

占 98%;死亡 1 例,占 2%。从以上数据可以看出,急性呼吸衰竭患者的转运不是一个简单的运输过程,转运途中护理人员必须要有高超的护理抢救技术,扎实的理论基础,良好的心理素质和应变能力,为了确保转运安全,必须定期对转运人员进行专业技能训练,心理素质培训,使他们熟练掌握心肺复苏、气管插管等急救技术,以提高转运成功率。

参 考 文 献

[1] 叶青,李青,张艳平. 肺弥漫性改变伴急性呼吸衰竭 32 例临床

分析. 中华中西医杂志,2003,4(4):7.

[2] 邓惠萍. 急诊患者的院内安全转运. 齐齐哈尔医学院学报, 2003,24(7):804.

[3] 朱艳萍,杨言诚,刘夕珍,等. 预充氧对减少吸痰导致的组织缺氧的临床观察. 中华护理杂志,1999,34(12):714-716.

吉非替尼一线治疗非小细胞肺癌 24 例疗效观察

奚和明

【摘要】 目的 观察并分析吉非替尼一线治疗非小细胞肺癌的临床疗效以及安全性。**方法** 选取我院经病理学或细胞学检查确诊的 24 例非小细胞肺癌患者,应用吉非替尼口服 250 mg,1 次/d,坚持治疗直至肿瘤有所进展或者是出现严重的不良反应。**结果** 24 例病例中完全缓解(CR)为 0,部分缓解(PR)为 50%,有效率为 50%,疾病稳定(SD)为 25%(6/24);疾病控制率是%,疾病进展(PD)为 25%(6/24)。与药物相关的不良反应主要为皮疹和腹泻。**结论** 吉非替尼一线治疗非小细胞肺癌的临床疗效较好,能够明显有效改善症状,减轻毒副作用,从而提高生活质量。

【关键词】 吉非替尼;非小细胞肺癌;疗效观察

肺癌是目前全球发病率与死亡率最高的恶性肿瘤,其中 85%左右均患非小细胞肺癌,该病 5 年总生存率仅有 12%~15%。非小细胞肺癌(Non-small cell lung cancer, NSCLC),是目前严重危害人类身体健康的常见恶性肿瘤之一。本病不容易早期发现,待确诊时大多数已进入晚期,已经错失了手术机会,临床中经常以全身化疗为主的综合治疗作为晚期 NSCLC 的重要治疗手段^[1]。非小细胞肺癌的发病率以及致死率较高,其中多达 60%以上的患者在确诊时已经失去了根治的机会,临床应用二线化疗治疗的总有效率仅为 5.5%~6.7%,疗效不理想,5 年生存率低于 5%。本文将总结分析本次临床观察我院应用吉非替尼一线治疗的 NSCLC 患者的疗效、生存期的变化以及毒副作用,从而更好的清楚吉非替尼的临床用药指征与疗效。现进行相关报告如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料 选取自 2007 年 1 月至 2010 年 1 月期间我院所收治的符合诊断标准的非小细胞肺癌患者 24 例,全部病例均经组织学或是细胞学证实为 NSCLC。全部病例中有男 16 例,女 8 例;年龄为 41~79 岁,中位年龄为 52 岁;无吸烟史者 9 例,有吸烟史 15 例;按病理类型分为腺癌 12 例,鳞癌 7 例,腺鳞癌 3 例,大细胞癌 2 例。

1.2 治疗方法 口服吉非替尼 250 mg/d,直至病情进展或者是发生不可耐受的严重的不良反应,期间可以依据具体经济情况选择减量或是停药,当减量或停药后,倘若肿瘤进展后需重新服用吉非替尼或是选择其他药物继续治疗。全部病例于治疗前 2 周完成各项常规检查(血常规、肝、肾功能、心电图、CT 等)。经治疗后每周需观察临床体征与症状,以评价治疗后的临床获益情况以及毒副反应。在治疗 4 周后复查相关各项理化检查,治疗 28 d 后进行影像学检查,之后每隔 56 天需行一次影像学检查,以及时评价肿瘤客观缓解率以及进展

