

通过研究表明, MOTOMed 训练明显提高患肢功能及功能独立性, 值得推广应用。

参考文献

- [1] 梁志, 赵超男, 董云英. 脊髓损伤康复结局研究进展[J]. 中国康复理论与实践, 2003, 9: 239-240.
- [2] 陈银海, 姚红华. 早期康复对脊髓损伤患者 ADL 及功能独立性的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2007, 22(3): 252-253.
- [3] 于兑生, 恽晓平. 运动疗法与作业疗法 [M]. 北京: 华夏出版社, 2002: 12.

- [4] 恽晓平. 康复疗法评定学[M]. 北京: 华夏出版社, 2003: 3.
- [5] 卓大宏. 中国康复医学[M]. 北京: 华夏出版社, 2003: 7.
- [6] Lim PA, Tow AM. Recovery and Regeneration after spinal cord injury: A review and summary of recent literature[J]. Ann Acad Med Singapore, 2007, 36(1): 49-57.
- [7] 王瑾, 王红星, 王彤. 运动对脊髓损伤功能改善作用机制的研究进展[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(8): 753.

(收稿 2011-01-25)

曲妥珠单抗治疗转移性乳腺癌的观察及护理

樊蕴莉 张琳 王方

郑州大学附属肿瘤医院内科 郑州 450008

【关键词】 曲妥珠单抗; 转移性乳腺癌; 观察护理

【中图分类号】 R473.73 【文献标识码】 A 【文章编号】 1673-5110(2011)10-0015-02

有研究表明, 25%~30% 的转移性乳腺癌患者有 HER-2 基因的过表达。HER-2 阳性的乳腺癌患者预后不佳, 无病生存期及总生存期明显缩短、肿瘤细胞的侵袭性增加, 对内分泌治疗和常规化疗方案治疗效果差^[1]。曲妥珠单抗是一个针对 HER-2 阳性乳腺癌的以癌基因为靶向的治疗药物。它选择性的作用于人表皮生长因子受体-2 (HER-2) 的细胞外部位, 从而抑制 HER-2 过度表达, 极大提高此类患者的生存率。2008-10~2010-11 我科应用曲妥珠单抗治疗乳腺癌 16 例, 均顺利完成治疗计划, 现将其观察及护理介绍如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2008-10~2010-11 在我科接受治疗的 16 例乳腺癌患者, 均为女性, 年龄 33~69 岁。血常规、肝肾功能、心电图基本正常。病理类型为浸润性导管癌, 肿瘤组织免疫组化检查 HER-2 表达(3+)或 FISH 阳性。一个部位转移 6 例, 2 个以上部位转移 10 例。单一使用曲妥珠单抗 6 例, 曲妥珠单抗与诺维苯、卡培他滨、顺铂、奈达铂等化疗药联合使用 10 例。

1.2 方法 每次使用曲妥珠单抗前需称患者体质量, 建议初次负荷量为 4 mg/kg, 加入生理盐水 250 mL 中, 90 min 内静脉输入。维持量 2 mg/kg, 如初次负荷量可耐受, 此剂量可于 30 min 内输完。1 次/周, 共治疗 1 a。

1.3 结果 患者耐受性良好, 3 例出现发热, 1 例出现瘙痒症状, 1 例出现头晕、烦躁, 对症处理后缓解。无气促、心悸等心脏毒性症状。

2 观察及护理

2.1 心理护理 由于患者出现肿瘤的转移, 身心饱受疾病的痛苦, 常常表现出悲观绝望, 对治疗失去信心。另外, 曲妥珠单抗为自费用药, 价格昂贵, 每瓶 25 000 元, 患者往往担心花钱达不到预期疗效。护士首先要主动关心患者, 尽量减少

