

赫赛汀治疗 HER-2 高表达晚期乳腺癌的观察和护理

李娜 汪洋

(天津医科大学附属肿瘤医院, 天津 300060)

摘要 总结 8 例晚期乳腺癌患者应用赫赛汀治疗的护理, 加强健康教育, 严格遵守操作规程, 注意用药观察, 是患者顺利完成整个治疗过程的重要保障。

关键词 赫赛汀; HER-2 高表达; 晚期乳腺癌; 护理

中图分类号 R473.73 **文献标志码** B **文章编号** 1006-9143(2010)01-0013-02

肿瘤的分子靶向治疗具有特异性更强、疗效更好、毒性更低的优势, 越来越受到人们的关注。赫赛汀(Herceptin)又名曲妥珠单抗(trastuzumab), 是重组 DNA 人源化的单克隆抗体, 其作用靶点是人类表皮生长因子受体(human epidermal growth factor receptor-2, HER-2)基因调控的细胞表面 P185 糖蛋白。HER-2 在乳腺癌患者中的高表达能使癌细胞生长加快, 转移能力增强, 常预示预后不良, 且对标准化疗和内分泌治疗效果差^[1]。25%~30% 乳腺癌患者存在 HER-2 的高表达。赫赛汀对 HER-2 高表达的转移性乳腺癌的疗效肯定, 能够提高肿瘤缓解率, 延长疾病进展时间^[2,3]。2006 年 11 月至 2008 年 8 月, 我科采用赫赛汀单一用药及联合多西紫杉醇或紫杉醇, 卡铂化疗治疗转移性乳腺癌患者 8 例, 取得良好效果, 现将临床观察与护理报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 8 例均为经常规治疗后发生转移的乳腺癌患者, 女性, 年龄 32~56 岁, 均经病理学证实, HER-2 阳性[免疫组化法(IHC)++~+++或荧光原位杂交法(FISH)+], 卡氏评分 70~80 分。

1.2 治疗方法 采用赫赛汀治疗, 包括单一用药及联合多西紫杉醇或紫杉醇, 卡铂化疗。赫赛汀采用每周疗法, 首次负荷剂量 4 mg/kg, 以后每周 2 mg/kg, 直至坚持用药 1 年或至病情缓解; 化疗药物采用每 3 周给药 1 次。应用赫赛汀前后行心电图、超声心动图及影像学检查, 以判断病情及疗效。

1.3 结果 8 例患者均安全完成治疗。其中 2 例患者第 1 次静脉注射赫赛汀时出现过过敏反应, 主要表现为面部水肿、发红、发热等, 经密切观察, 及时处理, 2 例患者继续按时注射至结束。经严密观察, 定期随访, 1 例患者出现偶有心悸, 活动后气短, 但未发现有心肌受损等并发症。

2 护理

2.1 用药前健康教育 本组患者均为转移性乳腺癌患者, 病情较晚, 之前接受过多周期化疗, 但效果不佳, 她们将赫赛汀当做疾病治疗的希望, 但同时又对靶向治疗这一较新的治疗手段缺乏了解, 担心其治疗效果及可能出现的不良反应, 因此患者的健康教育是护士的主要工作之一。护士向患者及家属介绍赫赛汀作为单抗靶向药物的作用机理及给药方法, 强调其与化疗药物的协同作用, 指出国内外的大量研究已经证实了赫赛汀对 HER-2 高表达的转移性乳腺癌的确切疗效, 增强患者对疾病治疗的信心。同时护士还告知患者赫赛汀与细胞毒化疗药物比较, 其不良反应较轻微, 个别患者可能会出现过敏反应, 另外本组患者既往均使用过蒽环类药物, 应用赫赛汀后有发生心脏毒性的危险, 告诉患者此不良反应经对症处理或停药后多可缓解, 输注过程中护士会密切观察, 加强巡视, 消除患者的心理顾虑。

