

## · 护理园地 ·

## 两种干细胞移植治疗失代偿期肝硬化的护理比较

汪文洋<sup>1</sup>, 岑爱萍<sup>2</sup>, 郭汝佳<sup>1</sup>, 沈秋月<sup>1</sup>

**[摘要]** 目的 探讨不同干细胞移植治疗失代偿期肝硬化患者心理和疼痛等临床特点的异同及其护理对策。方法 患者分为自体骨髓干细胞移植组(A组,  $n=13$ )和脐血干细胞移植组(B组,  $n=35$ )。分析两种干细胞移植治疗程序的异同, 采用焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)对患者焦虑程度及内涵等进行调查, 同时比较疼痛性质等其他临床要素。结果 A 和 B 组术前焦虑发生率分别为 84.6% (11/13) 和 65.7% (23/35) ( $P>0.05$ )。积极心理干预后, 焦虑发生率分别降至 38.5% (5/13) 和 31.4% (11/35), 与本组干预前比较有统计学意义( $P<0.05$ ); 仍有焦虑者, 其程度明显减轻。“预期焦虑”和“临场焦虑”同时存在。焦虑内涵既有相同, 也存在各自特点。A 组患者对疼痛的焦虑和反应重于 B 组。所有患者均未出现大出血、感染等严重并发症。结论 自体骨髓干细胞移植患者对手术安全性和疼痛的焦虑有高于脐血干细胞移植患者的趋势。积极的针对性心理干预可显著缓解患者的焦虑, 增加对疼痛等的耐受性, 确保治疗依从性。

**[关键词]** 脐血; 骨髓; 干细胞移植; 肝硬化失代偿期; 心理; 护理

**[中图分类号]** R575.2 **[文献标志码]** B **[文章编号]** 1672-271X(2012)03-0258-03

干细胞移植治疗肝硬化失代偿期是近年来一大临床研究热点<sup>[1-2]</sup>。干细胞可取自体骨髓, 也可取自新生儿脐带血, 后者的应用近年来有增多趋势。两种干细胞的获取途径不同, 移植过程对患者身体的侵入性和心理影响各具特点, 并进而影响患者的治疗依从性。我科 2010 年 5 月至 2011 年 2 月对 48 例肝硬化失代偿期患者分别实施经肝动脉插管自体骨髓干细胞和脐血干细胞移植术。现将两组患者护理要素, 特别是心理护理之异同报告如下。

## 1 对象与方法

**1.1 对象** A 组接受自体骨髓干细胞移植术 13 例, 男 11 例, 女 2 例, 中位年龄 43 (26~62) 岁, 均为乙型肝炎肝硬化失代偿期患者。B 组接受脐血干细胞移植术 35 例, 男 20 例, 女 15 例, 中位年龄 56 (34~78) 岁, 乙型肝炎肝硬化失代偿期 26 例, 乙型肝炎肝硬化伴急性肝衰竭 1 例, 乙型肝炎肝硬化失代偿期伴原发性肝癌 1 例, 丙型肝炎肝硬化失代偿期 2 例, 酒精性肝硬化失代偿期 3 例, 原发性胆汁性肝硬化失代偿期 1 例, 不明原因肝硬化失代偿期 1 例。

**1.2 治疗方法** A 组: 首先应用重组人粒细胞集落刺激因子(rhG-CSF)进行骨髓动员 3 d 左右。局部消毒、局部浸润麻醉后, 以 18 号穿刺针刺入髂后和

髂前上棘骨髓腔, 以 20 ml 注射器在肝素抗凝下抽取骨髓总计 100~140 ml, 置于一一次性抗凝血液保存袋中轻轻旋转摇匀以防骨髓凝结。应用骨髓干细胞分离试剂盒在层流室无菌超净台上分离骨髓干细胞, 所获细胞数量约为  $(4\sim10)\times10^9$  个, 以生理盐水稀释至 50 ml。在 X 线透视、局部浸润麻醉和无菌条件下行肝动脉插管, 将骨髓干细胞经肝动脉缓慢注入肝脏。最后用生理盐水 10~20 ml 冲洗导管。B 组: 选择正常妊娠产妇, 排除乙型肝炎、丙型肝炎、艾滋病、梅毒等传染性疾病及相关遗传学疾病。胎儿娩出并断脐后, 立即消毒脐带, 采集脐血 80~120 ml 并贮存于一一次性抗凝血液保存袋。在层流室超净台上按脐血干细胞分离试剂盒说明书进行操作, 提取脐血干细胞总数约为  $(2\sim15)\times10^9$  个, 以生理盐水稀释到 50 ml, 同 A 组行经肝动脉插管介入治疗。

