

· 案例分析 ·

HIV 相关性淋巴瘤 R-EPOCH 方案化疗的护理*

石 洋¹, 何 亮^{2△}, 王云岩¹

(1. 重庆大学附属肿瘤医院/重庆市肿瘤研究所/重庆市肿瘤医院血液肿瘤科 400030;

2. 陆军军医大学新桥医院肾内科 400037)

关键词: 人类免疫缺陷病毒; 淋巴瘤; 联合化疗方案; 鞘内注射; 护理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.23.054 文献标志码: C 文章编号: 1672-9455(2017)23-3564-03

人体感染人类免疫缺陷病毒(HIV)后,因 HIV 特异性攻击 CD4⁺T 淋巴细胞,造成免疫系统功能进行性破坏,导致各种机会性感染和相关肿瘤发生。HIV 相关性淋巴瘤发现于 1984 年,是发病率最高的获得性免疫缺陷综合征(AIDS)定义型肿瘤,98% 的患者为淋巴结外疾病^[1],其发生极具侵略性,呈现散播性、高度恶性,且有难治愈、预后极差的特点^[2],在感染 HIV 3 年的患者中,其发病率是普通人群的 165 倍^[3]。由于该疾病的不可治愈性和社会存在的歧视与恐惧,患者难免承受来自自身心理和家庭社会的双重压力。加上 HIV 相关性淋巴瘤患者往往病情重,预后差,患者在病程的不同时期都将面临不同程度的心理障碍,如能在治疗过程中能及时地向患者交流治疗的必要性并及时给予患者良好的心理支持等措施将对患者的身心起到积极的作用^[4-6]。

重庆市肿瘤医院血液肿瘤科室 2016 年 1—12 月给予 18 例 HIV 相关性淋巴瘤患者利妥昔单抗(Rituximab)+表柔比星(EPI-ADM)+长春新碱(VCR)+依托泊苷(Etoposide)+环磷酰胺(CTX)+泼尼松(PDN)(R-EPOCH 方案)化疗联合阿糖胞苷鞘内注射治疗,取得一定的疗效。现将护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本科室 2016 年 1—12 月收治的 HIV 相关性淋巴瘤患者 21 例,均为男性;年龄 29~79 岁,中位年龄 48.6 岁。患者 HIV 抗体确认试验均为阳性,经组织病理学检查确诊为恶性淋巴瘤。其中就诊时主要临床表现:淋巴结肿大 14 例,扁桃体肿大 3 例,牙龈肿大 2 例,肛周肿块 1 例,全身淋巴结肿大伴内脏多发转移灶 1 例。

1.2 方法 21 例患者入院后均完善各项相关常规检查,根据淋巴瘤多学科联合会诊(MDT)制定的方案进行规范化抗肿瘤治疗。其中共有 18 例患者接受了 R-EPOCH 方案化疗联合阿糖胞苷鞘内注射治疗方案,具体方法:第 1 天给予利妥昔单抗 375 mg/m²,用 0.9% 生理盐水稀释至 1 mg/mL 静脉滴注,起初滴注速度为 50 mg/h,无不适反应者,可每 30 min 增加 50 mg/h,最大速度不超过 200 mg/h。利妥昔单抗用药前 30 min 给予静脉注射地塞米松 5 mg 和西咪替丁 0.2~0.4 mg,预防利妥昔单抗的过敏反应。第 2 天开始,给予 EPOCH 方案化疗 5 d:表柔比星 12 mg/m²,长春新碱 0.4 mg/m²,依托泊苷 50 mg/m²,溶解于 0.9% 生理盐水 500 mL 持续静脉泵入 96 h(第

2~5 天);第 6 天给予环磷酰胺 750 mg/m²,静脉推注;第 2~6 天,泼尼松 60 mg/m²,口服。化疗前 30 min 常规给予托烷司琼 5 mg 静脉滴注,预防消化道不良反应。第 7 天给予阿糖胞苷 75 mg 加地塞米松 5 mg 进行鞘内注射。21 d 为 1 个疗程,共 6~8 个疗程。整个化疗期间坚持抗病毒治疗。

