的关系，且日益受到人们的重视。大量研究表明：肿瘤病人有可能通过免疫效应机制发挥抗肿瘤作用。继肿瘤的手术、化疗和放疗三大治疗措施之后，生物免疫疗法已成为一种新的治疗方法，以白介素-2(IL-2)治疗肿瘤在我国是近年引入肿瘤治疗观察的。本文就 83 例(我科)晚期癌症病人应用 IL-2 治疗后的临床疗效进行观察和分析，并给予相应的护理。

1 临床资料

1.1 一般资料：83 例均为晚期癌症病人，合并有胸腔、腹腔积液或转移淋巴结，全部病例均为病理学或细胞学证实诊断，男 54 例，女 29 例，年龄 4～69 岁，平均年龄 56 岁。恶性淋巴瘤 18 例，恶生黑色素瘤 4 例，小细胞肺癌 19 例，非小细胞肺癌 16 例，食管癌 13 例，胃癌 10 例，其它 4 例。以上病例，胸水 38 例，腹水 20 例，淋巴结转移 25 例，活动状态 ZPS 评分 0～3 级，无活动性感染，无心肺、肝肾功能异常，连续应用 4 周以上者。

1.2 药物来源：IL-2 由中国科学院上海生物化学研究所和中国人民解放军军事医学科学院生物工程研究所共同研制的人类基因重组 IL-2。

1.3 治疗方法：①转移淋巴结内注射：IL-2 10～20 万单位加生理盐水 3～5ml，分多点注射到淋巴结内，每周 2 次，连续 3 周为一疗程。②IL-2 肌肉注射：IL-2 20～40 万单位加生理盐水 2～3ml，臀部肌肉注射，每日 1 次，每 3～4 周为一疗程。③IL-2 腔内灌注：尽量抽出腔内液体，将 IL-2 50～200 万单位加入生理盐水 20ml 注入腔内，每周 1～2 次，每 3～4 周为一疗程。

1.4 疗效评定：①实体肿瘤病灶疗效评定按照 WHO 抗肿瘤药物客观疗效标准评定疗效。②癌性胸水的疗效评定标准参考上海市肿瘤防治办公室肺癌组和国外治疗癌性积液的疗效评定标准判定。③免疫功能测定：病人在治疗前后分别抽血检测自然杀伤细胞(NK 细胞)活性，T 细胞亚群(T_3、T_4、T_8及 T_4/T_8 比值)。

表 1 IL-2 瘤内注射疗效观察

肿瘤直径(cm)	例数	CR	PR	MR	RR(%)
1～2	13	3	4	4	53.8
2～4	8	0	3	2	37.5
＞4	4	0	0	2	0
合计	25	3	7	8	40

表 2 免疫功能

	治疗前	治疗后	统计学意义
NK 细胞活性	25%	29%	$P<0.05$
T_3	46	52	$P<0.05$
T_4	29	34	$P<0.01$
T_8	23	22	$P>0.05$
T_4/T_8	1.29	1.51	$P<0.01$

1.5 疗效观察：①25 例晚期癌症病人合并浅表淋巴转移接受 IL-2 局封，从表 1 可以看出，转移淋巴结直径越小，疗效越好。②IL-2 腔内灌注：18 例晚期癌症病人合并腔内积液行 IL-2 腔内灌注，CR5 例，PR8 例，MR3 例，有效率为 72.7%。③免疫调节作用：83 例病人治疗后，免疫功能有提高。从表 2 说明有统计学意义。

1.6 毒副作用：①发热：83 例病人，治疗后发热 13 例(15.8%)，一般在 37.5～38℃左右；2 例病人发热到 39℃以上。②瘤内注射局部轻度红肿：少数臀部注射点有硬结、疼痛。③其它：少数病人轻度恶心、乏力、厌食。

2 护理

2.1 做好心理护理：向病人讲明白介素-2 治疗是免疫治疗的一种，是一种安全有效的治疗方法。虽然有一些副作用，但均能耐受，不会影响治疗，应心理放松，积极配合治疗，以达到最佳的治疗效果。

2.2 操作要规范：IL-2 属生物制品，室温下不稳定，须冰箱保存，现用现取，严格无菌操作，避免任何增加污染的机会。肌内注射宜作深部肌内注射，缓慢推注，让药液充分吸收，以免造成局部硬结、疼痛。