**1.3 统计学处理** 采用 SPSS 13.0 统计软件的  $\chi^2$  检验对心理干预前后的焦虑发生率进行比较,  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 护 理

### 2.1 心理状态及心理干预

**2.1.1 心理状态评估方法** 采用焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)<sup>[3]</sup>测试患者术前焦虑状态及心理干预的效果。SAS 共设 20 个条目, 最低 20 分, 最高 80 分; 50~59 分为轻度焦虑, 60~69 分为中度焦虑, 70~80 分为高度焦虑。在确定接受治疗的次日和正式接受治疗的当日分别进行焦虑

**作者简介:** 汪文洋(1976-), 女, 江苏淮安人, 大专, 护士, 从事肝病和感染病临床护理研究工作

**作者单位:** 210002 江苏南京, 解放军 81 医院, 1. 全军肝病中心, 2. 护理部

**通讯作者:** 岑爱萍, E-mail: cenaiping@gmail.com

评估。

**2.1.2 术前心理状态评估结果** 调查显示,两组患者术前总体上均存在“焦虑”和“期望”相结合的心理状态,但两组焦虑发生率存在差异见表 1。术前焦虑发生率在 A、B 两组分别达 84.6% (11/13) 和 65.7% (23/35),虽无显著性差异( $P>0.05$ ),但 A 组焦虑发生率相对较高。焦虑一般为轻度,少数患者可有中度焦虑。

表 1 两组患者焦虑发生率的比较[n(%)]

焦虑状态	A 组(n=13)		B 组(n=35)	
	干预前	干预后	干预前	干预后
无明显焦虑	2(15.4)*	8(61.5)	12(34.3)*	24(68.6)
轻度焦虑	9(69.2)*	5(38.5)	20(57.1)*	11(31.4)
中度焦虑	2(15.4)*	0(0.0)	3(8.6)*	0(0.0)
重度焦虑	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)

注:与本组干预后比较,\* $P<0.05$

**2.1.3 心理干预措施及效果** 针对两组患者焦虑内容的差异,进行有侧重的针对性健康教育和心理疏导。耐心细致向患者讲解干细胞移植的疗效及安全性,告知患者干细胞不会引起排异和变态反应,也不会引起肿瘤,移植过程一般不会引起严重出血和显著疼痛。对 A 组患者,强调抽取适量骨髓不会对健康造成影响,骨穿的轻度疼痛完全能够忍受,不会引起持久或剧烈疼痛。对 B 组患者,强调脐血经过严格检验,可排除乙型肝炎病毒、丙型肝炎病毒及获得性免疫缺陷病毒等的感染及相关遗传性疾病。经心理干预,A 组 2 例和 B 组 3 例中度焦虑患者缓解为轻度焦虑,近半数轻度焦虑患者转为无明显焦虑(表 1),A、B 两组无明显焦虑者百分率分别升至 61.5% 和 68.6%,仍有轻度焦虑症状的患者其 SAS 分值也有所降低。所有患者在心理干预后均能配合医护人员顺利完成干细胞移植过程。术后 1 周内所有患者的焦虑情绪均得以消除。

**2.2 疼痛的护理** 疼痛主要出现于三种情况:①多点骨髓穿刺(见于 A 组)术中及术后所经受的局部疼痛,其中 4 例疼痛明显;②经股动脉插管术中及术后可有一定痛感;③术后卧床期间可出现腰背及下肢酸痛。护理措施:实施心理疏导,激发患者信心,对腰背部和下肢适当按摩,所有患者在未用止痛剂的情况下均顺利度过疼痛期。

