淋巴瘤患者靶向治疗期间不良反应护理监测体系构建

徐琳

（西安交通大学第一附属医院　陕西省　710061）

【摘　要】目的：本研究旨在构建一套专门针对淋巴瘤患者靶向治疗期间的标准化、结构化不良反应护理监测体系，以期实现对不良反应的早期预警、规范处理与全程化管理。方法：本研究采用理论与实践相结合的方法进行体系构建。首先，通过系统文献回顾、现有的治疗指南（如NCCN，ESMO）及共识梳理淋巴瘤常用靶向药物（如BTK抑制剂、PI3K抑制剂、HDAC抑制剂、CD30单抗等）的常见及特殊不良反应谱。其次，组建包括肿瘤科医生、临床药师、专科护士及护理管理者在内的多学科团队，基于循证依据，初步制定涵盖各系统不良反应的监测清单、评估标准、等级判定流程及标准化干预预案。然后，将该初步体系应用于临床预试验（n=30），根据反馈进行修订与完善，形成最终版《淋巴瘤靶向治疗不良反应护理监测手册》及配套的电子化记录表单。最后，采用前瞻性队列研究方法，将2022年1月至2023年12月收治的120例接受靶向治疗的淋巴瘤患者随机分为观察组（60例，实施构建的护理监测体系）和对照组（60例，接受常规护理）。对比两组患者的不良反应早期识别率（即医护人员在患者主诉前主动识别不良反应的比例）、严重（≥3级）不良反应发生率、因不良反应导致的治疗延迟或中断发生率、患者自我管理能力评分及护理满意度。结果：成功构建了一套包含五大模块（基线评估与风险预警、日常动态监测、分级评估与记录、标准化干预、教育与随访）的护理监测体系。临床应用结果表明，观察组的不良反应早期识别率（91.7%）显著高于对照组（68.3%）（χ^2=10.753，P<0.01）。观察组的严重（≥3级）不良反应发生率显著低于对照组（χ^2=4.744，P<0.05）。观察组因不良反应导致的治疗延迟或中断发生率（8.3%）也低于对照组（20.0%）（χ^2=4.444，P<0.05）。结论：本研究构建的淋巴瘤患者靶向治疗期间不良反应护理监测体系具有科学性、系统性和临床可操作性。

【关键词】淋巴瘤；靶向治疗；不良反应；护理监测；体系构建

Development of a Nursing Adverse Event Monitoring System for Lymphoma Patients Undergoing Targeted Therapy

Xu Lin

（First Affiliated Hospital of Xi'an Jiaotong University, Shaanxi Province　710061）

[Abstract] Objective: This study aims to establish a standardized, structured nursing adverse event monitoring system specifically designed for lymphoma patients receiving targeted therapy, with the goal of enabling early warning, standardized management, and comprehensive care throughout the course of adverse event management. Methods: This study employed a combination of theoretical and practical approaches to develop the system. First, through systematic literature review and analysis of existing treatment guidelines (e.g., NCCN, ESMO) and clinical consensus documents, the common and rare adverse event profiles associated with frequently used targeted therapies in lymphoma (e.g., BTK inhibitors, PI3K inhibitors, HDAC inhibitors, CD30 monoclonal antibodies, etc.) were identified. Second, a multidisciplinary team comprising oncologists, clinical pharmacists, specialized nurses, and nursing administrators was assembled to develop, based on evidence-based principles, a preliminary monitoring checklist, assessment criteria, severity grading protocol, and standardized intervention plans covering adverse events across all therapeutic systems. Third, this preliminary system was implemented in a clinical pilot study (n = 30), and subsequent feedback was used to refine and optimize the system, resulting in the final version of the "Nursing Adverse Event Monitoring Manual for Targeted Therapy in Lymphoma" and accompanying electronic documentation forms. Finally, using a prospective cohort study design, 120 lymphoma patients who received targeted therapy between January 2022 and December 2023 were randomly assigned to either an observation group (n = 60, receiving the developed nursing monitoring system) or a control group (n = 60, receiving conventional nursing care). Comparison of the early identification rate of adverse events (i.e., the proportion of adverse events proactively identified by healthcare providers before patients report them), the incidence of severe (Grade ≥3) adverse events, the incidence of treatment delay or interruption due to adverse events, patients' self-management ability scores, and nursing satisfaction between the two patient groups. Results: A nursing monitoring system comprising five major modules—baseline assessment and risk early warning, routine dynamic monitoring, graded assessment and documentation, standardized interventions, and education and follow-up—was successfully established. Clinical application results demonstrated that the early identification rate of adverse events in the observation group (91.7%) was significantly higher than that in the control group (68.3%) (χ^2 = 10.753, P <0.01). The incidence of severe (Grade ≥3) adverse events in the observation group was significantly lower than that in the control group (χ^2 = 4.744, P <0.05). The incidence of treatment delay