2.3 毒副作用的处理：①IL-2 注射后，须观察病人体温的变化，每 4 小时测试体温 1 次，大部分病人体温在 37℃左右。嘱病人多饮水，不必作特殊护理，如果体温超过 38℃，可给消炎痛 25mg，口服退热。但要多饮水，以防止汗过多引起虚脱，必要时给物理降温。②部分病人因吸收功能差或体质消瘦，局部注射易引起红肿、硬结，可给土豆片每晚局部贴敷或局部给予热敷。经处理症状均能消失，不影响治疗。③部分病人乏力、厌食，生活上应多给予照顾，并给适合病人口味的、色味俱全的食物，以增加病人的营养，保证治疗顺利进行。

3 讨论

白介素-2 由抗原活化的辅助 T 细胞分泌，是机体复杂的免疫调节系统中最重要的淋巴因子之一，以 IL-2 为主的生物免疫疗法已试用于临床。本文观察 83 例晚期癌症病人，均取得较好的疗效，虽有轻微的毒副反应，通过对症处理和有效的护理措施，均能耐受。IL-2 是一种治疗肿瘤的新途径，丰富了肿瘤综合治疗的内容，提高了晚期癌症患者的生存质量。

(收稿日期：2002-03-28)

高聚金葡素联用顺铂治疗恶性胸水的观察护理

河南省三门峡市人民医院肿瘤科(472000) 望 玲

恶性胸腔积液是晚期癌症的主要并发症，各种恶性肿瘤都可导致胸腔积液，其特点是胸水生长迅速，可直接影响患者的心肺功能和生存质量，目前治疗方法多为局部应用化疗药物。我科自 1998 年 2 月至 2001 年 12 月应用高聚金葡素(HAS)治疗 58 例恶性胸水患者，现将观察结果和护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料：58 例均为住院病人，其中肺癌 35 例，乳腺癌 12 例，食管癌 4 例，卵巢癌 3 例，胸腺瘤 1 例，左上纵隔恶性肿瘤 1 例，胃平滑肌肉瘤 1 例，喉癌 1 例。全部患者均经病理学或细胞学确诊。患者随机分为两组，治疗组 29 例，男 18 例，女 11 例，年龄 21～71 岁，平均年龄 49.5 岁。用 HAS＋DDP；对照组 29 例，男 20 例，女 9 例，年龄 27～68 岁，平均年龄为 49 岁，单用 DDP。

(C)1994-2024 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

1.2　治疗方法：胸透或 B 超观察胸水量并定穿刺部位，常规消毒，局麻后用胸穿针或胸腔闭式引流法尽量抽净胸水。治疗组向胸腔内注入 HAS2500u＋DDP60mg，每周 1 次，连续 4 周。对照组向胸腔内注入 DDP60mg，每周 1 次，连续 4 周。

1.3　疗效评定标准：按照 WHO 疗效标准评价：①显效(CR)：胸水完全消失，持续 1 个月以上；②有效(PR)：胸水减少 50%以上，持续 1 个月以上；③稳定(NC)：胸水减少不足 50%；④无效或进展(PD)：胸水无减少或者进一步增加，引起呼吸困难。

1.4　疗效观察：治疗前后对患者进行 Karnofsky 评分，治疗前后胸水量的对比进行观察和记录。

2　结果

2.1　治疗后 Karnofsky 评分变化：通过对患者食欲、体力、体重、睡眠、精神状态等 13 项指标进行评价。从表 1 可以看出，两组治疗后生活质量都有所改善，治疗组有效率达 72.4%，对照组为 41.3%，$P<0.01$，说明 HAS 能明显改善患者的生存质量。

表 1　治疗后 Karnofsky 评分变化(例)

组别	下降	不变	上升 10 分以上上升 20 分以上		有效率(%)
治疗组(n=29)	2	6	13	8	72.4%
对照组(n=29)	13	4	8	4	41.3%

2.2　胸水量治疗前后比较：从表 2 可以看出，胸腔内注入药物治疗恶性胸水，治疗组有效率为 82.8%，对照组有效率为 58.6%，两组相比较 $P<0.05$，说明 HAS 与 DDP 合用，可协同发挥抗癌作用。

表 2　治疗前后胸水量的对比(例)

组别	CR	PR	NC	PD	有效率(%)
治疗组(n=29)	7	17	3	2	82.8%
对照组(n=29)	4	13	7	5	58.6%

$\chi^2=4.08$　　$P<0.05$

3　讨论

高聚金葡素是我国在一株高凝集价的金黄色葡萄球菌培养物中提取的一种活性物质，它是一种新型的有希望的生物反应调节剂，它可以增强 NK 细胞活性，促进淋巴细胞转化，起到杀伤和抑制肿瘤细胞的作用，改善患者的生存质量[1]。另外，高聚金葡素还具有升高白细胞、提高放化疗效果、减轻放化疗反应等药理活性，可用于恶性肿瘤的综合治疗。

