

※内科护理

# 1例老年恶性肿瘤患者使用免疫检查点抑制剂致3级结肠炎的护理

李苗苗,熊宇

(华中科技大学同济医学院附属协和医院 消化科,湖北 武汉 430000)

**[摘要]** 总结1例恶性肿瘤老年患者使用免疫检查点抑制剂致3级结肠炎的护理经验及管理策略。住院期间及时做好免疫检查点抑制剂致结肠炎的评估和识别,积极进行抗炎、止泻等针对性治疗,严密监测大便次数,加强营养支持治疗。及时判别腹泻的原因,进行针对性的治疗后,患者腹泻好转,患者住院20 d后腹泻次数明显减少,病情好转出院。

**[关键词]** 免疫检查点抑制剂; 结肠炎; 腹泻; 护理

**[中图分类号]** R473.5 **[文献标识码]** B **[DOI]** 10.16460/j.issn1008-9969.2020.04.059

免疫检查点是一类免疫抑制性分子,这些抑制分子可诱导T细胞凋亡、抑制活化T细胞的功能,而肿瘤细胞则可利用对免疫系统的抑制作用逃避机体的免疫监控和杀伤<sup>[1]</sup>。免疫检查点抑制剂能够解除此种抑制,重新激活T淋巴细胞,使免疫系统再次获得杀伤肿瘤细胞的能力<sup>[2]</sup>。目前,已被美国食品药品监督管理局批准用于恶性肿瘤治疗的免疫检查点抑制剂有抗程序性死亡受体1单抗/配体1单抗(抗PD-1单抗/抗PD-L1单抗)、抗细胞毒性T淋巴细胞相关抗原4单抗(抗CTLA-4单抗)<sup>[1]</sup>。免疫检查点抑制剂在增强免疫细胞活性的同时,也会诱发特有的免疫相关不良反应<sup>[3]</sup>。免疫相关不良反应多发生于皮肤、胃肠道、肺、内分泌器官等,其中,胃肠道毒性多表现为腹泻(8%~19%),亦会出现严重结肠炎(3%),表现为剧烈腹痛、血便、腹膜刺激征等<sup>[3]</sup>,严重时可能诱发重度脱水和肠穿孔<sup>[4]</sup>。我科于2019年6月20日收治1例因使用免疫检查点抑制剂(抗PD-1单抗)并发严重腹泻的老年恶性肿瘤患者,经精心治疗和护理好转出院,现报道如下。

## 1 临床资料

患者男性,70岁,于2012年发现右肾癌并行右肾切除术。2015年体检发现右肺占位,术后病理示肺透明细胞癌,2018年4月复查考虑左肺转移。2018年6月—2019年1月规律行抗PD-1单抗—欧狄沃治疗,使用方法为:180 mg欧狄沃加入100 mL 0.9%氯化钠溶液中静脉滴注。患者于2019年1月无明显诱因突发腹泻,为黄色稀水样便,腹泻每天十几次,伴肛门坠胀感。几天后解血便,伴肛门疼痛。1月31

日行结肠镜检查示直肠溃疡。6月23日复查肠镜示回盲部、升结肠、横结肠、降结肠、乙状结肠、直肠全黏膜弥漫性重度充血、肿胀、糜烂。入院后患者体温36.8~39.5℃。患者腹泻好转,患者住院20 d后腹泻次数明显减少,病情好转出院。