2.2 药物的用法与贮藏 赫赛汀每支药物剂量为 440 mg, 应

用特制的溶剂(20 mL 灭菌注射用水, 含 1.1% 苯乙醇作为防腐剂)配制溶液后供静脉注射。首次应用剂量为 4 mg/kg, 将溶液加入 250 mL 生理盐水中稀释后缓慢静脉滴注, 初始滴速缓慢, 密切观察, 如无不良反应再逐渐调节滴速, 首次滴注时间应维持在 90 min 以上(40~60 滴/分)。以后每周 2 mg/kg 静脉滴注, 直至病情缓解, 当再次输入赫赛汀时, 滴速以正常速度(约 60 滴/分)即可。每次输液前后均用生理盐水冲洗静脉管路, 以确保药物剂量全部进入患者体内。赫赛汀用特制注射用水稀释后因含防腐剂可以在 2~8℃ 冰箱中稳定保存 28 天, 以供多次使用, 28 天后剩余的溶液弃去。赫赛汀价格昂贵, 且单支药物要反复多次使用, 因此妥善保管, 合理贮藏显得尤为重要。使用医院冰箱为患者保管药物时在外包装上注明患者姓名, 同时做好交接班。

2.3 不良反应的观察与护理

2.3.1 心功能减退的观察和预防 赫赛汀最严重的不良反应是心功能减退, 当与蒽环类药物联合时心脏毒性明显增加。在大样本临床试验中其主要表现为无症状的左心室射血分数(LVEF)下降^[4]。在使用此药前认真评估, 严格筛选, 排除有严重心脏病的患者, 行超声心动检查, 左室射血分数(LVEF)大于或等于 55% 才可用药, 在整个治疗过程中定期监测。每次用药时确保时间、剂量准确, 用药前 30 min 予心电图监护, 生命体征平稳方可用药, 用药后密切观察生命体征, 认真倾听患者主诉, 观察心率、心律、心电图波形、血压、呼吸等有无异常, 30 min 巡视观察 1 次, 直至药物使用结束后 1 h。本组中有 1 例患者多次用药后出现偶有心悸, 活动后气短, 及时对症处理, 严密观察后好转, 未发现有心肌受损等并发症。

2.3.2 过敏反应 赫赛汀的常见不良反应与其他单克隆抗体相似, 主要为输液相关症状, 多在首次用药后发生, 中止输注和使用醋氨酚、苯海拉明、静脉皮质激素等, 可有效控制症状, 故不推荐预防性用药^[4]。这些不良反应主要表现为寒战和(或)发热、恶心、头痛、眩晕、皮疹、严重者可出现支气管痉挛、低血压、血管神经性水肿、呼吸困难、心动过速等。本组中 1 例患者在首次输液时出现了面部水肿、发红、心悸、气短的症状, 发现后立即暂停赫赛汀, 遵医嘱给予地塞米松 5 mg 静脉推注后缓解, 观察 1 h 后患者再无明显不适主诉, 将剩余药液继续缓慢输入, 过程顺利。另外 1 例患者在首次输液时出现发热, 体温高达 38.7℃, 遵医嘱地塞米松 5 mg 静脉推注后体温逐渐降至正常。此 2 例患者在以后输注时未再出现过过敏反应, 顺利完成疗程。

2.3.3 其它不良反应 赫赛汀为单抗靶向药物, 较细胞毒化疗药物不良反应轻微, 但其与化疗药物联用时, 贫血、白细胞计数下降、腹泻和感染的发生率有所升高^[4]。本组中 6 例患者均出现 II~III 度骨髓抑制, 遵医嘱给予重组人粒细胞集落刺激因子(rhG-CSF)对症治疗, 同时加强消毒隔离, 本组患者均为中心静脉置管, 给予局部严密消毒、换药, 防止感染, 指导患者预防上呼吸道感染的注意事项, 所有患者血象 3~7 天内恢复正常, 未导致严重的并发症。