**2.3 穿刺部位的护理** 重点做好:①术前双侧腹股沟及会阴部常规备皮;②术后绝对卧床休息 24 h,股动脉插管肢体制动 8 h;③穿刺点以动脉止血器压迫

止血 6 h,若出血停止,则撤除止血器,但应继续观察穿刺部位有无渗血、血肿,足背动脉搏动及下肢皮温等;④保持骨髓穿刺点及股动脉穿刺部位皮肤清洁干燥,及时更换敷料;⑤卧床期间可适当进行远段肢体按摩,改善局部血液循环。

**2.4 病情观察** 重点做好:①术中及术后严密观察体温、血压、脉搏和呼吸等生命体征;②密切观察移植相关并发症(如感染、穿刺部位出血、过敏、失眠等,A 组 2 例出现尿潴留)和终末期肝病固有并发症(肝性脑病、脑水肿、腹水、自发性腹膜炎、上消化道出血、肝肾综合征及肝肺综合征等);③警惕与长期卧床相关的深静脉血栓等。

**2.5 饮食护理** 根据肝功能和肝性脑病状态适当补充蛋白质。可摄入一定量的粗纤维以保持大便通畅。根据腹水多少,控制饮水量和摄入盐分。指导所有肝硬化患者进食做到缓慢、细软、易消化、少食多餐,以免诱发食管-胃底静脉曲张破裂而导致上消化道出血。

**2.6 出院指导** 告知患者注意劳逸结合,保证睡眠充足,学会自我调节情绪,保持心境乐观,树立战胜疾病的信心。养成良好饮食习惯,注意营养平衡,进易消化食物等。定期进行干细胞移植疗效相关随访。

### 3 讨论

干细胞移植是治疗肝硬化失代偿期患者的一种有益尝试,虽不能从根本上治愈肝硬化失代偿期,但在部分患者可缓解肝硬化的持续进展,改善肝脏合成白蛋白等功能,缓解腹水的产生,提高生活质量<sup>[4-5]</sup>。而良好的护理则有助于患者顺利完成干细胞移植过程<sup>[6]</sup>。从护理角度看,两组患者最大的不同是心理状态的差异,其次是对疼痛感知和应答的差异。而穿刺部位护理、病情观察、饮食护理及出院指导等基本一致。

**3.1 心理状态的异同**

**3.1.1 心理状态的性质** 两组患者在干细胞移植前均存在不同程度焦虑,均可被积极的心理干预显著缓解,术后焦虑情绪可完全消失,因此在心理学本质上属于“状态性焦虑”而非“特质性焦虑”。“状态性焦虑”在临床上主要表现为“预期焦虑”和“临场焦虑”。

**3.1.2 焦虑内涵的异同** 预期焦虑在两组患者共同表现为如下四点:①担忧干细胞移植于体内的安全性,如排异、过敏、出血、栓塞及致癌风险等;②对干细胞移植的疗效存在疑虑或期望值过高,缺乏对干细胞移植改善肝硬化和肝功能的信心或抱有过高

的期望;③对经肝动脉插管的安全性和可能出现的疼痛存在顾虑,害怕并发出血、感染、器官损伤及出现难以忍受的疼痛等;④部分患者对经济状况心存忧虑。预期焦虑的主要差异在于:A 组患者对多点骨髓穿刺和骨髓被大量抽取时的疼痛及抽取后对身体健康的潜在伤害感到担忧,B 组患者对脐血质量优劣和安全性感到担忧。临场焦虑表现为越临近术期,紧张感越强,经股动脉插管过程中对疼痛呈现出程度不等的戒备和紧张心理;A 组患者由于还需进行多点骨髓穿刺,因此临场焦虑更为明显。

**3.2 疼痛的异同** 虽然两组患者均对经股动脉插管引起的疼痛有所担忧,但 A 组患者由于需要进行多点骨髓穿刺,因而对疼痛的忧虑更为显著,这是患者倾向于更愿意接受脐血干细胞移植的一大重要原因。疼痛的程度和对疼痛的忧虑在总体上是易控的,经过适当的心理护理和物理护理,患者均能顺利度过疼痛关。