1.3 心理护理

1.3.1 动态心理评估 HIV 感染的不可治愈性不但让患者承受来自疾病本身的折磨,还存在不同程度的心理痛苦。大部分患者面对死亡,面临社会孤立和歧视的同时,也承受着来自家庭、亲友、生活、经济因素等各方面的压力^[7]。此外,HIV 相关性淋巴瘤的病程较长和使用化疗药物后产生的不良反应往往加深了患者的心理障碍,从而容易产生焦虑、愤怒、恐惧、抑郁等消极心理,甚至出现自杀倾向等,若处理不当往往导致家庭的悲剧及对社会的威胁^[8-9],有研究显示,在常规护理过程中开展心理护理有助于降低患者的负向心理情绪^[10]。本研究采用美国国立综合癌症网(NCCN)推荐的心理痛苦管理筛查工具(DMSM),对患者进行心理痛苦评估。它包括心理痛苦温度计(DT)和心理痛苦相关因素调查表(PL)2 部分。DT 以 0~10 刻度数字代表心理痛苦程度,0 分表示没有痛苦,1~3 分表示轻度痛苦,4~6 分表示中度痛苦,7~9 分表示重度痛苦,10 分表示极度痛苦。PL 包括实际问题、交往问题、情绪问题、身体问题、信仰宗教问题及其他问题共 6 个方面。评估前先指导患者和家属理解 DT 和 PL 的内容。患者入院 24 h 内由责任护士根据 DT 完成首次心理评估,分值记录在入院评估单上。DT<4 分时,在患者住院期间动态了解其心理状况,特别是在疾病确诊时、首程化疗前或病情变化时随时评估。DT≥4 分时,建立心理痛苦动态评估表,应用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评估工具进行再评估。每周评估并记录 1 次,同时报告科室的心理疏导员、护士长及主管医生,并列出口头及书面交班内容。

1.3.2 个性化心理干预 医护人员首先对患者病情充分理解,给予患者尊重和关爱;其次不歧视患者并注意保护其隐私,与患者多交谈开导,鼓励他们积极应对;再次加强与其家属沟通,给予患者精神上和心理上支持。当患者 DT<4 分时,责任护士根据 PL 给予相应的情感支持、认知干预、心理疏导等干预措施。根据住院期间不同患者的具体情况,如病情、年龄、文化层次,对疾病知识的了解程度等选择合适的时机和方式,向

* 基金项目:重庆市卫生和计划生育委员会医学科研面上项目(2016MSXM087)。

△ 通信作者,E-mail:tnanstar@qq.com。

患者及家属讲解疾病的相关知识,强调抗病毒治疗及化疗的重要性,即抗病毒治疗必须坚持每天按时、按量,终生服药,并要求患者在任何情况下不能自行停药;进一步讲解化疗药物的相关知识,告知患者在化疗期间注意观察可能出现的一系列不良反应,如恶心、呕吐、腹泻、发热、脱发、尿液颜色变化等,使患者对自己的治疗、用药及护理进一步加深了解。当 DT \geq 4 分时,由责任护士或组长、心理疏导员、主管医师分层进行心理干预;若干预无效者,请心理咨询师或心理治疗师会诊,进行诊断性评估后给予心理治疗,必要时由精神专科医师给予药物治疗。此外,还尽量安排同病种的患者同房间居住,并利用互联网平台建立了专属爱心微信群,方便患者间相互交流和鼓励,消除负性情绪。为患者提供个体化的分层级心理干预措施,缓解了患者在患病期间的痛苦,帮助其树立战胜疾病的信心。

1.4 化疗护理

1.4.1 确保用药安全 护理人员参与淋巴瘤多学科联合会诊讨论,熟悉化疗方案。为保证用药安全,化疗前一天检查化疗知情同意书是否签署,完成化疗前健康教育及血管评估工作。化疗方案中表柔比星及长春新碱均为强刺激性药物,且需要持续静脉泵入 96 h,药液一旦外渗可引起剧痛、组织坏死,甚至局部致残。因此在首程化疗前,责任护士与患者充分沟通,采取主动静脉治疗方式,取得患者的知情同意,给予 B 超引导下经外周静脉穿刺中心静脉置管,避免药液外渗,确保化疗顺利完成。化疗当天两名护士仔细核对化疗医嘱,并与主管医生再次确认无误后,方可执行。根据医嘱合理安排用药顺序,严格按照输注要求,使用静脉输液泵控制输注速度,以保证药物及时、准确、有效的输入患者体内。

