

128 例早期胃癌临床诊治分析

邓国林 闵广斌
(昌九集团江氨职工医院 江西南昌 330012)

关键词:早期胃癌;胃镜检查;分析

中图分类号:R 735.2

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)03-0048-02

我院自 2001 年 8 月~2005 年 8 月间收治 785 例胃癌中,共检查出早期胃癌 128 例。现将其临床资料分析报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 经胃镜检查出胃癌 785 例,其中 128 例确诊为早期胃癌,占 16.3%,均符合 1962 年日本内镜学会提出早期胃癌的定义:癌肿的浸润局限于黏膜或黏膜下层,无论其有无淋巴结转移。128 例中,男 93 例,女 35 例,男女比例为 2.6:1。其中 21~30 岁 4 例 (3.1%),31~40 岁 12 例 (9.4%),41~50 岁 30 例(23.4%), 51~60 岁 40 例(31.2%),61~70 岁 26 例(20.3%),71 岁以上 16 例(12.5%)。有胃病史 5 年以上 72 例 (56.2%),5 年以下 56 例 (43.8%)。有胃癌家族史 15 例 (11.7%),有规律的上腹痛 36 例(28.1%),无规律的上腹痛 66 例(51.6%),恶心、呕吐及食欲不振 32 例(25.0%),消瘦 16 例 (12.5%),黑便 4 例(3.1%),贫血 5 例(3.9%),上腹压痛 57 例 (44.5%),128 例患者均未触及上腹包块及左锁骨上淋巴结肿大。

力学、血液流变学等检测手段,发现慢性肾炎患者多有血液黏稠度的升高及微循环障碍。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 35 例,均为门诊患者,男 15 例,女 20 例;年龄最小 10 岁,最大 53 岁,平均 30 岁。

1.2 治疗方法 口服中药汤剂,基本方:黄芪 30g,杜仲 20g,牛膝 15g,党参 30g,白术 15g,山药 30g,茯苓 20g,附子 5g,枸杞子 20g,当归 10g,苡仁 15g,白芍 15g。

1.3 治疗结果 基本缓解 18 例:水肿等症状与体征基本消失,尿蛋白检查持续减少 50%以上,高倍镜下尿红细胞不超过 3 个,尿沉渣计数接近正常,肾功能正常或基本正常(与正常值相差不超过 15%)。好转 15 例:水肿等症状与体征明显好转,尿蛋白持续减少 1 个(+)或 24h 尿蛋白定量持续减少 25%以上,高倍镜下尿红细胞不超过 5 个,肾功能正常或有改善。无效 2 例:临床表现与上述实验室检查均无明显改善或者加重。总有效率 94.3%

2 典型病例

周某,男,17 岁,2004 年 6 月 23 日初诊。患慢性肾炎 7 年,久治未愈。精神萎,腰酸怕冷,纳少便溏,浮肿,面黄少华,脉细,苔白。尿检:蛋白(+++),红细胞少数,白细胞(++),透明管型少许,颗粒管型少许。病在脾胃,阳损及阴,气血俱虚。方拟补脾肾,调阴阳,养气血。处方:黄芪 30g,杜仲 12g,牛膝 15g,党参 20g,白术 15g,山药 20g,茯苓 15g,附子 5g,枸杞子 20g,生地 20g,当归 10g,苡仁 15g,白芍 15g,水煎服。

上方服用至 7 月 2 日,尿检蛋白(+++),管型已无,红细

1.2 胃镜下表现

1.2.1 分型 参照日本胃肠道内镜学会制定的分型法,分为隆起型(I 型)、浅表型(II 型)和凹陷型(III 型),其中 II 型进一步细分为 IIa 型、IIb 型和 IIc 型。本组 128 例中, I 型 12 例(9.4%), IIa 型 15 例(11.7%), IIb 型 34 例(26.6%), IIc 型 25 例(19.5%),III 型 42 例(32.8%)。

1.2.2 癌灶部位 位于胃窦 60 例 (46.9%), 胃体 32 例 (25.0%),胃角 24 例(18.8%),胃底 12 例(9.4%)。

1.2.3 癌灶大小 癌灶直径 <0.5cm 3 例 (2.3%),0.5~1.0cm 30 例 (23.4%),1.0~1.5cm 33 例 (25.8%),1.5~2cm 36 例 (28.1%),2~3 cm 26 例(20.3%)。

