

# 一例 HIV 合并胆囊癌伴肝转移的多学科诊疗与护理

史文 王慧群 俞曦

南京中医药大学附属南京医院(南京市第二医院) 江苏 南京 210000

**摘要:** 本文分享一例 HIV 合并胆囊癌伴肝转移患者的多学科诊疗与护理。临床 HIV 合并胆囊癌伴肝转移的病例较少,暂无对比的大量样本论证各种治疗方案的优劣之处。本病例全程伴随多学科诊疗与护理,虽预后较差,但治疗过程规范,不良反应给与了及时有效的处理,希为相似疾的诊疗、护理提供参考。

**关键词:** HIV; 胆囊癌; 肝转移; 多学科诊疗; 护理

## Multidisciplinary diagnosis, treatment and nursing of a case of HIV with gallbladder cancer and liver metastasis

Wen Shi Huiqun Wang Xi Yu

Nanjing Hospital Affiliated to Nanjing University of Traditional Chinese Medicine (Nanjing Second Hospital), Nanjing, Jiangsu, 210000

**Abstract:** This paper shares the multidisciplinary diagnosis, treatment and nursing care of a case of HIV combined with gallbladder cancer and liver metastasis. There are few cases of clinical HIV combined with gallbladder cancer and liver metastasis, and there is no large number of comparative samples to demonstrate the advantages and disadvantages of various treatment options. This case was accompanied by multidisciplinary diagnosis, treatment and nursing throughout the whole process. Although the prognosis was poor, the treatment process was standardized, and the adverse side effects were dealt with in a timely and effective manner. It is hoped that it can provide a reference for the diagnosis, treatment and nursing of similar diseases.

**Key words:** HIV; Gallbladder cancer; Liver metastasis; Multidisciplinary treatment; Nursing

胆囊癌(gallbladder cancer, GBC)是起源于胆囊及胆总管黏膜上皮的恶性肿瘤, GBC 具有高度异质性、发病隐匿、易扩散转移,多数病例发现时已属晚期,文献报道晚期的 GBC 患者 5 年生存率不足 5%<sup>[1]</sup>。目前治愈胆囊癌的唯一机会是手术切除,但只有 10%~30% 的患者可行根治性手术<sup>[2]</sup>。基于多学科诊疗(multidisciplinary treatment, MDT)的基础<sup>[3]</sup>,对于不能够进行外科切除术但又需要接受相应治疗的 GBC 患者,参考《胆囊癌诊断和治疗指南》(2019 版)的最新解读<sup>[4]</sup>。现报道一例人类免疫缺陷病毒 HIV(Human Immunodeficiency Virus;abbr)即艾滋病(AIDS,获得性免疫缺陷综合征)合并 GBC 伴肝转移患者的治疗护理过程:

### 1 资料和方法

#### 一般资料

患者,男,年龄:53 岁,婚姻:已婚,病史摘要:患者 10 余天前体检行腹部超声检查,提示:肝内低回声包块,胆囊底部低回声区,胸部 CT 提示肝占位,CEA146ng/ml, AFP5.3ng/ml, GGT764.9U/L, AST69.2U/L, ALT71.2U/L,遂于 3 月 29 日行上腹部 CT 平扫+增强检查,提示:肝脏

多发占位(肝左叶最大 53mm \*45mm)、胆囊底部囊壁增厚,胆总管肝门部管壁略增厚伴强化,胆囊来源肿瘤伴肝脏多发转移可能;左肾囊肿,肝内部稍大淋巴结。于 2022 年 03 月 31 日 10 时 45 分因门诊拟“肝占位”入院。患者自诉偶有腹部隐痛感,无咳嗽咳痰,无畏寒发热,无胸闷心悸,无恶心呕吐,无明显腹痛腹胀,饮食睡眠可,二便正常,近期体重无明显变化。既往有艾滋病病史 11 年,控制较好,目前口服齐多拉米双夫定片+依非韦伦片抗病毒治疗。查体:36.3, 90, 75, 11488。神志清晰,呼吸平稳,回答切题,口齿清晰,体查合作,全身皮肤黏膜无黄染,无瘀点瘀斑。无出血点,全身浅表淋巴结:无肿大,颈软,无抵抗,颈静脉无充盈,气管居中,胸部外形正常,叩诊双肺呈清音,双侧呼吸运动对称。双肺呼吸音清,双肺未闻及干啰音、湿啰音 90 次/分,律齐,未闻及,腹部平坦,无压痛,无反跳痛,肝脏肋下未触及,脾脏肋下未触及,无浮肿,病理征阴性。专科情况:腹部平坦,无压痛,无反跳痛,肝脏肋下未触及,脾脏肋下未触及,双下肢无浮肿。

### 2 诊断及治疗

2.1 2022 年 4 月 1 日,肝病科首诊:

(1) 确诊: GBC; (2) 鉴别诊断: 继发性肝癌。因该患者 AFP 阴性, 复查 CEA 癌胚抗原 :140.26ng/ml, 需考虑胆囊肿瘤肝转移。处理措施: 患者在 4 月 2 日行肝穿刺活检术后病理未见肿瘤细胞, 但影像学考虑胆囊恶性肿瘤伴肝转移。治疗: 继续予以保肝、降酶、护胃、抗病毒等综合治疗。