3 小结

赫赛汀治疗 HER-2 高表达的转移性乳腺癌患者疗效肯定,不良反应轻微,耐受性较好,给晚期乳腺癌患者带来了更多的治疗希望。在临床治疗过程中,护理人员给予详细的健康教育,严格遵守操作规程,熟悉药物的配制、贮藏及给药方法,同时加强用药观察,是患者顺利完成整个治疗过程的重要保障。

参考文献:

[1] Banning M. Advanced breast cancer: aetiology, treatment and

psychosocial features[J]. British Journal Of Nursing, 2007, 16 (2): 86-90

[2] Moore S. Targeting metastatic and advanced breast cancer [J]. Seminars In Oncology Nursing, 2007, 23 (1): 37-45

[3] 孙燕, 石远凯. 临床肿瘤内科手册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008. 906

[4] 王莉萍, 沈坤伟, 沈镇宙. 赫赛汀在乳腺癌新辅助治疗与辅助治疗中的新进展[J]. 中华肿瘤杂志, 2006, 28(4): 241-243

(2009-07-10 收稿, 2009-10-23 修回)

59 例鼻咽癌患者放射治疗的护理

徐晓英

(东阳市人民医院, 浙江 东阳 322100)

摘要 通过对 59 例鼻咽癌患者放射治疗的护理, 提出护理要求, 并探讨鼻咽癌放射治疗的特点。认为做好心理护理、放疗野皮肤护理、耳鼻护理、口腔饮食护理及功能锻炼, 显得至关重要。经加强上述护理工作, 59 例患者均达到放射治疗的预期效果, 康复出院。

关键词 鼻咽癌; 放射治疗; 护理

中图分类号 R473.76 **文献标志码** B **文章编号** 1006-9143(2010)01-0014-02

鼻咽癌是原发于鼻咽黏膜被覆上皮的恶性肿瘤。是我国常见的恶性肿瘤之一, 占头颈部肿瘤首位。一直以来放射治疗被公认为鼻咽癌的首选治疗方法^[1]。放疗技术的提高, 使得患者的生存期明显延长。但放疗也会给患者带来许多不良反应, 如照射区皮肤的损伤、口腔黏膜反应、鼻出血等。因此, 放疗的同时要注重不良反应的观察治疗及护理, 才能使放疗顺利完成。我院 2007 年 10 月 1 日至 2008 年 8 月 31 日共收治 59 例鼻咽癌患者, 通过良好的放疗及精心护理, 收到了满意的效果。现将护理体会报告如下。

1 临床资料

本组 59 例鼻咽癌患者, 男 45 例, 女 14 例, 年龄 31~68 岁, 平均 48 岁。均采用电子直线加速器照射, 采用面颈联合野及下颈锁骨上野, 每周 5 次, 每次 2Gy/6MV-X 线, DT36Gy 后, 再分野照射, 用 9MeV 电子线照射后颈淋巴结区。鼻咽部 70~76Gy, 上颈淋巴结引流区 60~70Gy, 下颈淋巴结引流区 50~60Gy。59 例患者, 放疗 44 例, 放疗+化疗 15 例。

2 护理

2.1 心理护理 多数患者及家属对放疗比较陌生, 惧怕放疗。如 1 例患者还以为放疗跟手术一样, 害怕会引起痛苦, 不肯接受放疗。通过我们仔细地对该患者及家属介绍有关放疗知识, 耐心说服患者不要害怕, 放疗就像照相拍片一样, 时间约 5 min, 无痛苦。并在开始放疗前, 陪同患者去放疗机房参观。又请已经在放疗的其它患者现身说法, 消除其恐惧担忧心理, 使其顺利地接受了放疗。也有的患者对放疗副作用不理解, 认为越医越差了。对此, 我们做好解释工作, 告知这些不过属于放疗反应, 放疗结束后会缓解。在日常护理工作中用亲切的话语、微笑的表情、熟练的技术操作和扎实的理论知识建立良好的护患关系, 理解他们的心情, 给予开导, 帮助他们树立战胜疾病的信心, 以积极主动的心态与病魔作斗争。