4　护理

4.1　治疗前护理：治疗前应详细向患者及家属讲解治疗的目的、意义，与患者建立融洽、信赖的护患关系，使他们消除不必要的恐惧、担心，配合治疗顺利进行。

4.2　治疗中护理：治疗中密切观察病人面色、脉搏、呼吸、听取病人的主诉，必要时给予心电监护，若 R＞25 次/分，可给予吸氧 2～4 升/分；穿刺时动作熟练、轻柔，掌握进针深度，避开血管，预防出血和损伤肺组织；穿刺过程中，嘱患者抑制咳嗽，勿转动身体，必须咳嗽排痰时，须由操作者固定穿刺针后让患者排痰、排水的速度不易过快，每小时放液不超过 800ml，尤其是大量胸水时，更应放慢速度，这样可以有效避免和减少抽液后的胸膜反应、复张性肺水肿等并发症；治疗始终，保持室温，避免患者着凉。

4.3　治疗后护理：胸腔注药后嘱患者卧床休息 4～6h，并且每 5 分钟变换 1 次体位，持续 20 分钟以上，使药物与胸膜腔充分接触。有 1 例男性患者，胸腔抽水注药后即下楼活动，5 分钟后出现呼吸困难，颜面及四肢末稍紫绀，让患者卧床休息，吸氧 4 升/分，持续 30 分钟后上述症状缓解。

4.4　不良反应护理：58 例病人中，有 42 例出现胃肠道反应，应用镇吐药物后恶心呕吐缓解；有 8 例应用 HAS 后出现发热，体温均在 37.5℃以下，一般在 4～12h 内自行消退；全身不适有 12 例，主要表现为乏力、类似感冒症状，1～3 天自行消失，不需特殊处理。

4.5　加强基础护理：尽量关心体贴病人，保持床铺清洁干燥舒适，常用温水擦先受压部位，预防褥疮及使病人舒适。鼓励患者下床活动，减少肺部并发症的发生。加强营养，让患者进食高蛋白、富含维生素、清淡易消化食物，提高患者自身抵抗力。加强口腔护理，减少不良反应刺激，促进食欲。

参考文献

1　王蓝田，综述. 世界上第一个超抗原抗癌生物制剂. 中国肿瘤临床，1998，25(6)：454.

(收稿日期：2002－02－28)

外科手术后病人疼痛的观察及护理

河南省上蔡县人民医院外科(463800)
刘　娟　刘俊英

疼痛是外科手术后病人共同存在的症状，疼痛因手术的部位、手术的大小、病人自身的敏感情况不同而不同。尽管术后疼痛为常见症状，但是直接影响病人的休息活动，延长病程及住院时间。因此，应引起医务人员的重视，根据疼痛性质、持续时间及伴随症状，能及时发现各种术后并发症及合并症。

1　影响疼痛的因素

对疼痛的感受程度和性质，在不同的人身上是不同的。疼痛与人的性格、性别、年龄、痛阈以及文化背景、社会层次等因素有关。病人年龄越小，对疼痛的耐受力越差，老年人反应能力差，对痛敏感度降低，耐受力强；男性反应较女性耐受力差；性格外向，有一定文化素质的病人，更容易表达对疼痛的主观感受。疼痛可因手术范围不同而不同：如一个开胸术后病人，疼痛可持续 48 小时或更长些，程度也要大些；而一个阑尾炎术后病人与前者相比，疼痛程度弱，持续时间短。

2　疼痛的观察

疼痛在外科手术后普遍存在，但并未引起医生和护士的重视。由于疼痛的主观属性，许多医务人员认为，病人疼痛就会报告，因此，疼痛主动评估在大多数医院还没有成为护理常规，只有病人提出疼痛或要求镇痛时，护士才被动处理。另一方面，病人不敢诉说疼痛，医务人员不愿主动评估疼痛，原因之一是害怕麻醉药成瘾。疼痛是主观感觉，不论何种原因引起，不论病人如何反应，只要病人主诉疼痛，那么疼痛对病人来说，就是真实存在的。护士要密切观察病人的行为反应和监护病人的生命体征，来观察和评估病人的疼痛。如病人表现烦躁不

(C)1994-2024 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net