## 2 护理

**2.1 腹泻的护理** 免疫检查点抑制剂致结肠炎的个性化处理 对照美国国立癌症研究所常见不良反应事件评价标准4.0版结肠炎及腹泻的临床表现分级,本例患者符合3级腹泻和3级结肠炎的诊断标准<sup>[5]</sup>。患者入院后腹泻每天十几次,给予思密达、亿活等止泻药物对症处理,同时给予辰佑等黏膜保护药物,缓解腹泻。患者入院第5天,大便培养提示酵母真菌感染,遵医嘱停用亿活,加用米雅调节菌群失调,加用大蒜素胶囊抗真菌治疗。参照美国临床肿瘤学会临床实践指南中对3级腹泻的管理办法<sup>[6]</sup>,告知患者暂时停用欧狄沃,并告知患者此药物的作用机理及其对胃肠道的不良反应。同时告知患者此不良反应虽不多见,但是可逆的、可治疗的,治疗效果一般良好<sup>[7]</sup>,减轻患者的心理负担。患者入院第10天,复查肺部计算机断层扫描检查后提示肺部炎症好转后,遵医嘱开始进行激素冲击治疗,静脉输注氢化可的松300 mg/d,5 d后给予口服强的松片40 mg/d,每2周减5 mg,告知患者出院后定期随诊减少激素用量。激素治疗期间,严密监测患者生命体征变化,及时复查血常规、电解质等指标。患者激素冲击治疗期间,生命体征平稳,腹泻次数减少为3~5次/d,激素治疗第5日,腹泻次数降为2次。同时,抗炎治疗期间,患者体温波动在36.9~37.9℃。

## 2.2 营养不良的护理

**2.2.1 营养的三级诊断** 患者为老年恶性肿瘤患

[收稿日期] 2019-11-11

[作者简介] 李苗苗(1990-),女,河南周口人,硕士,护士。

[通信作者] 熊宇(1974-),女,湖北武汉人,本科学历,主管护师。

者,身高 168 cm,体质量 48 kg,体质量指数(body mass index, BMI)为 17.01,体质量过低。根据中国抗癌协会肿瘤营养与支持治疗专业委员会推荐的恶性肿瘤患者营养三级诊断标准<sup>[8-9]</sup>,患者入院 24 h 内,对患者进行营养的一级诊断:营养筛查。责任护士根据“营养风险筛查方法 NRS2002”测评患者属“营养高风险”<sup>[10]</sup>。患者入院 48 h 内,责任护士在我院营养师的指导下对患者进行二级诊断:营养评估。根据患者主观整体评估量表,患者主观整体评估量表评分为 15 分(重度营养不良)。参考 2015 年欧洲肠外肠内营养学会对营养不良的定义<sup>[11]</sup>,该患者同样符合营养不良的诊断标准。2015 年版老年医学(病)科临床营养管理指导意见指出对于存在营养不良或营养风险的患者均应进行营养干预<sup>[12]</sup>。因此,入院第 2 d,对患者实施营养干预,结合患者既往急性肾损伤病史,指导患者家属给予患者高热量、优质低蛋白、少渣、低纤维素饮食。同时进一步对患者实施营养的三级诊断:综合评价。在患者入院第 72 h,在医生、营养师、护士长和责任护士的共同参与下,对患者进行营养支持治疗。

2.2.2 肠内营养支持治疗 咨询我院营养科专家,为患者制定能量和蛋白质的需要量分别为:30~35 kCal/(kg·d)、1.0~1.5 g/(kg·d)。患者体质量 48 kg,每日所需能量为 1 440~1 680 kCal,蛋白质为 48~72 g。入院第 3 天给予能全力肠内营养支持治疗。每 500 mL 能全力含能量 500 kCal,蛋白质 20 g。考虑到该患者长期处于低摄入少活动的半饥饿状态,机体已逐步适应并稳定于低代谢状态,再喂养时,可能将打破此代谢状态和相对稳定的内环境。发生以低磷血症、低钾血症、低镁血症为主要表现的再喂养综合征<sup>[13]</sup>。因此,在肠内营养开始的前 3 d 内,能全力的口服量分别为 300 mL/d、300 mL/d、500 mL/d,之后保持在每天 500 mL,每日均分 5 次口服。餐后评估患者是否有腹痛、腹胀、腹泻、呕吐等胃肠道不适症状。患者对能全力耐受良好,使用肠内营养支持治疗期间未发生不良反应。随着患者营养状况的不断改善,进食量增加。入院第 12 天能全力减为每日 300 mL,入院第 14 天停止肠内营养治疗,从流质饮食过渡到普通饮食。

