

体会[J]. 中国医药创新, 2009, 6(25): 132-133.

[2] 郭爱敏, 韩江娜, 王萍, 等. 慢性阻塞性肺疾病患者日常活动状况及相关因素分析[J]. 中华护理杂志 2010, 45(5): 409-412.

[3] 胡洁, 薛静佟, 焕卓. 护理干预对老年慢性阻塞性肺疾病患者肺功能及生活质量的影响[J]. 国际护理学杂志, 2012, 31(10): 1832-1833.

[4] 黄鹤鑫, 贾晓燕. 化疗前心理干预对癌症患者化疗依从性的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2009, 18(29): 3631-3632.

[5] 李淑华. 慢阻肺伴呼吸衰竭患者雾化吸入的选择及护理[J]. 中国实用医药, 2009, 4(22): 216-217.

[6] 陆利. 护理干预在 52 例慢性阻塞性肺疾病患者中的应用[J]. 现代护理, 2013, 11(22): 124-125.

[7] 胡国英, 马金凤, 刘淑贤, 等. 慢性阻塞性肺疾病的康复护理[J]. 护理实践与研究, 2008, 5(10): 62-63.

[8] 赵鸣武. 加强慢性阻塞性肺疾病的康复治疗研究[J]. 中国实用内科杂志, 2005, 25(2): 98-99.

[9] 王影. 慢跑对老年人心、肺功能的影响[J]. 心血管康复医学杂志, 2005, 14(2): 104-105.

[10] 程霞. 护理干预对老年慢性阻塞性肺疾病患者生存质量的影响[J]. 吉林医学, 2013, 34(24): 5083.

[11] 骆桂红, 潘娟, 高伟伟, 等. 护理干预对老年慢性阻塞性肺疾病患者临床疗效的影响[J]. 国际护理学杂志, 2012, 31(9): 1602-1603.

(收稿日期: 2013-12-30 修回日期: 2014-02-03)

原发性胃肠道淋巴瘤的护理经验

周 影, 程予波(四川省成都市三六三医院肿瘤科 614000)

【摘要】 目的 探讨原发性胃肠道淋巴瘤的护理经验。**方法** 回顾性分析 2009 年 1 月至 2013 年 10 月成都市三六三医院肿瘤科收治的 13 例原发性胃肠道淋巴瘤患者的临床资料、症状管理、化疗毒副反应观察和处理等方面的内容。**结果** 化疗期间患者出现的主要毒副反应有: 恶心、呕吐等胃肠道反应 13 例(100.0%), 骨髓抑制 7 例(53.8%), 脱发 3 例(23.1%)。随访至今分别已达 12~42 个月, 完全缓解率 92.3%, 复发率 7.7%, 3 年无事件生存率 92.3%。**结论** 护理人员应关注患者的症状, 做好化疗期间不良反应监测及健康教育, 以提高患者生活质量。

【关键词】 胃肠道; 淋巴瘤; 原发性; 护理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.14.057 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)14-2014-02

胃肠道原发性淋巴瘤属于结外淋巴瘤中的一种, 以非霍奇金淋巴瘤最为多见, 约占淋巴瘤结外非霍奇金淋巴瘤的 30%~45%^[1], 近年来其发病率有上升趋势^[2]。目前, 该类疾病治疗以化疗为主, 大剂量化疗冲击疗法给患者带来潜在危害的同时, 也对肿瘤科护理人员提出了更高的要求。作者总结了本院 2009 年 1 月至 2013 年 10 月肿瘤科收治的消化道原发性淋巴瘤 13 例患者的临床资料, 旨在通过对该类疾病的总结分析, 归纳其良好的护理经验, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组共收集 2009 年 1 月至 2013 年 10 月 13 例经内镜、手术及病理证实的消化道原发性非霍奇金淋巴瘤患者的临床资料, 其中男 8 例(61.5%), 女 5 例(38.5%); 年龄 25~87 岁, 中位年龄 60 岁; 病程 2~18 个月。病理分型: 弥漫大 B 细胞 10 例, T 细胞型 2 例, NK 细胞型 1 例。上腹部隐痛 10 例(76.9%), 恶心、呕吐 9 例(69.2%), 体型消瘦 7 例(53.8%), 发热 4 例(30.8%), 黑便 3 例(23.1%)等。

1.2 治疗方案 本组患者均经手术治疗后, 进行了联合化疗, 11 例实施了 CHOP 方案化疗(环磷酰胺+长春新碱+阿霉素+泼尼松); 2 例 CD20 阳性患者加用了美罗华, 采用了 R-CHOP 方案。