时间。

1.3 疗效判定标准 依据 RECIST 标准评价肿瘤治疗疗效主要分为完全缓解(CR)、部分缓解(PR)、疾病稳定(SD)、疾病进展(PD)。无进展生存期(PFS),是从首次用药直至疾病进展或是因任何原因死亡的时间间隔。对于数据截止时尚未进展或死亡的病例与研究失访患者将以末次肿瘤评价的日期计算。总生存期(OS),是首次用药直至因任何原因死亡的时间。对于数据截止时依然存活的患者或是研究中失访患者将以末次联络日期作为截尾数值以分析。

2 结果

2.1 临床疗效 CR 0 例(0/24),PR 12 例(12/24),SD 6 例(6/24),PD 6 例(6/24),疾病控制率为 75%。

2.2 不良反应 见下表。

不良反应	例数
腹泻	11
皮疹	13
关节痛	6
恶心	6
肝功能异常	5
乏力	2
口腔溃疡	3

2.3 生存期 随访至 2010 年 12 月 20 日,24 例患者的中位生存期(MST)为 16.1 个月,OS 最 6.9 个月,最长 23.1 个月,依然存活。1 年生存率为 50.0%。腺癌患者 MST 为 16.7 个月,非腺癌患者的 MST 为 11.6 个月,腺癌患者的 MST 显著长于非腺癌患者($P < 0.01$)。

3 讨论

在过去几十年里,虽然肺癌临床研究取得了重大的进展,然而此前晚期肺癌患者的生存期始终没有显著改进。吉非替尼为小分子化合物,是一种选择性 EGFR 酪氨酸激酶抑制剂!它能竞争性地与 EGFR 酪氨酸激酶结合!抑制其酪氨酸

激酶活性,进而阻断 EGFR 介导的肿瘤细胞信号传导,抑制肿瘤细胞的增殖与转移,促进肿瘤细胞的凋亡^[2]。针对不愿意或者不可接受传统细胞毒性药物化疗的非小细胞肺癌患者,吉非替尼为其带来了另一选择。以吉非替尼为代表的分子靶向抗癌药物,相对于传统化疗具有较大优势,在以铂类为基础的一线化疗方案失败之后,吉非替尼为临床医生提供了新的选择。本次临床观察应用吉非替尼一线之路 24 例患者,效果显著,因此值得在临床中推广。伴随吉非替尼应用的日趋广泛、研究的不断深入,关于其抗癌作用的具体机制将被阐明,

药物临床疗效的预测将更加明确,吉非替尼的临床个体化用药将成为现实。

参 考 文 献

- [1] 陆书生. 吉非替尼治疗肺癌 16 例临床分析. 临床肺科杂志, 2008, 13(1): 37.
- [2] J von Pawel. Gefitinib (Iressa, ZD1839): a novel targeted approach for the treatment of solid tumors. Bulletin du Cancer, 2004, 91(5): 70.

32 例心脏瓣膜病患者瓣膜置换术后抗凝护理

夏凌云

风湿性瓣膜病是我国最常见的一种心脏疾病,心功能多严重受损而需人工瓣膜置换术,机械瓣膜是人工心脏瓣膜的一种,自 20 世纪 60 年代成功应用机械瓣行心脏瓣膜替换术以来,世界上每年都有成千上万的患者接受这种手术,我国每年也有上万名机械换瓣的新成员,这些患者都将持续终身抗凝^[1]。但临床用药剂量不易掌握,致使抗凝治疗中出血、栓塞成为机械瓣膜置换术后最常见的并发症^[2],我院 2010 年 10 月至 2010 年 11 月,对 32 例心脏瓣膜病患者在体外循环下实施人工机械瓣膜置换术,术后常规抗凝治疗,效果满意,现将抗凝治疗的护理报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 32 例患者中,男 19 例,女 13 例,年龄 41 ~ 66 岁,平均 53 岁,其中二尖瓣置换术 25 例,主动脉瓣置换术 5 例,二尖瓣和主动脉瓣双瓣置换术 2 例,人工瓣膜为进口或国产机械瓣,术后住院期间均未见出血,以及急性或亚急性出血或凝血情况发生。本组病例均选用口服抗凝药华法林 (Warfarin)、静脉抗凝药为肝素。本组 32 例均于术后第 2 天开始抗凝治疗。1 例术后 25 d 并发颅内出血死亡,其余均于术后 15 ~ 30 d 治愈出院。出院前彩色 B 超复查,32 例患者机械瓣膜功能良好,日常活动无心慌、气急等症状,一般生活能自理。口服抗凝药物剂量调整稳定,在正常饮食下,检查 PT 均维持在正常对照值的 1.5 ~ 2.0 倍,抗凝治疗效果满意。

