文章编号:1000-5404(2006)05-0485-02

经验交流

自体 CIK 细胞治疗肝癌患者的护理

李 宁,侯丽娟 (解放军302医院感染七科,北京 100039)

肝癌在我国是一种多发性肿瘤,且大多数合并严重肝硬化,易发生肝内播散和转移,严重危害人们的健康。肝癌患者经手术、化疗及放疗后难以改变患者的生存质量,且预后极差[1]。我院生物治疗研究中心研究发现,细胞因子诱导杀伤细胞(cytokine induced killer, CIK)具有较强的体内外抗肝癌细胞活性 CIK 细胞毒活性和细胞增殖力可以满足过继免疫治疗中抗肿瘤细胞的要求[2,3] CIK 细胞成为肝癌手术、放疗、化疗后的一种新的治疗模式。我院自 2001 年 11 月开始成功地应用于肝癌的临床治疗。CIK 细胞治疗后的肝癌患者免疫活性细胞的检测表明,CIK 细胞治疗可提高肿瘤患者的细胞免疫功能,提高对肿瘤细胞的杀伤作用[4],且有较好的疗效和很好的安全性[5]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组患者 105 例,全部为男性,年龄 45~66(56.93±7.6)岁,为 2001 年 11 月至 2005 年 9 月住院的中晚期肝癌患者,均合并肝炎肝硬化乙型活动性肝病。

1.2 治疗方法

自体 CIK 细胞由我院生物治疗研究中心提供,其主要操作过程是:外周血单个核细胞(PBMC)采集→细胞培养、激活、诱导→配制→回输。

2 护理

2.1 PBMC 采取的护理

2.1.1 PBMC 采集前准备

2.1.1.1 常规检验 血常规、血生化、凝血酶原时间、活动度、T 细胞亚群等检测项目的送检。

2.1.1.2 采血用静脉的选择及保护 由于 PBMC 采集穿刺针较粗(16G),为能顺利采集 PBMC,血管的选择尤为重要,一般选择弹性及充盈度较好的肘部静脉,因此决定 PBMC 采集当天,应将肘部静脉预留不作他用,以防穿刺过程中血液从刚穿刺过的针眼中外渗。

2.1.1.3 采集当日患者准备 采血前对患者饮食无特殊禁忌,可根据个人喜爱适量进食,然后沐浴更换干净及袖口宽松的衬衣,保证采血部位充分暴露和患者在 PBMC 采集过程中更为舒适。

2.1.2 PBMC 采集 患者于平静,放松的状态下平卧在采血床上,选择肘部,必要时选择颈部静脉穿刺,看见回血顺利,再于穿刺针管内注射少量注射用生理盐水,确保穿刺针在血管内后,方能将刺针与成分血采血机的管道相连接,所有的程序都应严格无菌操作。在 CIK 细胞培养的时间里,继续配合好其他的治疗,同时还应注意观察病情变化。

2.2 CIK 细胞回输及护理

2.2.1 回输前准备 为了能使 CIK 细胞悬液尽快回输,回输当天应建立良好的静脉通路,管道为输血器。CIK 细胞回输前 30 min 遵医嘱给予非那根 12.5~25 mg 肌注,5~10% 葡萄糖液 50 ml(糖尿病患者可用 0.9% 的氯化钠注射液)内加入 10% 葡萄糖酸钙 20 ml 缓慢静滴,为了避免钙与 CIK 细胞直接接触以尽量减少对细胞活性的影响。静滴完 10% 葡萄糖酸钙注射液后,应用适量注射用生理盐水冲管。CIK 细胞回输前,将送来的 CIK 细胞 应进行严格查对,确保安全无误。

2.2.2 CIK 细胞回输 CIK 细胞悬液回输时,由 2 名护士仔细核对,开始速度宜慢,观察 15 min 如无反应,根据情况调节好滴速,成人一般 60~80 滴,约需 2~3 h 输完,回输过程如有不适,可先调慢输液速度或停止输注,报告医师予及时对症处理。

2.2.3 CIK 细胞回输后的护理

2.2.3.1 一般护理 CIK 细胞回输采取自由卧位,密切观察体温、脉搏、呼吸、血压并做好记录。

2.2.3.2 发热的护理 本组 105 例患者,98 例在输完后 1~3 h发热,其体温 37.3~37.8 ℃ 63%,37.8~39 ℃ 17%,39 ℃ 以上 0.4%。持续 4~8 h 自然消退,患者大多数可以耐受,一般不给予特殊处理,体温高于 39℃ 可给予冰袋、温水擦浴等物理降温,或遵医嘱予柴胡或其他解热药,禁用激素类药物降温。

2.3 出院指导

CIK 细胞治疗后的患者,出院后无特殊要求,嘱患者注意休息、避免劳累、规律生活、保持乐观情绪、戒烟、酒,加强锻炼、提高机体抵抗力,合理饮食外,还应对 CIK 细胞治疗的有关知识进行指导,如根据病情需要还可进行第 2 个疗程治疗,时间间隔 3~4 个月为宜,此期间除了全身化疗、放疗及激素治疗外,均不会影响 CIK 疗效。

(致谢:承蒙解放军 302 医院生物工程治疗研究室雷周云副主任医师悉心指导,谨致感谢!)