2 结果

化疗期间患者出现的主要毒副反应有: 恶心、呕吐等胃肠道反应 13 例(100.0%), 骨髓抑制 7 例(53.8%), 脱发 3 例(23.1%)(表 1)。随访至今分别已达 12~42 个月, 完全缓解率(CR)92.3%, 1 例复发, 3 年无事件生存率(EFS)92.3%。

表 1 本组患者化疗毒副反应情况(n)

毒副反应	n	I	II	III	IV
恶心、呕吐	13	1	4	8	0
白细胞下降	7	3	2	0	2
脱发	3	3	0	0	0

3 讨论

3.1 症状管理 消化道原发性淋巴瘤多为非霍奇金淋巴瘤, 占原发性胃肠道恶性肿瘤不到 4%^[3], 发病部位以胃多见, 其次为小肠、结肠。有研究报道, 有 50% 的患者在确诊时已经超过了 60 岁, 其发病年龄越来越大^[4]。本组病例患者年龄为 25~87 岁, 中位年龄 60 岁, 符合国内、外学者报道水平。原发性胃肠道非霍奇金淋巴瘤的临床表现无特殊性, 与普通胃肠道肿瘤较为相似。本组病例中 76.9% 的患者主诉腹部不适, 约一半以上患者伴恶心、呕吐、体型消瘦等, 部分患者伴有黑便、高热等。因此症状管理是淋巴瘤护理工作中的重点之一。

乏力、食欲下降是消化道原发性非霍奇金淋巴瘤常有的症状之一, 患者因此可能出现消瘦和精神心理方面的困扰。因此护士应做好患者的健康教育, 包括饮食指导、非药物性干预方法等, 安抚其情绪。给予改善食欲的膳食及药物, 鼓励患者进食多种蛋白质、维生素含量较高的食物, 维持全身营养平衡。本组患者中 3 例出现黑便, 提示有消化道出血, 应密切观察患者出血情况, 包括大便颜色、量、性状, 是否伴有鲜血便或呕血征兆, 是否伴有神志变化、血压下降、心率增快等生命体征不稳

定征象,以便及时发现消化道大出血的前兆,给予救治。恶性淋巴瘤全身症状以发热、消瘦较为常见,热型多不规则,可连续几天呈持续高热。本文针对 4 例出现持续高热的患者采取了物理降温联合药物降温的方法,对 2 例持续高热不退的患者,抽取血标本,以排除感染性发热。在处理发热的过程中,及时协助患者更换潮湿衣物,还应观察患者是否出现心慌、头晕等虚脱症状,必要时给予补液。在消化道原发性非霍奇金淋巴瘤的症状管理中,还需要注意潜在的严重并发症,如穿孔、梗阻、出血等。

3.2 化疗护理 化疗是治疗恶性肿瘤的四大手段之一,其主要作用机制是药物与人体细胞 DNA 结合,阻断或干扰 mRNA 或蛋白质合成、诱导细胞凋亡而达到抑制肿瘤生长的目的。大多数淋巴瘤对化疗较为敏感,5 年生存率较一般上皮来源的恶性肿瘤高^[5]。消化道原发性非霍奇金淋巴瘤,尤其是侵袭性淋巴瘤的治疗依赖于大剂量、多疗程联合化疗。护理人员主要的职责是建立合适的血管通路,监测化疗的毒副反应,及时提供正确的支持性治疗,并给予患者相应的健康教育。为了减轻化疗药物对局部血管的刺激、明显降低静脉炎及药物渗漏发生率,本科室均采用中心静脉置管途径输注化疗药物。治疗非霍奇金淋巴瘤采用大剂量化疗 CHOP 方案主要的不良反应包括:脱发、恶心、呕吐、便秘、周围神经毒性反应、骨髓抑制、心脏毒性、黏膜炎等^[4,6]。

3.2.1 骨髓抑制是化疗药物最常见的毒性反应之一,其主要表现:造血细胞三系均减少,白细胞明显下降、血小板减少、凝血功能障碍。化疗期间患者应每周至少检查血象 1~2 次。当白细胞低于 $2 \times 10^9/L$ 时,应立即停止化疗,同时将患者予保护性隔离、用紫外线灯进行房间空气消毒,至少每天 1 次,直至解除隔离,给予重组人粒细胞集落因子皮下注射,1 次/天,嘱患者减少外出,限制探视。如果出现了发热性嗜中性粒细胞减少症^[7-8],即白细胞减少到 $1 \times 10^9/L$,体温大于或等于 $38.5^\circ C$ 时,属于临床急症,应警惕是否出现了危及生命的败血症。因此,当出现骨髓抑制时,还需要监测患者的体温变化,以便及时发现全身感染征兆。本组患者有 2 例化疗后出现了 IV 度骨髓抑制,经过以上处理后好转。

