



• 临床研究 •

鼻咽 NK/T 细胞淋巴瘤化疗致低钾血症 1 例报告

浦小燕 李辉蓉 重庆市肿瘤研究所血液肿瘤科 400030

摘要: NK/T 细胞淋巴瘤给予化疗出现低钾血症的报道较少见, 本文报道 1 例鼻咽 NK/T 细胞淋巴瘤化疗致低钾血症的病例, 供临床参考。

关键词: NK/T 细胞淋巴瘤 化疗 低钾血症

中图分类号: R733.1 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2016) 13-090-01

低钾血症是指人体血清中钾元素浓度低于正常值的一种临床症状。临床上将低钾血症分为轻度低钾血症(血清钾浓度 $3.0 \sim 3.5 \text{ mmol/L}$)、中度低钾血症(血清钾浓度 $2.5 \sim 3.0 \text{ mmol/L}$)、重度低钾血症(血清钾浓度 $< 2.5 \text{ mmol/L}$) 3 种类型^[1]。其主要临床表现为: 肌无力、倦怠、腹胀、尿潴留、呼吸困难、心律失常等, 严重时可发生心力衰竭。用于抗肿瘤的化疗药物在杀灭肿瘤细胞的同时, 对正常细胞的生长繁殖也有抑制作用, 同时可导致抗体一系列不良反应。低钾血症也是化疗后的并发症之一。我科 1 例 NK/T 细胞淋巴瘤患者化疗后出现低钾血症, 报道如下。

1 病例

患者徐勇, 男, 26 岁, 身高 172cm, 体重 60kg, 2015.3 因“左侧鼻塞于当地医院手术治疗, 术后病理提示(左侧鼻腔) 结外 NK/T 细胞淋巴瘤, 鼻型, 侵袭性”。6 月于我院院外切片会诊示“左侧鼻腔 > NK/T 细胞淋巴瘤, 鼻型。免疫组化: Vim(+); CK 广(-); CD56(+); CD2(+); CD3(+); CD7(++); CD20 散在(+); CD79a 散在(+); TIA(+); 粒酶 B(+); CD30(-); EMA(-); ALK(-); CD68 散在(+); Ki-67(+) 75%。临床诊断鼻咽 NK/T 细胞淋巴瘤, 骨髓活检: < 髓后上嵴骨髓活检 > 增生活跃骨髓象, 三系均见, 未见确切肿瘤累及。临床分期 IIB 期, IPI 评分中低危。

2 治疗过程

于 2015 年 6 月、2015 年 7 月予 CHOP+ 培门冬酶(环磷酰胺 1.2 g_d_1 + 盐酸吡柔比星 70 mg_d_1 + 硫酸长春新碱 2 mg_d_1 + 培门冬酶 $3750 \text{ U}_\text{d}_1$ + 泼尼松片 $100 \text{ mg}_\text{d}_1$ -5) 方案联合化疗 2 个疗程, 化疗后患者鼻塞、流脓涕及额部胀痛症状明显好转, 评估 PR。于 2015 年 8 月-2015 年 9 月开始双剂化疗、双鼻腔、右上颌窦、鼻咽部位放疗, 剂量 $2 \text{ Gy} \times 28 \text{ F}$ 。放疗过程中出现 II 度骨髓抑制, 口腔溃疡, 经升白细胞对症治疗好转出院。患者为进一步治疗于 2015 年 10 月 21 日入院, 入院后给予常规护理, 完善各项检查, 10 月 21 日血常规示: 白细胞(WBC) $3.98 \times 10^9/\text{L}$, 红细胞(RBC) $4.97 \times 10^{12}/\text{L}$, 血红蛋白(HGB) 138 g/L , 血小板(PLT) $134 \times 10^9/\text{L}$ 。血生化示: 谷草转氨酶(AST) 21.1 U/L , 肌酐 65.3 umol/L , 于 10 月 24 日给予 CHOP+ 培门冬酶(环磷酰胺 1.2 g_d_1 + 盐酸吡柔比星 70 mg_d_1 + 硫酸长春新碱 2 mg_d_1 + 培门冬酶 $3750 \text{ U}_\text{d}_1$ + 泼尼松片 $100 \text{ mg}_\text{d}_1$ -5) 方案联合化疗及止吐保胃等支持治疗。10 月 25 日患者出现寒颤, T: 39.9°C , 立即急查血常规、血培养、电解质、降钙素原及 C 反应蛋白及超敏 C 反应蛋白, 结果回示: WBC $0.53 \times 10^9/\text{L}$, NEUT% $0.36 \times 10^9/\text{L}$, PLT $101 \times 10^9/\text{L}$, K 2.88 mmol/L , PO 71 mmol/L , 其余无异常, 考虑发热性中性粒细胞减少症及电解质紊乱, 遵医嘱给予赖安匹林肌注降温, 粒细胞集落刺激因子升白, 哌拉西林他唑巴坦抗感染支持治疗, 床旁隔离, 紫外线消毒, 密