作者简介:李 宁(1976-),女,陕西省南郑县人,护师,主要从事传染病的护理方面的研究。电话:(010)86191315

收稿日期:2005-10-27;修回日期:2006-01-20

关键词:肝癌;CIK;护理

中图法分类号:R735.7 文献标识码:B

参考文献：

[1] 王在国. 肝癌的综合治疗[J]. 世界华人消化杂志,2000, 8(4): 443－444.

[2] 杜清友,王福生,徐东平, 等. 新型免疫活性细胞 CIK 体外对肝癌细胞的杀伤[J]. 世界华人消化杂志, 2000, 8(8): 863－866.

[3] 杜清友,刘明旭,王福生, 等. CIK 细胞体内外抗肝癌细胞作用[J]. 中国癌症杂志, 2001, 11(4): 325－327, 330.

[4] 施 明,张 冰,汤紫荣, 等. 肝癌患者自体细胞因子诱导杀伤细胞治疗后免疫活性细胞的检测及其临床意义[J]. 中华医学杂志, 2003, 83(23): 2049－2053.

[5] 施 明,王福生,张 冰, 等. 自体 CIK 细胞治疗肝癌的安全性和有效性评价[J]. 解放军医学杂志, 2004, 29(4): 333－335.

（编辑 栾 嘉）

经验交流

文章编号:1000-5404(2006)05-0486-02

胃大部切除术后胃瘫综合征原因分析及护理

宋 娟,杨新华,疗建梅,晋 玲 （第三军医大学西南医院普通外科,重庆 400038）

胃大部切除术后残胃胃瘫综合征（postsurgical gastroparesis syndrome, PGS）是一种手术后的非机械性梗阻,是以胃排空延迟为主要临床表现功能性胃排空障碍,也称为胃术后胃无力症。我院近10年来胃大部切除术后发生PGS的24例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 术后PGS的诊断标准[1]

①经1项或者多项检查提示无胃流出道机械性梗阻;②胃引流量每日超过800 ml,持续时间超过10 d;③无明显水、电解质、酸碱平衡失调;④无引起胃瘫的基础疾病,如糖尿病、甲状腺机能减退、结缔组织疾病等;⑤未应用影响平滑肌收缩的药物。

1.2 一般资料

本组24例均符合上述诊断标准,并经稀钡和泛影葡胺造影证实。其中男性18例,女性6例;年龄21－80(54.2±7.8)岁;恶性肿瘤(胃癌、十二指肠及壶腹部、空肠平滑肌肉瘤)22例,良性病变(胃溃疡伴穿孔、瘢痕性幽门梗阻)2例。

1.3 结果

所有患者均采用保守治疗,同时积极治疗原发病。经过禁食、持续胃肠减压、高渗温盐水洗胃、全胃肠道外营养、维持水电解质及酸碱平衡,静滴制酸剂抑制胃酸分泌,联合应用促进胃肠蠕动的药物如西沙必利、吗丁啉(洗胃后经胃管注入)、静滴胃复安、红霉素等治疗后,均治愈出院。

2 病因及发病机制

由于对术后胃瘫的诊断时间的标准不同,报道发病率为0.3%－10%,趋向于采用术后10 d作为统一标准,因为患者通常在术后10 d胃肠功能基本恢复,可以正常进食,从而便于判断,减少诊断偏差,给予及时的处理[2,3]。到目前为止,国内外多数学者认为PGS是由于多种因素诱发或者改变了正常神经激素和肌源性因素对胃排空的调节而引起,PGS的发生很难用一种因素解释,目前认为主要和以下原因有关。

2.1 精神神经因素

由于患者对手术及预后思虑过多,精神处于极度紧张状态,或术后仍继续受刺激。其原因可能是较强的应激反应引起植物神经功能紊乱,特别是激活的交感神经不仅可以通过抑制胃肠神经丛的兴奋神经元抑制胃动力,还可以通过抑制交感神经末梢释放的儿茶酚胺直接与胃平滑肌细胞膜上的α和β受体结合,抑制胃平滑肌细胞收缩[4]。

2.2 胃迷走神经损伤

切断迷走神经后,近端胃的容受性舒张功能丧失;远端胃蠕动性收缩减弱;损害了小肠异位起搏电位的抑制,引起胃窦压力波和十二指肠慢波分离,使固体食物滞留相延长。

2.3 胃解剖结构及胃内环境的改变

胃十二指肠在解剖结构和生理功能上是一个连续统一体,胃大部切除术后,胃大弯侧起搏点部分或者全部丧失,可导致PGS;胃大部切除后胃肠道重建使统一体丧失功能,毕Ⅰ式和毕Ⅱ式吻合均可发生残胃PGS,但以毕Ⅱ式多见,因为毕Ⅰ式更接近胃的正常生理通道,有利于胃肠的协调运动,毕Ⅱ式由于胆汁胰液反流入残胃导致胃内环境改变,使残胃充血、水肿,炎症加重。

2.4 胃肠肽类激素分泌功能改变

胃大部切除术后兴奋性胃肠肽类激素如胃泌素、胃动素分泌水平降低,残胃运动能力受到抑制。抑制性胃肠类激素如胆囊收缩素、胰泌素,亦有抑制残胃排空的作用。

3 护理

3.1 心理护理

因为在术后恢复期发生腹胀呕吐等症状,患者出现焦虑、

作者简介:宋 娟(1965－),女,四川省宜宾市人,主管护师,主要从事普通外科临床护理方面的研究。电话:023-68765270

收稿日期:2005-06-23;修回日期:2005-10-02