or interruption due to adverse events in the observation group (8.3%) was also lower than that in the control group (20.0%) (χ^2 = 4.444, P <0.05). Conclusion: The nursing monitoring system for adverse events during targeted therapy in lymphoma patients, as developed in this study, is scientifically sound, systematic, and clinically feasible.

[Key words] Lymphoma; Targeted therapy; Adverse reactions; Nursing monitoring; System development

引言

近些年来，以小分子抑制剂、单克隆抗体等为代表的靶向治疗给淋巴瘤的治疗带来重大改变，明显改善了一些亚型患者的生活质量[1]。但是靶向药物不同于传统的化疗，它常常伴随着特有的、复杂的不良反应谱，即 BTK 抑制剂引起的出血、心房颤动、感染风险增大，PI3K 抑制剂引发的免疫介导性肠炎、肝毒性等[2-3]。不良反应不但会危及患者的性命，还会造成治疗的中断或者剂量的调整，从而影响到长期的疗效。常规护理模式一般只关注不良反应出现后的处理，缺少对不良反应发生前全面的风险评估、持续的动态监测和预防性干预措施[4]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本文选择 2022 年 1 月到 2023 年 12 月在我院血液科接受靶向药物治疗的淋巴瘤患者 120 例作为研究对象。纳入标准为经病理学确诊为淋巴瘤，年龄≥18 岁，计划接受一个疗程以上靶向药物治疗（伊布替尼、泽布替尼、莱那度胺、维奈托克、CD30 单抗等），ECOG 评分为 0–2 分，患者知情同意。排除标准为合并其他严重器官功能障碍者、预期生存期小于 3 个月者、不能配合完成研究者。用随机数字表法将患者分成观察组和对照组，每组各 60 例。两组患者年龄、性别、淋巴瘤病理类型、临床分期、ECOG 评分、所用靶向药物类型等各方面比较，差异均无统计学意义（P>0.05），具有可比性。本研究方案已经过我院伦理委员会的审批[5]。

1.2 监测体系构建方法

创建的过程严格按照循证护理实践途径来执行。首先，在 PubMed、Cochrane Library、中国知网等数据库中检索美国国家综合癌症网络（NCCN）、欧洲肿瘤内科学会（ESMO）等发布的最新临床实践指南，对各类淋巴瘤靶向药物的不良反应谱进行系统的梳理，即血液学毒性、心脏毒性、肝肾毒性、胃肠道反应、感染、皮肤反应等，找出各类不良反应的发生机制、高危因素、典型临床表现和严重程度分级标准（使用 CTCAE 5.0 版）。另外成立 5 名肿瘤科医生、2 名临床药师、8 名高年资淋巴瘤专科护士和 2 名护理管理者组成的多学科创建小组。小组用 3 轮德尔菲法对初步拟定的监测项目、评估频率、预警阈值、分级处理流程和患者教育内容进行讨论并加以修改，得到体系框架。最后将初步形成的体系（包含护理监测手册、电子化监测记录单、患者自我监测日记）在 30 例患者上做 2 个月的预试验，得到医护人员和患者的反馈，根据反馈对体系进行调整和优化，得到最终版[6]。