2.2 2022 年 4 月 19 日, 请外院病理会诊示:

完善 PET-CT 检查, 再次行肝占位穿刺术。二次肝占位穿刺术后病理提示:(肝占位) 示硬化的间质内见中分化腺癌。注: 免疫组化标记结果支持病变为腺癌, 且来源于胆管/胰腺导管、胃等可能性大, 癌细胞示: CDX-2(+++), CK20(灶+), CK7(+++), GATA-3(-), GPC-3(-), Hep-1(灶+), Ki67(约 40%), NapsinA(-), PAX-2(-), Pax-8(-), TTF-1(-), Villin(+++). 确诊: 肝继发恶性肿瘤, 胆囊恶性肿瘤, 脂肪肝, 单纯性肾囊肿, 艾滋病。

2.3 2022 年 4 月 20 日, 肝科联合感染科、肝胆外科会诊

治疗: 因无相关案例参考, 考虑到 HIV 患者在抗病毒效果较好的情况下行免疫联合化疗治疗。04.21 10:21 深静脉置管(CVC)术。分别于 2022.4.22/4.29/5.13/5.20/6.3/6.10, 行化疗, 方案为: GEMOX(吉西他滨+奥沙利铂)。于 2022.5.18/6.8/7.5, 行卡瑞利珠单抗治, 7.11 加用恩沃利单抗 200mg, 7.12 加用紫杉醇 200mg, 替吉奥胶囊 BID, 50mg14 天。患者因化疗期间发生骨髓抑制、化疗后再障, 06.22 17:02 骨髓穿刺术, 危急值多次报告: 血液分析+网织红: 血红蛋白: 41g/L, 中性粒细胞百分比: 25.7%, 血小板:  $8 \times 10^9/L$ , 总胆红素: 190.6 $\mu\text{mol/L}$ 。患者感心慌、乏力, 发热 T 最高 39.6 $^{\circ}\text{C}$ , 心率大于 120 次/分, 消瘦, 体重较前下降 20kg, 脱发严重, 双下肢水肿。治疗: 予以输注 B+ 红悬(输血记录: 06.23 11:08/06.24 11:50/06.26 10:50)、加用促红素、人粒细胞刺激因子(吉粒芬)300ug、加用甲泼尼龙 40mgbid、加用比阿培南抗感染、加用丙球、白蛋白等支持治疗,

2.4 2022 年 07 月 21 日, 皮肤科、感染科会诊:

患者手掌、颈部出现皮疹且进展较快, 考虑药疹可能且与 HIV 免疫表达症状相区分, 给予抗过敏治疗, 同时激素加量至 80mgqd。患者目前病情危重, 给予下病重、监测生命体征。07.23 患者症状较前加重, 07.22 给予激素加量, 甲泼尼龙 120mgqd, 同时; 今日复查血常规, 白细胞、中性粒细胞较前升高明显, 给予停用吉粒芬; 血小板较前下降明显, 考虑利奈唑胺副作用, 给予停用利奈唑胺, 加用白介素 11 升血小板处理; 患者热峰未见下降, 血培养、真菌检

查均未见异常, CT 未见明显的感染灶。07.25(大便): 隐血试验: 阳性心包少许积液; 两侧胸腔新发少量积液; 附见: 胆囊壁增厚伴肝左右叶交界区占位, 肝内胆管扩张。治疗: 继续予以保肝、降酶、护胃、抗病毒等综合治疗, 但比阿培南降级为头孢曲松。

2.5 2022.07.25 经 ICU 会诊, 全科讨论:

患者病情进展迅速, 不排除 HIV 免疫缺陷影响, 有呼吸窘迫、心功能衰竭等可能, 转至 ICU 进一步治疗。诊断: 呼吸衰竭, 重症肺炎, 胆囊恶性肿瘤, 肝继发恶性肿瘤, 化疗后骨髓抑制。患者 20:00 突发胸闷气促, 鼻导管 5L/min 吸氧下  $\text{SpO}_2$  93%,  $\text{P}130$  次/min,  $\text{R}35$  次/min,  $\text{BP}115/69\text{mmHg}$ 。查体: 神志清, 心率 130 次/min, 律齐, 心音低钝, 双肺可闻及干湿啰音, 巩膜黄染。急查血气分析: 血气分析(分院)(全血): 血液酸碱度: 7.47, 二氧化碳分压: 36mmHg, 氧分压: 117mmHg, 结合胸部 CT 考虑急性肺损伤, 低氧血症, 2022.07.26 01:06 气管插管记录, 07.28 11:02 拔除气管插管记录。治疗: 继续抗病毒治疗; 加强监护、高流量吸氧, 监测氧合变化、必要时气管插管呼吸机辅助通气; 患者高热, 完善 CT 检查, 予美罗培南抗感染、给予激素抗炎平喘、茶碱扩张支气管、加强护胃等治疗。07.29 09:36 五官科会诊: 鼻腔粘膜稍有充血, 未见活动性出血, 左侧咽壁片状淤血, 无活动性出血。建议: 继续观察, 暂无处理。2022.08.02 患者病情平稳 ICU 转至肝科进一步治疗。