患者不适, 并告诉患者该药的最新研究进展, 增加患者信心。

2.2 血管护理 该组患者多经过多次化疗, 外周血管条件差。且曲妥珠单抗对血管刺激性大, 疗程长, 所以该组均采用 PICC 或 CVC 置管输入该药。

2.3 用药护理

2.3.1 药液配制: 严格无菌操作, 每瓶曲妥珠单抗 440 mg 用配送的 20 mL 灭菌注射用水 (含 1.1% 苯乙醇) 稀释, 切忌用力摇晃。其曲妥珠单抗克隆抗体的浓度为 21 mg/mL, pH 值约 6.0。配制成的溶液为无色至淡黄色的透明液体。按医嘱剂量, 用微量注射器配制 1 mL 以下的药物, 准确无误地抽取, 两人核对后注入 250 mL 生理盐水中。药瓶上记录溶解时间、抽取时间、抽取剂量及毫升数值、操作者。一旦药液配好即应马上使用。对苯乙醇过敏的患者, 使用注射用水配制。

2.3.2 药液保存: 曲妥珠单抗用配送的灭菌注射用水稀释后, 2~8℃ 冰箱内可稳定保存 28 d, 28 d 后剩余溶液弃去。不可冷冻。如使用注射用水配制, 只能单次使用。

2.3.3 药液输入: 据报道, 第 1 次输注曲妥珠单抗时, 40% 的患者会出现通常包括寒战和 (或) 发热等的症候群^[2]。因此, 用药前 30 min 遵医嘱给予肌肉注射苯海拉明 40 mg, 异丙嗪 25 mg, 静脉注射地塞米松 10 mg, 口服吗啡美辛片 25 mg, 可有效预防该反应发生。输液过程中加强巡视, 严密观察患者反应。输注前后用生理盐水 100 mL 冲管, 保证每一滴药液都进入患者体内。输注曲妥珠单抗时, 尤其在首次治疗过程中, 输液速度要慢, 无不适则 30 min 后适当调快, 可以使用微量泵准确控制滴数。

2.4 不良反应的观察及护理

2.4.1 发热反应: 主要表现为寒颤、高热等症候群, 通常仅出现于第一次滴注时。嘱患者多饮水。若体温超过 39℃ 可给予物理降温。本组 2 例用药后当晚出现低烧, 未处理, 次

日体温恢复正常。1 例用药后 4 h 出现寒颤、高热,体温达 39.3℃,给予冰袋降温,低流量氧气吸入,30 min 后体温 38.5℃,约 2 h 后体温降至正常。

2.4.2 心脏毒性反应:是其最严重的不良反应。临床试验在使用曲妥珠单抗治疗的患者中,中至重度心功能不全(NTHA 分级Ⅲ/Ⅳ)的发生率为 5%^[3]。主要发生在接受蒽环类治疗的患者中。因此治疗前备氧,用药前 30 min 进行心电监护。若出现典型心功能不全时,应立即停止用药,对症处理。本组 16 例无明显心脏毒性发生,顺利完成治疗。

2.4.3 其他不良反应:曲妥珠单抗作为生物制剂,还可能引起疲劳、食欲下降、体质量及中枢神经系统改变、血常规变化等^[4]。本组 1 例输液结束后 30 min 出现全身瘙痒,遵医嘱给予生理盐水 100 mL 加 10%葡萄糖酸钙 2 g 静脉注射,异丙嗪 25 mg 肌内注射,约 15 min 后症状缓解。1 例出现头晕、烦躁,卧床休息后症状缓解。

2.5 用药后护理 用药后 2 周患者要注意卧床休息,预防感冒。定期检测血常规和肝肾功能、心电图等,做好健康教育和饮食指导,鼓励患者少量多餐,多食富含营养、高维生素、高热量食物,多饮水,忌食辛辣、油腻等刺激性食物,在病

情许可的情况下适度活动,刺激肠蠕动,增强食欲。

3 小结

曲妥珠单抗作为一种新型生物制剂,治疗 HER-2 阳性患者效果好,不良反应少,给转移性乳腺癌患者的治疗带来了新的希望。但其最大的缺点就是分子不稳定及心脏毒性,因此,在护理上要求护士掌握该药的作用及不良反应,精确计算药物剂量,用药时间、用药期间密切观察,保证安全完成治疗计划。