2.2 照射区皮肤的护理 因放射线对皮肤有损伤, 特别是电子线^[2]。本组患者均有不同程度的皮肤损伤, 根据皮肤损伤程度不同, 采取不同护理措施。I° 损伤皮肤发生红斑、潮红、有烧灼感, 最后变暗红表皮脱落。首先做好皮肤保护, 选择全

棉柔软的内衣, 不穿高领及硬领衣服, 减少对颈部的摩擦; 照射野避免日晒; 禁用肥皂、碘酒、酒精、化妆品; 有汗液及时擦干等。患者应剪短指甲, 防止搔抓皮肤, 有脱屑者让其自然脱落。II° 皮肤损伤充血、水肿、水泡形成, 发生糜烂有渗液。护理上加强暴露, 保持局部清洁干燥以防感染, 可用烧伤膏或贯新克涂敷。III° 皮肤损伤即出现放射线溃疡, 有剧痛。护理上加强心理护理及疼痛护理, 可敷抗生素, 给予清创换药, 严重者停止放疗。本组患者发生 I° 反应 33 例, II° 18 例, III° 8 例, 3 例曾暂停止放疗数日。总结放疗前使用皮肤保护剂比亚芬软膏, 并做好放疗时皮肤保护及对症护理, 减轻了患者的放疗野皮肤反应及痛苦。59 例患者均按规定完成放疗。

2.3 口腔护理 随着照射剂量的增加可出现腮腺反应及口腔黏膜不同程度的改变。本组患者发生白膜与红斑 18 例, 对症处理行呋喃西林液及苏打水漱口每日 3 次。充血与水肿 26 例, 行地塞米松+糜蛋白酶雾化吸入治疗每日两次。口腔溃疡 15 例, 因疼痛影响进食, 进食前半小时口服胃炎合剂或利多卡因胶浆 10 mL, 静滴抗生素, 短程皮质类固醇激素治疗。经上述处理 59 例患者均坚持放疗至结束。我们认为除了上述对症处理并加强口腔护理外, 护理上还需做好预防工作。患者应使用氟制牙膏软牙刷刷牙, 照射前拔除龋齿, 摘掉义齿, 勤漱口, 减少口腔黏膜损伤及感染的发生。

2.4 放射性中耳炎及鼻黏膜反应的护理 放射治疗中要注意耳、鼻护理, 做到勿挖鼻挖耳, 注意放疗局部的清洁, 可提高放疗效果。行鼻腔冲洗每日 2 次, 鼻腔干燥可滴石蜡油或薄荷油, 并要注意有无鼻出血。少量出血局部用麻黄素或 0.1% 肾上腺素液棉球填塞鼻腔。本组患者发生鼻腔少量出血 7 例, 经上述处理后止血。大量出血时可行后鼻孔凡士林纱条及明胶海绵填塞。本组患者有 1 例为鼻出血不止而急诊入院, 经明胶海绵后鼻孔填塞两天后止血。发生出血时, 嘱患者勿将血咽下, 以防呼吸道不畅, 引起窒息。本组发生 3 例放射性中耳炎, 表现为耳朵流黄水或积液。护理上注意耳部勿进脏水脏物, 保持局部清洁干燥, 应用氯霉素及氧氟沙星滴耳后症状消失。

2.5 饮食与营养的护理 因放化疗会损伤到口腔黏膜、胃肠道, 出现恶心、呕吐、味觉异常等症状, 影响正常饮食, 造成营养代谢紊乱。为此鼻咽癌患者的饮食除易消化、营养价值高外, 还应适量增加一些甜、酸类味道调味品, 以刺激食欲。戒