

1 例无症状性放射性肺炎患者的病例分析

李山河¹, 薛鸿林² (1. 福建漳州市中医院药剂科 漳州 363000; 2. 解放军第175医院/厦门大学附属东南医院药学科 漳州 363000)

摘要:目的 探讨临床药师参与放射性肺炎的药物治疗方案的制定以及早期诊断提供指导。方法 通过参与1例无症状性放射性肺炎患者的治疗,对该案例诊治方法、放射性肺炎相关影响因素以及用药注意事项等进行分析总结。结果 定期相关检查和合理用药能及时并有效控制放射性炎症的进展。结论 激素为主的综合治疗是放射性肺炎的基本治疗手段,但早发现、早诊断、早治疗才是关键。

关键词:放射性肺炎; 病例分析; 诊断; 治疗

中图分类号: R969.4 文献标识码: B 文章编号: 1006-3765(2018) 06-08167-0236-02

肿瘤放射治疗是通过放射线治疗肿瘤的一种有效治疗方法。大约40%的癌症可以运用放射治疗达到根治的目的,放射治疗已成为临床医生在治疗肿瘤中常使用的有力武器之一。胸部肿瘤进行放射线治疗最常见的并发症之一就是放射性肺炎(Radiation pneumonitis, RP),部分患者在此并发症早期表现为无临床症状,容易被忽视,错过治疗的最佳时期,放射性肺炎发生率达5%~15%^[1],如不及时治疗,可能导致肺间质广泛纤维化,造成不可逆损害,它不仅影响患者的生活质量,还影响进一步治疗,严重的甚至出现呼吸衰竭导致死亡。本文通过对一例放射性肺炎患者的治疗分析,探讨放射性肺炎患者的药物治疗原则。

1 病史

患者,男,68岁,2017.02.15以“降结肠癌肝肺转移姑息术后4个月”为主诉入院。缘于2016.09患者出现排便习惯改变,入院经相关检查结果,诊断为(乙状结肠)腺癌,并发现肝右叶、胸2椎体、双肺多发转移。2016.10.14行“姑息性降结肠切除术”,术后诊断:降结肠癌并腹腔多发转移;术后病理:(降结肠)①中分化腺癌浸润肠管壁全层及壁外纤维脂肪组织;②自检肠系膜淋巴结(12/12)见到癌转移。2016.11.17胸腹部盆腔CT:两肺多发结节、肝多发结节,考虑转移瘤;吻合口肿瘤复发继发左侧输尿管轻度积水;腹膜后多发小淋巴结。2016.11.24全脊柱MRI平扫:胸2椎体转移瘤,继发椎管狭窄。2016.11.25至12.19行胸2椎转移瘤一程姑息放疗(DT:4000cGy/20F),同步续贯mFOLFOX方案化疗3周期。2017.01.04复查CT示:与2016.11.17比较,两肺多发结节较前稍缩小;肝多发结节较前有所缩小;结肠癌术后吻合口肿瘤复发化疗后复查较前吸收;腹膜后多发小淋巴结较前缩小。之后继续行mFOLFOX方案化疗3周期。既往无相关肺炎病史;吸烟40年,日30支。入院诊断:①降结肠癌并肝、肺、骨多发转移(pT3N2bM1b,Ⅳ期);②姑息性降结肠切除术。

2 诊治经过

本次入院患者一般情况尚可,无畏寒、发热,无咳嗽、咳痰。入院查体:生命征平稳,呼吸16次/min,节律齐,触诊语颤两侧对称,双肺叩诊呈清音,两肺呼吸音清,未闻及干湿性罗音;住院期间血常规检查见(图2)。2017.02.15至03.07予注射用还原型谷胱甘肽2.4g ivd qd、注射用复合辅酶0.1mg ivd qd、氨基酸注射液(18种)12.5g ivd qd、胸腺五肽冻

干粉10mg im qd。2017.02.17患者无特殊不适;复查胸腹部盆腔CT:与2017.01.04对比,两上肺放射性肺炎(见图1A、B),两肺散在多发微小结节较前变化不大;肝内多发微小低密度结节较前变化不大;结肠癌术后吻合口肿瘤复发化疗后复查,吻合口壁稍增厚。C-反应蛋白 $11\text{mg}\cdot\text{L}^{-1}$,降钙素原 $0.041\text{ng}\cdot\text{mL}^{-1}$ 。血培养无细菌、厌氧菌生长。2017.02.17至03.03予甲泼尼龙琥珀酸钠注射液40mg ivd qd,兰索拉唑注射剂30mg ivd qd,头孢曲松钠注射剂2g ivd qd,复方异丙托溴铵吸入用溶液(2.5mL)联合布地奈德吸入用混悬剂(2mL) bid雾化吸入。2017.02.18呼吸内科会诊,考虑两上肺放射性肺炎。2017.03.03患者一般情况可,复查胸部CT示两上肺放射性肺炎较前稍吸收(见图1C),左上肺一结节较前稍增大,其它结节较前吸收缩小,疗效评价好转;肺功能检查,FVC $2.91\pm 0.45\text{L}$,FEV₁ $2.09\pm 0.51\text{L}$,DLCO $16.57\pm 3.71\text{mL}/\text{mm}^2\cdot\text{Hg}\cdot\text{min}$ 。甲泼尼龙逐渐减量,出院时改为口服醋酸泼尼松片,门诊随访定期复查。