(上接第 257 页)

带蒂大网膜填塞残腔,并放置双腔引流管于胆汁溢漏处,逐层缝合切口。术后予抗感染、抑酸及对症处理,并予甲苯咪唑口服。2 周内胆汁引流量从 350 ml/d 逐渐减至 150 ml/d。2 周后开始夹管。1 个月后碘油造影,未见残腔及胆汁渗漏,B 超复查未见腹腔积液,故拔除双腔引流管,住院 15 d 出院。

## 2 讨论

肝包虫病主要流行于我国西北、西南牧区<sup>[2]</sup>。肝包虫病属于自然疫源性疾病,人类作为中间宿主而受害。绝大多数由细粒棘球绦虫(犬绦虫)的幼虫入侵人体肝脏后致病,少数由泡状棘球绦虫的幼虫入侵肝脏后致病,以形成寄生性肝包囊为特征,故又分别称作肝棘球蚴病或肝泡球蚴病。外科手术是目前肝包虫病的主要治疗方法,手术目的是摘除内囊,彻底清除头节及子囊<sup>[3]</sup>。本病患者若病程较短,内囊一般较完整,内有大量囊液,钙化不明显,通常采用内囊摘除术,但本例患者病程长,隐匿症状约 30 年,此次因肝包虫病浸润致肝内胆管突发破裂,出现严重症状体征而入院,且病变位于肝左右叶交界处,囊腔巨大,处理较为棘手,我们在内

## 【参考文献】

- [1] Salama H, Zekri AR, Zern M, et al. Autologous hematopoietic stem cell transplantation in 48 patients with end-stage chronic liver diseases [J]. Cell Transplant, 2010, 19(11): 1475-1486.
- [2] Kisseleva T, Gigante E, Brenner DA. Recent advances in liver stem cell therapy [J]. Curr Opin Gastroenterol, 2010, 26(4): 395-402.
- [3] 郝元涛, 方积乾. 世界卫生组织生存质量测定表中文版介绍及其使用说明[J]. 现代康复, 2000, 4(8): 1127-1145.
- [4] 郭晓钟, 王迪邵, 晓冬, 等. 自体骨髓干细胞移植治疗失代偿期肝硬化[J]. 中华消化杂志, 2009, 29(7): 433-436.
- [5] 王方, 张小岗, 张静, 等. 自体骨髓干细胞治疗失代偿期肝硬化患者 50 例疗效观察[J]. 实用肝脏病杂志, 2010, 13(4): 272-274.
- [6] 刘春雨. 自体骨髓干细胞移植治疗失代偿期肝硬化的护理[J]. 解放军护理杂志, 2010, 27(7B): 1084-1085.

(收稿日期: 2011-07-18)

(本文编辑: 黄攸生)

囊摘除的同时行肝内胆管修补术,然后用带蒂大网膜填塞残腔以减少胆汁溢漏,再放置双腔引流管,达到了充分引流、避免发生胆汁性腹膜炎的可能,手术效果满意。本病例的手术效果提示,对于合并有肝内胆管损伤的肝包虫病,应当首先争取胆管缝合,并用带蒂大网膜填塞以减少胆汁溢漏,只有在上述方法无效的情况下,才考虑行肝部分切除术。本术式尤其适用于医疗条件有限的边远地区。

## 【参考文献】

- [1] 苏泽礼, 田选恩, 李峰, 等. 153 例复杂性肝包虫病的治疗体会[J]. 宁夏医学院学报, 2008, 30(3): 366-367.
- [2] 阿依甫汗·阿汗, 吐尔干艾力, 邵英梅, 等. 肝包虫病的外科治疗现状[J]. 肝胆外科杂志, 2009, 17(1): 13-14.
- [3] 吴介平, 裘法祖. 黄家驷外科学[M]. 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 1237-1240.

(收稿日期: 2011-12-31)

(本文编辑: 黄攸生)