3.2.2 恶心、呕吐等不良胃肠道反应是化疗期间常见的反应,可能是由于化疗药物刺激中枢催吐感受区或造成急性胃黏膜损伤所致。本组资料中 100.0% 的患者出现了不同程度的胃肠道反应,呕吐导致药物利用率降低,故在用药前和用药后应及时给予止吐药物(5-羟色胺受体抑制剂等)^[9]。此外,护理人员需密切观察患者呕吐物的量及性质,一旦发现褐色或血性液体或黄色胆汁等,应立即停药观察,避免发生急性胃炎、胃溃疡、胃出血等严重并发症。同时根据患者机体缺水状况,及时补充液体,达到电解质平衡。护理人员还应定期检查患者口腔黏膜有无糜烂、溃疡,叮嘱其注意保持口腔清洁。

3.2.3 特殊化疗毒副反应的观察。阿霉素、长春新碱等化疗药物均可引起不同程度的皮炎性损害,包括大量脱发。本组患者中有 3 例出现了轻度脱发,护理人员需告知患者及其家属这类不良反应,耐心解释头发的生长规律、周期,以减轻患者的自卑心理、消除其顾虑。此外,阿霉素对心肌有一定的损伤作用,化疗期间应安置心电监护仪,护理人员需密切观察患者心脏节律、脉搏等情况,注意患者的主述,有无心慌、胸闷等症状,一旦发生心律失常,应及时给予治疗与抢救。环磷酰胺可出现出血

性膀胱炎,需要向患者交代观察尿液的颜色、量、性状,是否有尿路刺激征症状,大量补充水分。美罗华抗 CD20 单克隆抗体治疗时,可能会出现毒副反应包括心绞痛、心律不齐、血液学改变、肿瘤溶解综合征、关节肌肉痛等^[10-11]。

原发性胃肠道非霍奇金淋巴瘤是一种较为少见的恶性淋巴瘤,其发病机制尚不清楚。护理人员应关注患者的症状管理,做好化疗期间的不良反应监测以及健康教育,以便改善预后、提高患者生活质量。

参考文献

[1] Velickovic D, Sabljia P, Ebrahimi K, et al. Upper gastrointestinal bleeding as a surgical complication of primary gastric lymphoma[J]. Acta Chir Jugosol, 2007, 54(1): 131-134.

[2] Erkurt MR, Hydogdu I, Kuku I, et al. Clinicopathologic characteristics and therapeutic outcomes of primary gastrointestinal non-Hodgkin's lymphomas; 10 years of experience from single center in eastern Anatolia[J]. Med Princ Pract, 2009, 18(5): 399-406.

[3] Koch P, del Valle F, Berdel WE, et al. Primary gastrointestinal non-Hodgkin's lymphoma; I. Anatomic and histologic distribution, clinical features, and survival data of 371 patients registered in the German Multicenter Study GIT NHL 01/92[J]. J Clin Oncol, 2001, 19(18): 3861-3873.

[4] Waldman AR. Understanding Non-Hodgkin's lymphomas[J]. Clin J Oncol Nurs, 2003, 7(1): 93-96.

[5] Matsusaka K, Kaneda A, Nagae G, et al. Classification of Epstein-Barr virus-positive gastric cancers by definition of DNA methylation epigenotypes[J]. Cancer Res, 2011, 71(23): 7187-7197.

[6] Anderson-Reitz L. Dose-dense chemotherapy for aggressive non-Hodgkin lymphoma[J]. Cancer Nurs, 2006, 29(3): 198-206.

[7] Dale D. Current management of chemotherapy-induced neutropenia; the role of colony-stimulating factors[J]. Semin Oncol, 2003, 30(Suppl 13): 3-9.

[8] Fortner BV, Stolshek BS, Tauer KW, et al. Final analysis: chemotherapy induced neutropenia (CIN) is associated with lower quality of Life (QoL) in patients (pts) with cancer[J]. Ann Oncol, 2002, 13(Suppl 5): 174-179.

[9] Navari RM. Management of chemotherapy-induced nausea and vomiting. focus on newer agents and new uses for older agents[J]. Drugs, 2013, 73(3): 249-262.

[10] Kosits C, Callaghan M. Rituximab; a new monoclonal antibody therapy for non-Hodgkin's lymphoma[J]. Oncol Nurs Forum, 2000, 27(1): 51-59.

[11] Chubb EA, Maloney D, Farley-Hills E. Tumour lysis syndrome; an unusual presentation[J]. Anaesthesia, 2010, 65(10): 1031-1033.