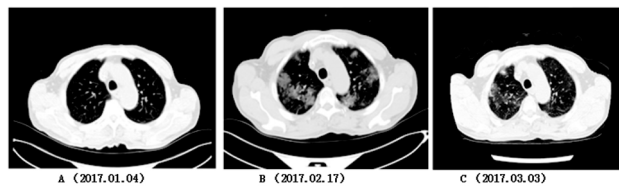


图1 胸部CT检查图像

3 讨论

3.1 根据相关文献报道^[24],影响RP发生的主要危险因素有:合并慢性肺疾病、放疗前肺功能差、糖尿病患者、放化同步治疗、老年患者等;同时RP的发生与放疗剂量、照射体积及照射速度成正比。在放疗期间预防性应用放射保护剂氨磷汀注射液,可以降低患者的RP发生率。本案例为无相关肺炎病史的老年患者,吸烟史40年;明确诊断为降结肠癌并肝、肺、骨多发转移,既往放、化疗期间未使用减轻放射性肺损伤的药物,且在放疗期间同步多周期化疗;从DVH上获取的双肺接收大于30Gy剂量照射的肺体积占全肺总体积的百分比(V30)为18.9%,故有潜在RP发生的危险。

RP的诊断主要根据患者相关临床症状、影像学检查等进行综合判断。RP患者血清C-反应蛋白和降钙素原水平会升高^[5],对于诊断RP有一定的参考价值,但特异性不高。该患

者在放疗前未行肺功能检查,出院时肺功能检查 DLCO 16.57 ± 3.71 mL/mmHg·min,对于 RP 患者特别是 DLCO 在放疗后会显著降低^[6],建议在放疗前后行肺功能检查,有助于 RP 的诊断。本次入院患者一般情况可,无咳脓痰、发热等病原菌感染症状,无哮鸣音等支气管哮喘急性发作体征。血培养无细菌、厌氧菌生长;查 C-反应蛋白 $11\text{mg} \cdot \text{L}^{-1}$,降钙素原 $0.041\text{ng} \cdot \text{mL}^{-1}$;胸部 CT 示原放射区域发现片状高密度模糊影;结合呼吸内科医师会诊;故 RP 诊断成立。

3.2 RP 采用激素为主的综合治疗,基本原则为即时、足量、足够时间使用糖皮质激素,但不宜长期使用。该患者激素采用静脉与雾化吸入相结合方式给药,两种给药方式疗效无明显差异^[7],雾化吸入主要起局部作用,安全性好,不良反应少;静脉给药作用范围广,对其它部位的放射性炎症也可起到治疗作用,但不良反应相对较多,两者结合具有一定优势。当症状体征控制后应考虑停止激素治疗,一般情况下疗程为 2 周,治疗后应进行疗效判定。复查 CT 患者病灶逐渐吸收缩小,疗效评价好转,甲泼尼龙先减量至 30mg ivd qd 2 天后,再减剩余的 $1/2$,3 天后全撤改口服醋酸泼尼松片 20mg qd,以后每 5 天递减 5mg 直至停药。同时根据患者情况给予非甾体类药物、吸氧、平喘、止咳、化痰、营养支持等对症治疗。

RP 患者在使用糖皮质激素治疗时,为减轻其对脑下垂体促皮质激素释放的抑制程度,临床药师建议在早晨(7~8 时)一次给药。应用大剂量激素缓解症状,同时也增加了不良反应如诱发或加重消化道溃疡、感染、反跳现象以及可能导致肿瘤复发和转移等严重限制了临床应用^[8],故不可作为预防用药。RP 患者极易合并细菌感染,根据 NCCN 指南^[9],癌症患者合并呼吸道感染以 G^- 菌常见, G^+ 菌有上升趋势,多为混合感染;在使用糖皮质激素时,应给予抗生素预防感染,可选头孢曲松钠注射剂 2g ivd qd,疗程为 1 周;当泼尼松 $>0.5\text{mg} \cdot \text{kg}^{-1}$ 或地塞米松 $0.075\text{mg} \cdot \text{kg}^{-1}$,考虑用质子泵抑制剂预防糖皮质激素不良反应^[10],可用兰索拉唑注射剂 30mg ivd qd。