切观察病情变化。10 月 26 日继续遵医嘱予以升白抗感染补钾等对症支持治疗。10 月 27 日患者复查电解质, 接检验科危急值报告: 血钾 1.41 mmol/L 。查看患者: 精神欠佳、四肢乏力、四肢肌力二级, 自诉近两日纳差呕吐。

目前考虑低钾原因: (1) 进食摄入不足, (2) 呕吐排泄过多, (3) 药物所致。立即遵医嘱予以心电图监护、吸氧、深静脉穿刺置管, 微量泵静脉补钾, 完善床旁心电图: 窦性心律 67 次/分, 完全性右束支传导阻滞, ST-T 改变。急查血气分析, 肾功、尿常规、甲功, 同时加强患者家属沟通, 继续密切观察患者病情变化, 遵医嘱复查电解质, 及时对症处理。11 月 3 日复查血象及电解质, 结果回示: WBC: $3.40 \times 10^9/\text{L}$, PLT: $129 \times 10^9/\text{L}$, HGB: 119 g/L , Na: 141.16 mmol/L , K: 3.1 mmol/L , Cl: 103.06 mmol/L , Ca: 2.33 mmol/L , P: 1.41 mmol/L , 电解质逐渐恢复正常, 密切检测钾的变化。

3 讨论

通常血清钾含量 $< 3.0 \text{ mmol/L}$ 的急性低钾血症患者会出现突出的临床表现, 发病原因和机制^[2] (1) 缺钾性低钾血症。钾摄入不足, 禁食、厌食、偏食等, 排出过多, 胃肠道丢失, 肾丢失等; (2) 转移性低钾血症: 呼吸性或代谢性碱中毒, 使用大量葡萄糖, 尤其是在服用胰岛素时, 周期性瘫痪等; (3) 稀释性低钾血症。

低钾血症的症状主要体现在肌肉无力、瘫痪, 急性者尤为明显^[3], 临床表现可有四肢无力, 上肢轻于下肢、胸闷、呼吸加快、头晕、口周麻木、手脚抽搐症状等。抗生类药物导致低钾血症的发生机制是其可使肾小管内外电位差增大, 并可促进远曲小管和集合管的泌钾功能, 从而使钾重吸收减少, 而排出增多^[5]。肾上腺皮质激素类药物有促进组织分解代谢, 促使细胞外钾离子转移入细胞内, 且有增加肾小球滤过及减少肾小管重吸收的作用, 在使尿量增加的同时, 使体内的钾离子流失, 造成低钾^[6]。

低钾血症是肿瘤患者化疗常见的并发症之一, 出现低钾血症除积极给药补钾外, 更应做好预防措施, 密切监测电解质指标, 观察化疗后的不良反应, 严密监测患者的病情变化, 及时发现患者的危机征兆和预警信号, 加强健康教育, 提高患者自我检测意识, 保证补钾安全, 做好应急措施, 防止发生心律失常及呼吸肌麻痹以减少肿瘤患者化疗相关并发症的发生, 促进患者早日康复。

参考文献

- [1] 张如意, 赵茜. 低钾血症 97 例患者病因及临床特点分析 [J]. 宁夏医学杂志, 2011, 13 (9): 67-69.
- [2] 黄峻, 陆凤翔. 内科学 [M]. 北京: 科学技术出版社, 2002: 868.
- [3] 李鸣凤. 林可霉素静滴致四肢无力低钾血症 6 例 [J]. 药物不良反应杂志, 2005-07-06.

(上接第 89 页)

危险因素, 提示我们在临床宫颈炎合并持续性高危型 HPV 的防治上, 积极控制危险因素可能有助于减少宫颈炎合并持续性高危型 HPV 的发生。

参考文献

- [1] 黎瑞英. 慢性宫颈炎的诊疗研究进展 [J]. 北方药学, 2011, 8(3): 36-38.
- [2] 马凤兰, 辛殿虹. 宫颈炎康栓治疗宫颈高危型人乳头瘤病毒感染疗效观察 [J]. 北方药学, 2015, 12(10): 65.

• 90 •

- [3] 谢幸, 苟文丽. 妇产科学 (第 8 版) [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013, 254-258.

- [4] 庞丽蓉. 育龄期女性人乳头瘤病毒感染情况及相关因素分析 [J]. 中国计划生育和妇产科, 2016, 8(5): 69-71.
- [5] 左学鸾, 舒丽莎. 女性宫颈病变、人乳头瘤病毒感染及相关危险因素研究进展 [J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(32): 5352-5355.
- [6] 梁凌云, 杜辉, 张薇, 等. 深圳市城乡女性人乳头瘤病毒感染相关因素调查 [J]. 中华流行病学杂志, 2013, 34(8): 796-799.