

1 例利妥昔单抗注射液治疗弥漫大 B 细胞淋巴瘤 并发喉头水肿患者的护理

陈 焱

(陆军军医大学第一附属医院 重庆西南医院 肿瘤科, 重庆, 400038)

摘要: 通过总结 1 例使用利妥昔单抗注射液治疗弥漫大 B 细胞淋巴瘤出现严重呼吸道过敏反应的处置办法及护理要点, 主要是通过对高危患者的筛选、输注前护理、用药护理、过敏反应的护理、气道的管理等措施进行干预, 实现对高危患者的及早识别, 以及对发生严重呼吸道过敏反应患者的及早正确处置, 以期控制药物不良反应, 确保患者平稳度过化疗期。

关键词: 弥漫大 B 细胞淋巴瘤; 利妥昔单抗注射液; 水肿; 静脉; 气管

中图分类号: R 473.73 **文献标志码:** A **文章编号:** 2096-0867(2018)02-0176-03

Nursing management of laryngeal edema induced by rituximab therapy for diffuse large B cell lymphoma: with a case report

CHEN Yao

(Department of Oncology, The First Hospital Affiliated to AMU Southwest Hospital, Chongqing 400038)

ABSTRACT: To summarize the treatments and nursing points of laryngeal edema induced by rituximab therapy for diffuse large B cell lymphoma. Nursing interventions mainly included screening of high-risk patients, nursing care before infusion, medication care, anaphylactic reaction control and airway managements, for the purpose of identifying patients with potential risk of severe allergic reaction, preventing adverse drug reaction and ensure the safety of patients during chemotherapy.

KEY WORDS: diffuse large B cell lymphoma; rituximab; laryngeal edema; vein; trachea

利妥昔单抗注射液是一种人鼠嵌合性单克隆抗体的生物制剂, 可与细胞表面的 CD20 抗原特异性结合而快速清除带有 CD20 的肿瘤细胞^[1-2]。非霍奇金淋巴瘤多起源于 B 淋巴细胞, CD20 抗原的表达多出现在前 B 淋巴细胞晚期、成熟 B 淋巴细胞, 而 95% 以上的造血干细胞、祖细胞、浆细胞、其它正常组织细胞则无 CD20 抗原的表达^[3-4]。因此, CD20 成为治疗非霍奇金淋巴瘤的理想作用靶点, 但是由于利妥昔单抗注射液的生物制品属性, 容易引起患者过敏反应, 轻症患者多以荨麻疹为表现, 而重症患者则可出现支气管痉挛、喉头水肿、呼吸困难等严重过敏反应^[5]。重庆西南医院肿瘤科收治了 1 例颈部弥漫大 B 细胞淋巴瘤的患者, 首次输注利妥昔单抗注射液

行分子靶向治疗后出现严重喉头水肿, 经医护人员积极抢救和护理, 患者得以成功救治, 病情稳定出院。现报告如下。

1 临床资料

患者男性, 48 岁, 因“发现颈部包块 1 月余”入院, 免疫组化结果: CD20(+)、CD45(+)、CD79a(+)、Ki67(+)、CD3(-), 诊断为弥漫大 B 淋巴瘤, 化疗指征明确, 患者否认高血压、糖尿病病史, 既往无食物、药物过敏史。采用 CHOP 方案化疗联合利妥昔单抗注射液分子靶向治疗。输注利妥昔单抗注射液前 30 min 予以预防性抗过敏治疗, 即地塞米松 5 mg 缓慢静推, 盐酸异丙嗪 12.50 mg 肌肉注射。患者第 1 瓶利妥昔单抗

注射液 100 mg 加入生理盐水 100 mL 中静脉滴注,调整速度为 30 mg/h,输注 30 min 后未见明显不良反应,遂将输注速度调整至 50 mg/h,输注 2 h 后患者突发呼吸困难、胸闷伴面色苍白,呈进行性加重,否认皮肤瘙痒,查体:体温 37.10℃,心率 100 次/min,呼吸 30 次/min,收缩压/舒张压 100/70 mmHg,血氧饱和度(SpO_2) 85%,喉头 III 度水肿,双肺呼吸音粗,双下肺满布哮鸣音,心律齐,全身未见明显皮疹。立即停止输注利妥昔单抗注射液,面罩吸氧,取端坐位,以生理盐水建立双侧静脉通道,并予以盐酸肾上腺素 1 mg、地塞米松 10 mg 静推,床旁行气管切开术,10 min 后患者生命体征平稳,PR 20 次/min,血氧饱和度 98%,抢救成功。后继续输注利妥昔单抗注射液组液体,未见不良反应。次日继续予 CHOP 方案化疗,输注顺利,未见明显不良反应。