4 小结

采用上述方法,可以早期发现并及时有效治疗,放射性炎症基本能得到控制,预后良好。药物选择上,以糖皮质激素作为主要治疗药物,同时联用注射用还原型谷胱甘肽降低放射性肺炎及肺纤维化发生率^[11];也可考虑使用盐酸氨溴索注射

液、痰热清注射液以及维生素 C 注射液等综合治疗。激素长期大剂量使用易产生各种不良反应,临床药师应做好药学监护减少药物不良反应,同时积极做好健康教育:指导患者进行呼吸锻炼,戒烟戒酒,注意保暖,预防感冒等。因此,只要对患者胸部肿瘤进行放射线照射治疗,在放疗前应详细询问病史,完善各项检查,放疗是否存在禁忌;在放疗过程中,应密切关注患者的症状和相关检查,以预防为主;RP 发生后,应及时干预和综合治疗,尽可能准确地了解相关情况,对相应的治疗方案全程进行药学监护,并定期检查相关的指标。只有早发现、早诊断、早治疗才能避免损害进一步加重。

参考文献

- (1) 鲍艳红,黄常新.放射性肺炎的发病机制及其防治研究进展(J).实用医学杂志,2015,31(21):3621-3623.
- (2) 段晨阳,刘梦颖,吴剑,等.肺癌放射性肺炎危险因素的 Meta 分析(J).循证医学,2013,12(10):106-115.
- (3) Ozawa Y, Abe T, Omae M, et al. Impact of Preexisting Interstitial Lung Disease on Acute, Extensive Radiation Pneumonitis: Retrospective Analysis of Patients with Lung Cancer (J). PLoS One, 2015, 10(10): e0140437.
- (4) 朱恒博,许斌,宋启斌.阿司福汀减少非小细胞肺癌放射性肺炎发生的 Meta 分析(J).华中科技大学学报(医学版),2015,46(6):731-736.
- (5) 张燕,李辉,唐未名,等.血清降钙素原与 C-反应蛋白水平诊断放射性肺炎的临床价值(J).中华医院感染学杂志,2016,16(15):1512-1516.
- (6) 马绍峰,王鹏.三维适形放疗 III 期非小细胞肺癌肺功能与放射性肺炎临床观察(J).临床肺科杂志,2009,14(2):199-201.
- (7) 陈作明,林连兴,许鸿鹞,等.不同途径应用糖皮质激素治疗急性放射性肺炎的疗效观察(J).现代诊断与治疗,2015,26(1):170-171.
- (8) 陈立伟,贾英杰.中医药防治放射性肺炎进展(J).中医学报,2015,30(4):472-474.
- (9) NCCN Clinical Practice Guideline in Oncology. Prevention and treatment of cancer-related infections (M). V. 1. 2012.
- (10) 郑松柏,姚健风.老年人质子泵抑制剂合理应用专家共识(J).中华老年病研究电子杂志,2015,14(1):1-7.
- (11) 黄东明,马国生.放射性肺炎防治研究进展(J).大众科技,2015,12(9):90-92.

不动杆菌临床感染的分布及耐药性分析

苏丽霞(河南省安阳市灯塔医院检验科 安阳 455000)

摘要:目的 探讨我院分离不动杆菌的鉴定及对抗生素耐药情况,并了解其在临床标本中的分布情况。方法 对我院 2014 年 01 月~2017 年 01 月间分离出的不动杆菌的回顾性调查和统计分析。结果 检出不动杆菌 5 种共 155 株,分别为鲍曼不动杆菌、洛菲不动杆菌、溶血不动杆菌、琼氏不动杆菌、醋酸钙不动杆菌。其中以鲍曼不动杆菌为主(81.9%)。临床分离株不动杆菌主要来源于痰标本(75.5%)。药敏结果显示:鲍曼不动杆菌耐药率高,呈现多重耐药性,较为敏感的药物有亚胺培南/西司他丁(98.5%)、美罗培南(96.9%),其余 16 种抗菌药物的敏感株均在 50% 以下;其他 4 种不动杆菌耐药率低,多重耐药性较少。结论 我院检出的不动杆菌以鲍曼不动杆菌为主,标本主要来源是痰液,鲍曼不动杆菌对 18 种抗菌药物有多重耐药性,而洛菲不动杆菌、溶血不动杆菌、琼氏不动杆菌、醋酸钙不动杆菌对 18 种抗菌药物有较好的敏感性。