1.4.2 密切观察病情变化 使用利妥昔单抗可产生一系列不良反应,如过敏反应、直立性低血压、气管痉挛、呼吸困难等;表柔比星具有心脏毒性,可引起心律失常,严重时可出现心力衰竭,因此在整个化疗期间应持续对患者进行心电监护。尤其在首次使用利妥昔单抗时,应配备相关急救物品,严格遵循使用原则,注意输注速度,严密观察患者病情变化。开始用药的前半小时,每 5、10、15、30 min 观察并记录 1 次生命体征及血氧饱和度变化,若无不良反应发生,则以后每隔 30 min 观察并记录 1 次。当患者出现面色发白、畏寒、寒战、胸闷、心慌不适等症状,或体温升高至 38℃ 及以上、血压下降至 90/60 mm Hg、心率显著增加时,将利妥昔单抗滴注药物速率减半,并给予物理降温、补液治疗等对症处理;一旦发生严重过敏反应,则立即停药并及时抢救,让患者卧床休息、保暖,给予低流量吸氧,更换 0.9% 生理盐水维持静脉通道,遵医嘱给予地塞米松 5~10 mg 静脉推注或异丙嗪 25 mg 肌肉注射等抗过敏治疗。待过敏反应缓解后 1 h,减慢输注速度以 25 mL/h 开始滴注,并根据患者的耐受情况逐渐缓慢增加,直至滴注完毕。经统计,本组患者均未发生严重过敏反应。

1.4.3 减轻化疗不良反应 恶性肿瘤化疗时,采用的药物在不同程度上都会对胃肠道产生不良反应^[11-12]。其中最常见的是恶心、呕吐、食欲下降等症状。为减轻药物对消化道的刺激,常规输注化疗药物前 30 min 遵医嘱给予 0.9% 生理盐水 100 mL 配置盐酸托烷司琼 5 mg 静脉滴注。鼓励患者在化疗期间多饮水,保证每日尿量在 3 000 mL 以上。指导患者晨起、睡前及三餐后使用淡盐水漱口,保持口腔清洁。少食多餐、宜

选择清淡、易消化的食物,忌辛辣刺激的食物及含 5-羟色胺-3 丰富的食物,如香蕉、茄子、核桃等,同时加强静脉营养支持治疗。

1.4.4 积极预防感染 化疗期间患者抵抗力降低,加上 HIV 病毒本身也会对患者免疫系统进行破坏,极易诱发感染,应要做好预防感染的护理措施:指导患者注意个人卫生,保持口腔、皮肤、肛周易感染部位的清洁,告知患者避免去人群聚集的场所;化疗后患者若出现 IV 度骨髓抑制时,给予保护性隔离措施,将患者安置于单人病房,每日定时开窗通风,紫外线消毒 2 次、每次 30 min 至 1 h,用 5% 含氯消毒液擦拭床单位及地面消毒等;嘱患者绝对卧床休息,限制探视;护士严格执行无菌技术,密切监测患者的体温变化,并注意观察血常规结果,尤其是白细胞、中性粒细胞及血小板的变化,遵医嘱给予相应药物治疗。

1.5 鞘内注射护理 操作前向患者及家属详细说明鞘内注射的目的、意义及相关注意事项,取得患者的理解与配合。嘱患者排空大小便,协助其弯腰侧卧位,并做好穿刺物品及药品的准备工作:将阿糖胞苷 75 mg 溶解于 0.9% 生理盐水 3 mL,地塞米松 5 mg 溶解于 0.9% 生理盐水 2 mL;术中严格执行无菌操作规程,协助医生进行腰椎穿刺、抽取 5 mL 脑脊液送检,并分别缓慢注入配好的药液;鞘内化疗后去枕平卧 4~6 h,密切观察患者有无低颅性头痛、恶心、呕吐、发热等症状,局部穿刺点有无渗血、渗液。本组 18 例患者鞘内注射后无头晕、头痛、恶心、呕吐等不良反应,局部敷料干燥,无渗血、渗液。