2 护理

2.1 高危患者筛选

利妥昔单抗注射液作为生物制剂,首次使用患者易出现过敏反应,护理人员应当在输注前对高危患者进行筛选,主要高危因素包括:存在药物或食物过敏、肥胖、既往有输血、血液制品及多胎妊娠史患者、肿瘤体积较大、合并呼吸道疾病、吸烟指数高、上呼吸道感染、胸廓畸形、心脏功能不全、一般情况较差等^[6]。针对高危患者护理人员在输注利妥昔单抗注射液时,应适当降低用药浓度,减慢输注速度,同时输注前患者床旁应常规备好氧气、急救车(含气管切开包)、心电监护仪、以便患者在发生过敏反应后可以迅速判断,进行有效抢救。同时高危患者在输注利妥昔单抗注射液过程中护理人员应当加强巡视,及早发现患者不良反应。

2.2 输注前护理

利妥昔单抗注射液价格昂贵,患者及家属对其治疗期望过高,而对其安全性认识常不深入,一旦出现不良反应时常表现出紧张、焦虑、恐惧等负面情绪。护理人员应当在患者输注前向其讲解利妥昔单抗注射液的主要药理作用、作用机制、常见不良反应表现及其预防措施,以便出现不良反应时可有效缓解患者及家属的不良情绪,增强患者治疗的依从性,确保化疗的顺利完成^[7]。同时针对弥漫大 B 淋巴瘤患者,由于其包块常位于颈部,常压迫气道,一旦输入利妥昔单抗注射液后常

造成肿瘤细胞的溶解入血,诱发急性过敏反应^[8]。因此,输注前需要仔细观察包块质地、大小、部位、皮温、疼痛感,并尽可能避免挤压、刺激包块,定期对包块进行消毒。

2.3 用药护理

2.3.1 药物配置及存放:遵医嘱按药品说明书配制使用药物,在无菌条件下抽取所需剂量的利妥昔单抗配置在 0.9% 的生理盐水或 5% 的葡萄糖医用溶液中,轻柔的颠倒注射袋使溶液混合,避免产生泡沫,静脉注射前观察注射液有无颗粒或变色。小瓶的利妥昔单抗注射液(100 mg/10 mL)输注完毕后再配制大瓶的利妥昔单抗注射液(500 mg/50 mL),以减少患者不良反应风险,降低经济损失。配好的液体室温一般存放 12 h,2~8℃下可存放 24 h^[9]。每次滴注利妥昔单抗注射液前应预先使用解热镇痛药和抗组胺药,若治疗方案中不包括皮质激素还应该预先使用糖皮质激素。

2.3.2 输注速度:首次输注利妥昔单抗注射液起始速度为 50 mg/h,1 h 后可每 30 min 增加 50 mg/h,直至最大速度 400 mg/h。第 2 次注射开始速度可为 100 mg/h,每 30 min 增加 100 mg/h,直至最大速度 400 mg/h。可以使用输液泵或高效避光调控输液器输注。输注过程中严密床旁心电监护,输注过程中前 1 h 每 15 min 监测 1 次,以后每 1 h 监测 1 次,注意观察有无异常情况,及时报告医生。

2.4 过敏反应的护理

据文献研究^[10]报道,利妥昔单抗注射液的主要不良反应是与输注相关的细胞因子释放综合征,大多数患者会经历输注相关事件,临床表现为发热、寒战、头晕、头痛、无力、恶心、呕吐、脸红、支气管痉挛或低血压,且多发生于首次给药 30~120 min 内。患者使用药物后若出现上述过敏反应,应立即停止输注利妥昔单抗注射液,并予以抗过敏药物行抗过敏治疗,根据病情进行降温、吸氧等对症处理。待过敏反应控制后再行输注,并适当稀释输注浓度,减慢输注速度。

2.5 气道管理

患者若出现急性喉头水肿且程度较重时,应果断行气管切开术。气管切开前,向患者及家属交代气管切开的必要性,气管切开后患者不能有效用语言表达其诉求时,应当合理安慰患者,缓解患者不良情绪。气管切开后要定期观察气管导

