按计划完成化疗疗程。由于艾滋病通过血液、体液传播,在护理工作中护理人员要加强职业防护,严格遵守操作规则,防止医源性感染和交叉感染,防止职业暴露。通过对 22 例艾滋病合并淋巴瘤患者的精心护理及对艾滋病相关知识的学习,护理人员克服了心理障碍,更好地为艾滋病合并淋巴瘤患者提供了良好的医疗护理服务。

## 参考文献

- [1] 张泽柏. 艾滋病合并淋巴瘤 6 例分析[J]. 中国癌症杂志, 2009,19(9):727-728.
- [2] 曹权,曾慧颖. 肺癌合并糖尿病化疗 54 例临床观察及护理[J]. 内科,2010,5(6):657-658.
- [3] 熊毅,唐月璐. 恶性肿瘤合并人类免疫缺陷病毒感染患者的护理[J]. 检验医学与临床,2009,6(16):1387-1388.

(收稿日期:2011-08-22)

# 肿瘤专科护理风险防范措施探讨

陶静楠,秦亚辉,关琼瑶,邢煜,缪云仙(昆明医学院第三附属医院/云南省肿瘤医院化疗中心内二科,昆明 650118)

**【摘要】 目的** 探讨风险防范在肿瘤临床护理管理中的应用效果。**方法** 针对日常护理工作中存在的不安全因素,完善制度建设、强化制度落实、建立有效预警、强调重点控制、提高业务素质、构建和谐关系。**结果** 护理风险管理实施 2 年,与实施前比较,护理缺陷发生率降低,护理实施前后相比为 0.12% : 0.42%;褥疮为 0.12% : 0.60%;跌倒为 0.04% : 0.13%;导管脱落为 0.28% : 0.79%;导管感染为 0.42% : 1.4%;自杀为 0.01% : 0.07%;患者满意度由 90.3% 提高到 98.0%。**结论** 在肿瘤专科护理中实施护理风险管理可有效提高护理质量,能为患者提供安全的诊疗服务。

**【关键词】** 肿瘤专科; 临床护理; 风险管理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.04.063 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)04-0490-02

患者安全是一个严肃的全球公共卫生问题。统计数字表明,在发达国家,每 10 名患者即有 1 名患者在接受医院治疗时受到伤害。随着医学科学技术的迅速发展,医院护理工作日趋复杂化,加之肿瘤患者因心理、病情及治疗存在特殊性,护理安全就显得尤为重要,已成为肿瘤专科医院衡量护理质量的重要指标。本文旨在针对肿瘤临床护理中存在的风险因素,采取完善护理制度,改进护理工作,降低缺陷的发生。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 统计护理风险管理制度完善实施前 2008 年(n=21 938)及实施后 2009 年、2010 年(n=57 846)全院护理缺陷发生率、住院患者满意度,两者进行比较。

### 1.2 方法

**1.2.1 完善制度建设** 修订和补充护理风险管理制度、实施流程、应急预案 13 项,明确护理风险防范措施及质量标准。针