1.6 职业防护 参与 HIV 相关性淋巴瘤患者治疗护理的医护人员,都面临 HIV 职业暴露高风险。首先,科室根据《医务人员艾滋病病毒职业暴露防护工作指导原则》与《血源性病原体职业接触防护导则》对全科医护人员进行了 HIV 相关知识的强化培训,以增强其职业防护意识。其次,在每例患者的床头卡上都悬挂科室自制爱心小标识,提醒每位医护人员在为患者行各项检查、操作时都严格执行消毒隔离制度,实行标准化预防,采取必要的职业安全防护措施,尤其是进行各种侵入性检查、治疗、护理时,严格执行操作规程避免发生职业暴露。化疗期间全部使用经外周静脉穿刺中心静脉输液管道连接正压接头,采用无针连接,减少针刺伤的发生。对接触患者的血液、体液或疑似被血液、体液污染的物品时带双层手套,患者使用所产生的医用垃圾按医疗废物分类处理,并用防渗漏容器外加双层黄色医疗垃圾袋盛装并扎紧,外贴“HIV”特殊感染警示标识,由医院废弃物处理机构收集后统一处理。

2 结果

18 例患者依从性较好,顺利完成疗程 126 例次;其中 1 例患者并发症严重,经评估不适合继续化疗后,放弃治疗自动出院。

3 体会

近年来,随着 HIV 感染患者的增多,AIDS 并发恶性肿瘤的发病率也呈逐年上升的趋势^[13],本研究中收治 HIV 相关性淋巴瘤的患者例数也日益增加。HIV 相关性淋巴瘤治疗过程复杂,预后差。本组患者采用 R-EPOCH 方案化疗联合阿糖胞苷鞘内注射方案治疗,疗效较好,在重庆市也取得了较好的社会效应。通过对 18 例 HIV 相关性淋巴瘤患者的精心护理及对相关专业知识的学习,医护人员克服了心理障碍,尊重、理解

并关心患者,保护其隐私;加强了职业防护意识,严格遵守各项操作规程,杜绝了医源性感染和交叉感染;掌握了疾病相关知识及各种化疗药物的作用原理和不良反应,保证按时、按量、准确给药;密切观察患者病情,及时、有效的预防并发症的发生;同时,加强了与患者及家属的沟通交流,动态评估患者的心理状态、充分掌握患者的心理反应、主动提供个性化的心理干预措施,使患者以良好的心态积极配合治疗,最终有助于取得满意的治疗效果,从而延长其生存期限,提高生活质量。

参考文献

- [1] Ziegler JL, Beckstead JA, Volberding PA, et al. Non-Hodgkin's lymphoma in 90 homosexual men. Relation to generalized lymphadenopathy and the acquired immunodeficiency syndrome[J]. N Engl J Med, 1984, 311(9): 565-570.
- [2] Rowe M, Fitzsimmons L, Bell AI. Epstein-Barr virus and Burkitt lymphoma[J]. Chin J Cancer, 2014, 33(12): 609-619.
- [3] Xiao X, Li H, Jin H, et al. Identification of 11(13)-dehydroivaxillin as a potent therapeutic agent against non-Hodgkin's lymphoma[J]. Cell Death Dis, 2017, 8(9): e3050.
- [4] 秦艳秋,曹书荣,梁影影. 个性化心理干预对 HIV/AIDS

患者行为的影响[J]. 国际流行病学传染病学杂志, 2016, 43(6): 424-426.

- [5] 徐艳,范春红. 心理护理干预对 HIV/AIDS 免疫系统的影响探讨[J]. 中国误诊学杂志, 2011, 11(14): 3364.
- [6] 杨娜丽. 艾滋病患者的心理护理[J]. 检验医学与临床, 2007, 4(6): 535-536.
- [7] 邱兰英,杨树平. 艾滋病患者的心理护理[J]. 中国医药指南, 2015, 13(14): 255-256.
- [8] 张小芹,杨磊,陈君红,等. GDP 方案治疗复发或难治性非霍奇金淋巴瘤 53 例临床护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 18(3): 8-9.
- [9] 曾慧频,韦美进,曹权. 艾滋病合并非霍奇金淋巴瘤病人的化疗护理[J]. 内科, 2009, 4(4): 653-654.
- [10] 李晓萍,喻奉梅. 120 例艾滋病患者的心理护理[J]. 当代护士, 2014, 9: 137-138.
- [11] 赵晓茜. 美罗华联合 EPOCH 方案治疗 25 例非霍奇金淋巴瘤病人的护理[J]. 全科护理, 2011, 9(6): 1542-1543.
- [12] 赵秀珍. 艾滋病合并 B 细胞非霍奇金淋巴瘤患者的护理[J]. 检验医学与临床, 2012, 9(4): 489-490.
- [13] 王文学,肖龙. 艾滋病并右肺中央型肺癌肺结核 1 例并文献复习[J]. 实用医学杂志, 2008, 24(15): 2660-2661.