1.2 检测方法 分别于术前、术后 1 周、2 周、3 周以及 1 个月、2 个月、3 个月 7 次抽取静脉血用枸橼酸钠抗凝,分离血浆,应用 ACL-2000 型全自动凝血分析仪散射比浊法测定 PT 和 INR。

2 抗凝治疗的方法

2.1 抗凝药物的选择及抗凝标准 人工机械瓣膜植入心脏,血液与非正常心血管内膜表面接触,启动凝血反应,导致纤维蛋白网与血小板凝块的形成^[3],容易在人造瓣膜周围形成血栓,既影响人工瓣膜的功能,又容易导致脑梗死和肢体栓塞等并发症,因此术后需要密切监护。一般在术后 36 ~ 48 h 拔除心包、纵隔引流管,观察 2 h 后无出血征象,即开始口服抗凝药物,首次口服华法林 2.5 ~ 5 mg,每晚 1 次,维持量在 2.5 ~ 5 mg,不能口服者可改用肝素,体重 0.5 mg/kg,静脉推注每 6 ~ 12 h 进行 1 次,直至口服抗凝药生效为止。24 h 后根据凝血酶原时间 (PT) 及国际标准化比值 (INR) 调整华法林剂量,

PT 维持正常值的 1.5 ~ 2 倍,INR 为 2.0 ~ 3.0 之间,服用初期应每日查 PT、INR,找到服用华法林最佳剂量,稳定后每周测 1 次,出院后每月测 1 次,半年以后每 1 ~ 2 月测 1 次。拟手术当日停用华法林、肌内注射维生素 K1,术后第 1 日重新抗凝治疗。

2.2 PT 标本的采集、保存和送检 采集 PT 标本的时间常规为清晨、空腹、平静、休息状态下,采血静脉为上臂肘正中静脉,使用医用止血带、一次性自动定量采血器。操作时应注意选准血管,一针见血,减少针尖在皮下组织中穿刺行走的时间,避免组织液激活凝血过程,使 PT 缩短^[4],并应尽量缩短止血带束缚时间,减轻束缚压力,以减少这些因素引起的某些凝血因子和纤溶因子的活化^[5],使 PT 缩短。同时准确采集凝血酶原时间是抗凝治疗的监测指标,其检验结果的正确与否直接关系到手术疗效与患者的安全,所以一定要准确抽取血液 1.8 ml 加入抗凝剂 (枸橼酸钠) 0.2 ml 混匀,操作时尽量减小误差。

2.3 护理指导

2.3.1 确保给药剂量准确 给药前应了解患者情况,并检验药物是否过期、变质、给药的剂量必需准确,分药要均匀,调整药物应以增减 0.75 mg 为最佳。

2.3.2 避免外来因素对抗凝的干扰 饮食可干扰抗凝药的作用,因此不要让患者长期单调的多吃含 VK 丰富的深绿色蔬菜。尽量避免应用对抗凝有干扰的药物。

2.3.3 关于药物对抗凝的影响,增强抗凝作用 ①药物:长期使用广谱抗生素、西米替丁、类固醇、奎尼丁、抗血小板药物、阿司匹林、消炎痛等^[6];②肝功能损害合成凝血酶不足、胆道病变。此外长期饮酒、进食差。减低抗凝作用 ①药物:维生素 K1、维生素 K3、安眠药、雌激素、利福平、口服避孕药;②大量进食含维生素 K1 食物如:菠菜、菜花、青菜、鲜豌豆及猪肝等;③输入新鲜血。

2.4 并发症的观察和护理

2.4.1 出血的观察和护理 护士要熟悉患者出血的临床表现,做到早发现、早采取措施,预防为主,嘱患者用软毛牙刷,不可用手挖鼻孔,鼻腔黏膜干燥时,可涂石蜡油,各种治疗护理操作应轻柔,防止外伤。

2.4.2 人工瓣膜栓塞的观察及护理 观察患者皮肤颜色、温度、神志,发现有栓塞症状及时与医生联系。

2.5 患者教育 瓣膜置换术后,患者需终身口服抗凝剂治疗,因此如何加强健康教育、减少并发症的发生是护理工作的