1.3 实施方法

对照组患者接受常规护理，即遵医嘱给药，常规进行生命体征监测，患者出现不适主诉时给予对症处理并记录。观察组在常规护理的基础上，建立本研究构建的护理监测体系，（1）即治疗前基线评估和风险告知，用专用评估表全面评价患者的生理状况、器官功能、用药情况，找出出血、感染、心脏等高危因素，对患者及其家属做有针对性的风险告知。（2）治疗中动态监测和主动筛查，根据药物性质来制定个体化的监测时间表（每天测血压、心率，每两周测一次血常规、肝肾功能、电解质、心电图等），护士主动询问、检查常见的不良反应症状，而不是只依靠患者的主诉。（3）规范记录、分级应对，所有的监测结果都统一记录在电子化表单上，一旦出现异常就对照 CTCAE 标准进行分级，并启动相应的标准化干预预案（1–2 级不良反应加强观察和对症护理，3 级以上立即报告医生并协同处理）。（4）持续性教育和自我管理支持，给患者发放图文版的自我管理手册，教授患者如何识别早期预警症状，记录自己的自我监测日记（出血倾向、皮疹变化等），加入微信群定期推送相关知识和答疑。

1.4 统计学方法

使用 SPSS 25.0 统计软件进行数据分析。计数资料用例数(n)、百分比(%)来表示，组间比较用卡方检验(x^2 检验)。符合正态分布的计量资料用均数加减标准差($\bar{x} \pm s$)表示，组间比较用独立样本 t 检验；不符合正态分布者用非参数检验。等级资料比较用秩和检验。所有的检验都是双侧检验，P < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者不良反应监测效果的比较

实施护理监测体系之后，观察组对不良反应早期识别率以及严重不良反应控制都比对照组好。观察组护士在患者主诉之前主动发现不良反应的比例为 91.7%，比对照组高很多，差异有很高的统计学意义（x^2=10.753，P=0.001）。从严重（≥3 级）不良反应发生率来看，观察组为 13.3%，对照组为 28.3%，观察组明显低于对照组，差异有统计学意义（x^2=4.744，P=0.029）。具体数据如表 1 所示。

2.2 两组患者治疗依从性及相关指标的比较

在治疗依从性相关的指标上，观察组也取得了优势。因不良反应导致的治疗延迟或中断发生率，观察组为 8.3%（5/60），显著低于对照组的 20.0%（12/60），差异有统计

学意义（ χ^2=4.444，P=0.035）。另外用癌症患者自我管理能力量表（CPSS）分别在干预前和干预后（治疗第 4 周期末）对两组患者进行评价，结果表明干预前两组总分无差异(P > 0.05)，干预后观察组自我管理能力总分明显高于对照组，差异具有高度的统计学意义(t=4.782，P < 0.001)。从护理满意度（使用 Likert 5 级评分法）上来说，观察组的满意度评分比对照组高，P<0.001。具体的数字见表 2。

表 1　两组患者不良反应监测效果比较 [n(%)]

分组	例数	早期识别率（%）	严重（≥3 级）不良反应发生率（%）
对照组	60	41 (68.3)	17 (28.3)
观察组	60	55 (91.7)	8 (13.3)
x^2 值		10.753	4.744
P 值		0.001	0.029

表 2　两组患者治疗依从性及相关指标比较

指标	对照组 (n=60)	观察组 (n=60)	统计量值	P 值
治疗延迟/中断发生率 [n(%)]	12 (20.0)	5 (8.3)	x^2=4.444	0.035
自我管理能力总分（干预后，$\bar{x} \pm s$）	32.5 ± 5.1	38.2 ± 4.3	t=4.782	<0.001
护理满意度评分（$\bar{x} \pm s$）	3.6 ± 0.8	4.4 ± 0.5	t=5.216	<0.001