2.2.3 肠外营养支持治疗 为达到最佳治疗目的,采用肠内肠外营养联合支持的治疗策略。肠外营养治疗时,患者入院第 4 天给予布利特(脂肪乳氨基酸),该营养液包含复方氨基酸溶液 750 mL 和 20% 脂肪乳注射液,该营养液总能量为 800 kCal。同时按

照血生化指标,为患者补充电解质、微量元素和维生素。进一步补充复合氨基酸,改善负氮平衡,同时积极监测水、电解质、酸碱平衡。患者住院期间营养支持治疗的依从性较好,未发生肠内、肠外营养治疗相关并发症。入院第 10 天,患者主诉左下肢及左足背部水肿,查血白蛋白为 27.4 g/L,遵医嘱补充人血白蛋白 50 mL 静脉滴注 1 次/d,记录 24 h 出入水量,严格限制水的摄入量。5 d 后患者左下肢水肿缓解,复查血白蛋白 35 g/L。

#### [参 考 文 献]

- [1] 黎华丽,郑勇斌.结直肠癌免疫治疗的研究进展[J].山东医药,2019,59(19):90-93.DOI:10.3969/j.issn.1002-266X.2019.19.026.
- [2] 张智博,李晔,李涛,等.肿瘤患者临床特征与免疫检查点抑制剂疗效及患者预后关系的研究进展[J].癌症进展,2019,17(8):869-873.DOI:10.11877/j.issn.1672-1535.2019.17.08.01.
- [3] 孔胜男,余智操,张琼,等.肿瘤免疫检查点抑制剂的心脏不良反应及管理策略[J].中国免疫学杂志,2019,35(12):1514-1517.DOI:10.3969/j.issn.1000-484X.2019.12.022.
- [4] 汪龙,王莉,周宁宁,等.免疫检查点抑制剂致结肠炎的研究进展[J].中国新药与临床杂志,2019,38(3):135-140. DOI:10.14109/j.cnki.xyyle.2019.03.002.
- [5] NIH. Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE)v4.0[EB/OL].(2010-06-14)[2019-02-11].https://ctep.cancer.
- [6] Brahmer JR, Lacchetti C, Schneider BJ, et al.Management of Immune-related Adverse Events in Patients Treated with Immune Checkpoint Inhibitor Therapy-american Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline[J].J Clin Oncol,2018,36(17):1714-1768.DOI:10.1200/JCO.2017.77.6385.
- [7] Davies M. How Checkpoint Inhibitors Are Changing the Treatment Paradigm in Solid Tumors What Advanced Practitioners in Oncology Need to Know[J]. J Adv Pract Oncol, 2016,7(5):498-509. DOI:10.6004/jadpro.2016.7.5.3.
- [8] 石汉平.恶性肿瘤患者营养诊断及实施流程[J].中国实用外科杂志,2018,38(3):257-261.DOI:10.19538/j.cjps.issn1005-2208.2018.03.05.
- [9] 唐中权.原发性肝癌营养不良三级诊断的营养筛查手段和评价工具[J].肿瘤代谢与营养电子杂志,2019,6(1):120-124. DOI:10.16689/j.cnki.cn11-9349/r.2019.01.023.
- [10] 中华医学会肠外肠内营养学分会.肠外肠内营养学临床指南系列一-住院患者肠外营养支持的适应证(草案)[J].中国危重病急救医学,2006,18(10):591-594.DOI:10.3760/j.issn:1003-0603.2006.10.005.
- [11] Cederholm T,Bosaeus I,Barazzoni R,et al.Diagnostic Criteria for Malnutrition-An ESPEN Consensus Statement[J]. Clin Nutr,2015,34(3):335-340. DOI:10.1016/j.clnu.2015.03.001.
- [12] 容丹,潘丰慧,马慧珍.1 例老年 2 型糖尿病营养不良患者的营养护理[J].护理学报,2018,25(4):63-64.DOI:10.16460/j.issn1008-9969.2018.04.063.
- [13] 曹伟新.老年恶性肿瘤患者的营养支持策略[J].中国医学信息导报,2010,25(13):20-21.

[本文编辑:江 霞]