1.3 术中表现

1.3.1 手术方式 所有患者术前行 X 线胸片、B 超等检查,均无肺部、腹腔等脏器转移。全部行胃癌根治术,其中 D1 式 60 例,D2 式 68 例,术中见病灶范围均较局限,病灶直径 <0.5 cm 5 例 (3.9%),0.5~1.0 cm 28 例 (21.9%),1.0~2.0cm 40 例 (31.2%),2.0~4.0 cm 56 例(43.8%),其中 1 例有两处癌灶,相胞(++),白细胞(+++).服用 33 剂后,病情明显好转,胃纳增加,大便正常,浮肿减退,8 月 13 日尿检:蛋白(+),红细胞偶见,白细胞少数,仍以原方调治而巩固。

3 讨论

本病发生是由于风寒、风热、热毒、湿热等病邪反复入侵,加之内伤七情,饮食不节,酒色劳倦等各种因素造成脏腑虚损。特别是肺、脾、肾三脏功能失调,使体内水精散布及气化功能发生障碍,脏腑日益虚损,而外邪反复感染,导致脏腑之间、正邪之间的恶性循环,形成了慢性肾炎反复发作、长期不愈的临床特点。

《黄帝内经》曰:“形不足者,温之以气,精不足者,补之以味。”张景岳注云:“形不足者,阳之衰也,非气不足以达表而温之;精不足者,阴之衰也,非味不足以实中而补之。”根据这一理论,以黄芪、党参、白术以养其形,杜仲、牛膝、枸杞子、山药、地黄、当归、白芍以补其精,附子暖脾胃之阳,茯苓、苡米渗湿下行而从小便排出,制方甚精。此类慢性疾病,调养之剂,必须守服不懈,才能获效。

治疗本病使用频率最高的药物是健脾益气药,如黄芪、党参、白术、淮山药等;其次是补肾药如山萸肉、生熟地、枸杞子等,同时分别配伍淡渗利水药如茯苓、泽泻、车前子、苡仁及温肾壮阳或滋阴补肾药如附片、桂枝、肉桂和麦冬、女贞子等;再次是活血药、清热药、平肝药、养阴药等等。对本病的治疗以健脾补肾为主,辅以利水消肿,再根据病情分别配合温热、养阴、活血、清热、平肝、养血等方法。

(收稿日期: 2006-12-11)

耳穴按压预防化疗引起的恶心呕吐反应疗效观察

付焯

(湖北省襄樊市中医院 襄樊 441000)

关键词:耳穴;恩丹西酮注射液;化疗;恶心;呕吐

中图分类号:R 244.1

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)03-0049-02

恶心呕吐反应是化疗常见的一种胃肠道毒副反应^[1],我科 2005 年 2~12 月采用耳穴疗法预防和治疗肿瘤病人化疗中出现的恶心呕吐等胃肠反应,取得一定疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2005 年 2~12 月我科住院的肿瘤化疗病人 43 例,男 23 例,女 20 例;年龄 34~85 岁,平均年龄 58.6 岁;其中肺癌患者 12 例,胃癌 8 例,食道癌 6 例,肝癌 2 例,乳腺癌 10 例,直肠癌 2 例,结肠癌 3 例。以上患者均在我科完成 4~6 个周期化疗,常用含 5-Fu 或 DDP 为主的化疗方案。

1.2 方法

1.2.1 分组 将 43 例病人随机分为 A、B 组,A 组(对照组)20 例,采用常规单用恩丹西酮注射液止吐治疗;B 组(观察组),即耳穴疗法配合恩丹西酮注射液止吐治疗 23 例。

1.2.2 方法 A 组在常规化疗前后 30min,各静推恩丹西酮注射液 8mg,B 组在 A 组治疗基础上,于化疗前一天开始使用耳穴按压,取耳穴部位为胃、神门、皮质下,用 75%酒精消

距约 5cm,直径分别为 1.7cm 和 2.3cm。

1.3.2 浸润与转移 黏膜内癌 72 例(56.2%),均无转移。黏膜下癌 56 例(43.8%),其中 5 例(8.9%)有淋巴结转移。

1.3.3 病理类型 高分化腺癌 24 例(18.8%),中分化腺癌 41 例(32.0%),低分化腺癌 29 例(22.6%),印戒细胞癌 18 例(14.1%),未分化癌 11 例(8.6%),黏液腺癌 5 例(3.9%)。