参考文献

- [1] 胡夕春,王佳蕾. 曲妥珠单抗(赫赛汀)最新临床研究进展[J]. 临床药物治疗杂志,2004,2(6):45.
- [2] 夏格迪,张馨木,张赢予. 赫赛汀治疗 HER-2 过度表达晚期乳腺癌的疗效观察[J]. 中国厂矿医学,2007,20(1):25-26.
- [3] 周影,黄嘉玲. 生物制剂赫赛汀在临床应用中的观察与护理[J]. 上海护理,2006,6(1):47-48.
- [4] Sorokin P. New agents and future directions in biotherapy[J]. Clin J Oncol Nurs,2002,6(1):19.

(收稿 2011-01-25)

ICU 鲍曼不动杆菌下呼吸道感染的临床特点及控制措施

朱彦

河南驻马店市中心医院感控办 驻马店 463000

【摘要】目的 探讨入住 ICU 下呼吸道感染鲍曼不动杆菌患者临床特点,控制方法。**方法** 对本院 2008-01~2010-01 收治的 35 例患者临床资料收集、分析,采取了加强环节质量管理、手卫生管理、人工气道管理、及时隔离等控制措施。**结果** 降低了院内感染的发生率,提高了救治成功率,保证了患者安全。**结论** 入住 ICU 的患者,由于病情重、侵入性操作多、免疫功能低下等极易发生医院内感染,而鲍曼不动杆菌,已逐渐成为 ICU 感染的重要病原菌,给临床治疗带来极大难度,医务人员只有早发现、早控制、早隔离才能保证病人安全。

【关键词】 重症监护病房;鲍曼不动杆菌;下呼吸道感染;临床特点;控制措施

【中图分类号】 R473 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1673-5110(2011)10-0016-02

鲍曼不动杆菌(*acinetobacter baumannii*, AB)是最常见的条件致病菌,其耐药性日益严重,由于该菌广泛存在于医院环境中,加之重症监护病房(ICU)是危重患者集中收治的场所,患者病情危重、侵入性检查治疗较多、免疫功能低下等,极易发生医院内感染。其中下呼吸道感染是其常见的感染部位,居医院感染的首位^[1]。为更好的了解 AB 下呼吸道感染的临床特点,采取有效控制措施,降低院内感染的发病率,保证患者安全。对本院 2008-01~2010-01 收治的 35 例患者的临床特点及控制措施进行了分析总结,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 35 例患者均为本院 2008-01~2010-01 入住 ICU 的患者,男 19 例,女 16 例;年龄 36~83 岁,平均 59.5 岁;其中>70 岁者 14 例,50~70 岁 18 例,<50 岁 3 例,17 例经治疗后肺部感染明显好转,8 例因重症肺炎死亡,10 例死

于其他基础疾病。

1.2 诊断依据 35 例病例均为医院获得性感染,诊断标准符合卫生部《医院感染诊断标准(试行)》中关于呼吸系统感染的诊断依据,并有以下临床特点:(1)新近出现的畏寒发热、咳嗽咳痰或原有呼吸道感染症状加重而原用抗菌药物效果欠佳。(2)肺部出现湿性啰音。(3)血常规结果提示白细胞计数高于正常范围。(4)肺部 CT 影像符合感染表现。(5)严格按照无菌技术操作规程取痰培养出 AB。

1.3 病原学鉴定方法 送检标本为患者呼吸道深部痰液,取标本时严格无菌技术操作,取后立即送检,实验室接到标本后立即进行痰培养。细菌鉴定及药敏试验采用法国梅里埃公司的 VITEK-compact 全自动微生物分析系统。采用生理盐水稀释配制菌悬液测定最低抑菌浓度值,药敏结果按美国临床实验室标准化研究所 2006 版标准判断。