(收稿日期:2017-04-29 修回日期:2017-07-28)

(上接第 3558 页)

等有一定的预见作用。然而,由于 CEA、CA724 及 CA199 等肿瘤标志物在其他恶性肿瘤中也可呈阳性,且其水平在肿瘤的不同分期、不同肿瘤细胞种类中也存在差异,因此,与单项检测比较,肿瘤标志物联合检测可更全面地反映肿瘤的组织浸润、淋巴转移等方面,提高胃癌检测的阳性率。研究结果显示,采用 CEA、CA724 及 CA199 双联及三联检测的灵敏度明显高于单项检测,其中,CEA+CA724+CA199 三联检测的灵敏度最高,特异度也处于较高水平,提示联合检测可减少临床胃癌漏诊率,使胃癌的早期筛查更加准确、可靠。

综上所述,血清 CEA、CA724 及 CA199 与胃癌的发生、发展密切相关,可作为胃癌早期的辅助诊断指标,肿瘤标志物联合检测可提高胃癌检测的灵敏度,对于胃癌早期筛查具有重要临床意义。

参考文献

- [1] 李斌,刘洪敏,丁学伟,等. 胃癌外科研究中的争论[J]. 中华胃肠外科杂志, 2016, 3(19): 347-350.
- [2] 梁大立,李介华,陆灶其,等. 血清癌胚抗原、糖类抗原 199、糖类抗原 724 检测对胃癌的诊断价值[J]. 医学检验, 2012, 28(9): 89-95.
- [3] 徐明星,李曼,彭波,等. 肿瘤标志物联检在胃癌早期诊断临床应用研究[J]. 中国实验诊断学, 2014, 18(6): 899-902.
- [4] 陆俊俊,钱烨,连强. 胃癌遗传学及表遗传学研究进展[J]. 中国医药导报, 2013, 10(19): 43.

- [5] 张俊,王永斌,彭海林,等. 血清胃蛋白酶原和 CEA 及 CA199 与 CA724 联合检测对胃癌诊断价值研究[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2015, 12(B22): 176-178.
- [6] Chakravarty T, Crane CH, Ajani JA, et al. Intensity-modulated radiation therapy with concurrent chemotherapy as preoperative treatment for localized gastric adenocarcinoma[J]. Inter J Radiat Oncol Biol Phys, 2012, 83(2): 581-586.
- [7] 陈宇. 胃癌患者血清 CEA、PGI 和 E-Cad 联检的临床意义[J]. 放射免疫学杂志, 2012, 25(6): 686-687.
- [8] 季加孚,李浙民,薛侃. 大数据与精准医疗时代胃癌诊治策略[J]. 中国实用外科杂志, 2015, 10(35): 1033-1036.
- [9] 宋子正,李靖华,臧爱民,等. 曲妥珠单抗联合化疗对 HER2 阳性晚期胃癌患者疗效及血清肿瘤标志物的影响[J]. 中国药房, 2016, 27(23): 3249-3251.
- [10] 许沈华,凌雨田,朱赤红,等. 外周血肿瘤标志物检测在胃癌患者长期生存的意义[J]. 中国病理生理杂志, 2015, 10(31): 1845.
- [11] 王一帆,毕清,任宏轩. 联合检测血清肿瘤标志物诊断非小细胞肺癌的研究进展[J]. 南昌大学学报(医学版), 2013, 11(1): 131-143.
- [12] 李娜,崔文博. 多肿瘤标志物联合检测诊断消化系统肿瘤探讨[J]. 中国药物经济学, 2012, 12(6): 164-165.

(收稿日期:2017-06-22 修回日期:2017-08-25)