管通畅性,明确有无出血、梗阻、皮下气肿、气胸等;定期对气管导管消毒;定期湿化气道,气管切开后前3 d 每1 h 均应开气囊1次^[11]。术后症状缓解拔除气管导管时需要观察有无皮下气肿,气道梗阻、气胸、大出血等术后并发症。

3 讨论

近年来随着弥漫大B淋巴瘤的病理生理学、分子生物学研究的突飞猛进,淋巴瘤的免疫治疗已经取得了重要进展。利妥昔单抗注射液作为CD20单抗在治疗非霍奇金淋巴瘤方面具有重要作用,其自身的生物制品属性导致较容易诱发过敏反应,而严重呼吸道过敏反应若得不到尽早的诊疗将会对患者造成重大伤害^[12-13]。本研究通过对1例应用利妥昔单抗注射液治疗弥漫大B淋巴瘤患者的护理过程进行总结探讨,认为防治利妥昔单抗注射液诱发呼吸道严重过敏反应的关键在于对高危患者的识别、输注前护理及气道管理,通过加强评估、调整输注速度、密切观察,有助于降低用药期间的呼吸道不良反应,提高患者生活质量。

参考文献

- [1] AWASTHI A, ROLLAND DCM, AYELLO J, et al. A comparative global phosphoproteomics analysis of obinutuzumab (GA101) versus rituximab (RTX) against RTX sensitive and resistant Burkitt lymphoma (BL) demonstrates differential phosphorylation of signaling pathway proteins after treatment[J]. *Oncotarget*, 2017, 8(69): 113895 - 113909.
- [2] TESHIMA K, OHYAGI H, KUME M, et al. Refractory CD20 - positive peripheral T-cell lymphoma showing loss of CD20 expression after rituximab therapy and gain of CD20 expression after administration of vorinostat and gemcitabine[J]. *Rinsho Ketsueki*, 2017, 58(11): 2227 - 2231.
- [3] PERRY A M, DIEBOLD J, NATHWANI B N, et al. Non-Hodgkin lymphoma in the Far East: review of 730 cases from the international non-Hodgkin lymphoma classification project[J]. *Brit J Haematol*, 2016, 172(5): 716 - 723.
- [4] SINGH V, GUPTA D, ALMASAN A. Development of Novel Anti-Cd20 Monoclonal Antibodies and Modulation in Cd20 Levels on Cell Surface: Looking to Improve Immunotherapy Response[J]. *J Cancer Sci Ther*, 2015, 7(11): 347 - 358.
- [5] 杜红娣, 宋华. 美罗华泵速调节时间表在美罗华治疗过程中的应用[J]. *护理研究*, 2013, 27(7): 589.
- [6] TACHI T, YASUDA M, USUI K, et al. Risk factors for developing infusion reaction after rituximab administration in patients with B-cell non-Hodgkin's lymphoma[J]. *Pharmazie*, 2015, 70(10): 674 - 677.
- [7] 崔扬, 苗华, 马筱慧, 等. 淋巴瘤患者输注美罗华时不良反应的预防和护理[J]. *中国组织工程研究*, 2014, 18: 212.
- [8] 杨小燕, 翟勇平, 刘海宁, 等. (R)-EPOCH 方案治疗39例初发弥漫大B细胞淋巴瘤的长期随访研究[J]. *中国实验血液学杂志*, 2014, 22(2): 333 - 338.
- [9] 张海峰. 新型人源化抗CD20抗体的设计及生物学功能研究[D]. 上海: 第二军医大学, 2013.
- [10] NAIR R, GHEITH S, LAMPARELLA N. Rituximab-Induced Splenic Rupture and Cytokine Release[J]. *Am J Case Rep*, 2016, 17: 165 - 169.
- [11] 徐婷婷, 李茂琴, 许铁. 持续声门下吸引负压对气管切开患者气囊压的影响[J]. *护理学杂志*, 2012, 27(22): 50 - 52.
- [12] 李燕, 杨明珍. 弥漫大B细胞淋巴瘤免疫组化标记的预后意义及利妥昔单抗对其影响临床研究[J]. *中国实用内科杂志*, 2014, 34(2): 187 - 190.
- [13] 徐淑芬, 白海, 王存邦, 等. 利妥昔单抗联合CHOP方案治疗弥漫大B细胞淋巴瘤临床疗效[J]. *现代肿瘤医学*, 2014, 22(8): 1945 - 1947.

(本文编辑:尹佳杰)