3 讨论

本文针对淋巴瘤靶向治疗不良反应管理中存在的临床问题，创建起一个结构化的护理监测体系，并将其应用到临床当中。结果说明该体系的实行大大提高了不良反应管理的质量和效率[7]。体系中提出要采取“主动监测”、“标准干预”的方法来达到好的效果。观察组 91.7%的早期识别率同体系里确定的监测清单、固定评估时间以及要求护士主动询问、检查的程序是紧密联系在一起的。改变了传统模式下被动等待患者报告的滞后性，使很多 1 到 2 级的轻度不良反应（无症状的血压升高、轻度皮疹）在早期就被发现了并得到处理，从而有效地防止了这些事件的发展成更严重的 3 到 4 级事件，从观察组严重不良反应发生率（13.3%）明显低于对照组（28.3%）的结果中可以得到直接的证明[8-9]。早期干预不但可以减轻患者痛苦，还可以减少因为严重不良反应造成治疗中断的风险，观察组治疗延迟、中断发生率（8.3%）明显低于对照组（20.0%），说明该研究结论是正确的，即早期干预可以提高靶向治疗的连续性以及累积疗效[10]。

因此，本文建立的淋巴瘤靶向治疗不良反应护理监测体系是有效的、可以推广的临床护理实践模式。它用结构化、标准化的途径对不良反应进行精细化、前瞻性的管理，改善患者治疗的安全性和生活质量的同时，也提高了护理专业价值的内涵[11-12]。

参考文献：

[1]王剑琼, 郑婉茹, 李凤, 陈文婷, 施乐, 王静. 1 例滤泡性淋巴瘤合并肛周鲍温病患者的围手术期多学科协作护理实践[J]. 上海护理, 2026, 26 (06): 82-84.
[2]刘源. 自我超越理论护理在淋巴瘤化疗患者中的应用效果[J]. 中国民康医学, 2026, 38 (10): 173-176.
[3]沈闪华, 高佳, 张筱媛. 弥漫大 B 细胞淋巴瘤合并脓毒血症及冷凝集素综合征患者的护理[J]. 护理与康复, 2026, 25 (05): 77-79.
[4]田君君, 马为杰, 张帆. 5E 康复理论的系统性护理干预在淋巴瘤患者中的应用效果[J]. 慢性病学杂志, 2026, 27 (03): 399-402.
[5]林圆圆, 朱诗卉, 孙文瑞. 心脏恶性淋巴瘤巨大占位并发恶性心律失常 1 例的护理[J]. 中国乡村医药, 2026, 33 (03): 58-60.
[6]李素琴, 何倩宜, 洪晓英, 黎骞. MPNFS 理论指导下的舒适化护理在淋巴瘤患者中的回顾性队列研究[J]. 中西医结合护理(中英文), 2026, 12 (01): 197-200.
[7]徐丽, 万滢, 陈琳, 唐叶丹, 雷路, 陈芳媛, 冯丽娟. 非霍奇金淋巴瘤患者自体造血干细胞移植 BEAM 或 BEAMF 预处理方案的护理[J]. 护理学杂志, 2026, 41 (02): 54-56.
[8]许圣美, 陈羽田, 王建群, 田园. 非霍奇金淋巴瘤患者应用 G-CSF 联合普乐沙福进行自体造血干细胞二次动员的护理[J]. 浙江临床医学, 2026, 28 (01): 136-137+140.
[9]李学娜, 张苗, 吴韦韦, 张倩. 以症状管理理论为基础的全过程护理在淋巴瘤患者延续护理中的应用[J]. 医学理论与实践, 2026, 39 (01): 127-130.
[10]刘莹, 裴淼, 李林林. SBAR 沟通模式下焦点解决护理非霍奇金淋巴瘤患者遵医行为及心理状态的影响分析[J]. 山西卫生健康职业学院学报, 2025, 35 (06): 66-68.
[11]于姝姝. 协同护理干预在淋巴瘤患者中的应用价值分析[J]. 中国典型病例大全, 2026, 20 (01): 1339-1343.
[12]李小东. 护理干预在恶性淋巴瘤患者 CT 检查中的应用效果评价[J]. CT 理论与应用研究(中英文), 2025, 34 (S1): 247-250.