2.6 2022.08.09 肝科会诊:

给予超声引导下经皮经肝胆囊穿刺引流术, 引流量共约 500ml, 考虑免疫反应引起胆红素升高可能性小。治疗: 给予停用吗替麦考酚酯, 激素减量。08.16 复查血小板较前升高, 胆红素较前稍下降, 复查 CT 肺部炎症基本吸收, 肝内胆管扩张较前好转, 自觉症状改善随后于办理出院回家休养。

### 3 护理诊断及措施

3.1 治疗平稳期, 护理诊断及措施 护理诊断:

(1) 化疗不良反应: 骨髓抑制: 与使用化疗药物有关。措施: 在化疗期间注意患者血象变化, 防止感染, 尽量给与住单间病房, 减少探视, 固定探视, 注意保持口腔、肛周及会阴的清洁, 减少病原菌的侵袭; 密切观察患者体温的变化, 及时发现感染征象, 血小板尖山时防止出血, 嘱患者减少活动, 避免磕碰, 以软毛牙刷刷牙; 当患者出现头痛、恶心、意识模糊等症状时, 应警惕颅内出血, 应与肝昏迷鉴别, 及时给与心电监测生命体征; 关注化疗带来的消化道反应,

及时用药,给与患者既有营养又符合低脂要求的营养餐,保证机体对营养物质摄取吸收的要求。(2)有CVC置管感染的危险:与患者免疫力下降使用免疫制剂外界感染源侵袭有关。措施:预防导管血流相关感染,严格无菌操作,导管传此处换药1次/周,严密观察穿刺局部皮肤有无红肿、渗血、渗液、分泌物颜色、量,观察导管刻度有无变化滑进或滑出;预防导管堵塞,每次输液完后使用生理盐水脉冲式正压封管;妥善给与导管“U”型双固定,防止导管滑脱。(3)焦虑:与担心疾病预后有关。措施:虽然该患者心态较好,但化疗是一个漫长、并发症多、费用高的一个治疗方法,给与患者及时的沟通和反馈,鼓励患者,能最大程度上促进治疗护理的依从性。(4)保密性隐私的需求:与患者HIV携带相关。措施:给与患者人格尊重,不得歧视患者,替患者保密,适当的肢体接触,使患者心理舒适,某种意义上可促进疾病康复的。

### 3.2 治疗危重症期,护理诊断及措施 ICU护理诊断:

患者潜在的呼吸衰竭、感染性休克与骨髓抑制、化疗再障等病情变化有关。措施:密切监测患者生命体征、神志意识状态的变化,记录每小时尿量,及时反馈相关信息;随时判断病情发展、进阶变化,预备相应的抢救药品、器械;协助患者体位舒适,饮食合理;用药准确及时无误;心里护理,及时与患者沟通交流,关注患者心理状态变化。

## 4 讨论

本病例仅作为个案体现了多学科诊疗下一例HIV伴胆管癌肝转移患者的治疗护理全过程。虽预后较差,但基于《GBC诊断和治疗指南》(2019版)的最新解读,免疫加化疗的治疗方案显然是最适合该患者在不能手术下的最佳治疗方案。从病理反复判定到治疗方案的确定,再到治疗带来的副反应下,多次多学科会诊给出的有效解决方案都能体

现出多学科诊疗优势。各种治疗方案,尤其是化疗、免疫治疗在不同癌症患者身上的表达都具有很明显的个体差异性,这就值得我们在对癌症患者施实治疗时持具有选择积极对抗性。在患者经济能力支持且对治疗有需求的情况下,多学科诊疗护理无疑是对疾病治疗最好输出方式。如该患者未经过多学科诊疗采取传统手术、介入加化疗的治疗手段,那将是一叶障目,顾此失彼,没有严谨的多学科诊疗护理过程,则易对疾病治疗期间不良反应的利害关系出现考虑不周全的情况。

### 参考文献:

[1]D' Hondt M,Lapointe R,Benamira Z,et al. Carcinoma of the gallbladder:Patterns of presentation,prognostic factors and survival rate. An 11-year single centre experience[J].Eur J Surg Oncol, 2013,39(6):548-553.

[2]Misra S,Chaturvedi A,Misra NC,et al.Carcinoma of the gallbladder[J].Lancet Oncol,2003,4(3):167-176.

[3]Kurpad R, Kim W,Rathmell WK,et al.A multi disciplinary approach to the management of urologic malignancies:does it influence diagnostic and treatment decisions?[J].Urol Oncol,2011,29(4):378-382.

[4]付佳禄,李起,张东,耿智敏.《胆囊癌诊断和治疗指南》(2019版)更新解读[J].肝胆胰外科杂志,2020,32(11):659.660.

### 作者简介:

史文,女,本科,主管护师,肝病科。