2 结果

128 例早期胃癌 3 例失访,125 例生存率用寿命表法计算,1、3、5 年生存率分别为 100.0%、98.4%、94.4%(1 例因心肌梗死亡)。

3 讨论

胃癌在根治手术后 5 年存活率取决于胃壁受侵深度、淋巴结受累范围和肿瘤生长方式。早期胃癌只累及黏膜层者预后佳,术后 5 年存活率可达 95%以上;如已累及黏膜下层,因常有局部淋巴结转移,预后稍差,5 年存活率约 80%^[1]。吴斌等^[2]报道 5、10 年生存率分别为 93.7%和 87.0%,本文统计 5 年生存率为 94.4%。早期胃癌临床上无特殊症状,常表现为轻微上腹不适、食欲下降、嗝气、反酸,偶有呕血、黑便、疲倦等,与慢性胃炎、胃溃疡、胃神经官能症等无明显差别,从而导致误诊误治。更值得注意的是,部分病例服用 H₂ 受体拮抗剂后症状有所缓解,有“假愈”的表现,容易造成误诊,而错失早期手术的良好时机。另外,早期胃癌患者体格检查亦无明显阳性体征,上述病例中除部分患者有上腹部轻度压痛外无其他特殊性体征,因此,提高早期胃癌的检出率有一定难度。

毒耳部皮肤,王不留行籽贴压穴位,嘱病人自行按压穴位,每日 5 次,每次 3~5min,产生酸麻微痛及热感为宜,双耳交替进行,每耳隔日 1 次,整个操作持续到化疗结束。

1.2.3 疗效判定标准 根据化疗不良反应的 WHO 分级标准^[3],将恶心呕吐分为 0~IV 度,0°:无恶心呕吐;I°:恶心,不影响进食;II°:影响进食及正常生活,恶心呕吐>2d;III°:不能耐受,需治疗;IV°:难控制呕吐。根据以上分类,将 0° 称为显效,I°~II° 称为有效,III°~IV° 称为无效。

1.2.4 统计学方法 组间比较使用卡方检验,P<0.05 为差异有显著性。

2 结果

2 组病人化疗后胃肠道反应比较见表 1。

表 1 2 组治疗后疗效比较 例					
组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	23	14	7	2	91.3
对照组	20	8	7	5	75.0

3 讨论

化疗药物可引起肠嗜铬细胞释放 5-羟色胺(5-HT),进

目前早期胃癌的诊断主要依靠胃镜检查,由于胃镜的广泛使用及操作技术的提高,尤其是放大胃镜、超声胃镜及染色胃镜等内镜先进技术在临床的推广使用,大大提高了早期胃癌的检出率^[1]。活体胃黏膜染色对提高胃癌的肉眼诊断率及准确的活检定位有一定的帮助,恶性病变的亚甲蓝着色率在 90%以上,对<4mm 的肉眼难以识别的微小胃癌有助诊价值,对镜下难以识别的胃炎型胃癌的诊断更有意义。但是,在临床上有一部分患者对胃镜检查有畏惧心理,不愿意接受胃镜检查,特别是农村患者、年龄偏大者及有心脑血管疾病者,担心胃镜检查有风险,疾病早期多按一般胃炎及溃疡进行治疗,当病变发生梗阻、出血、消瘦、淋巴结转移等症状时,已属中晚期,常失去手术良机。所以,对有下列情况的患者应尽早作胃镜检查及活检:(1)不明原因的上腹痛或上腹不适;(2)消化性溃疡节律发生改变,制酸剂不能缓解或短期缓解后又复发者;(3)出现胃饱胀感及软弱无力;(4)不明原因消瘦、贫血,用其他原因不能解释者;(5)不明原因呕吐、便血及粪隐血阳性者;(6)胃镜活检 1 次阴性,不能排除胃癌,应定期复查胃镜。

参考文献

[1]叶任高,陆再英.内科学[M].第 5 版.北京:人民卫生出版社,2002. 416
[2]吴斌,邱辉忠,关竟红.早期胃癌 85 例临床诊治分析[J].肿瘤防治杂志,2003,10(11):1 192
[3]王金万,冯强,郑朝旭,等.胃癌的诊断与治疗[J].中国全科医学杂志, 2004,7(20):1 457~1 458

(收稿日期:2007-01-11)