

浅谈晚期癌症姑息治疗的几个原则

熊林楷¹ 熊墨年²

(1 江西省肿瘤医院 南昌 330029; 2 江西省中医药研究院 南昌 330077)

关键词: 晚期癌症; 姑息治疗; 原则

中图分类号: R 730.5

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)06-0045-02

目前, 晚期癌症患者的姑息性治疗问题已日益引起医学界和社会各界的高度重视。尽管人类经过上百年的努力, 试图彻底克服癌症这一顽症, 但据有关资料报道, 发达国家癌症治愈率为 45%~50%, 这意味着有一半以上的癌症不能被治愈, 而发展中国家癌症治愈率就更低。在我国, 尽管一些省级医院的肿瘤治愈率接近国际先进水平, 但全国癌症平均治愈率只有 20%左右, 也就是说还有 80%的患者尚不能治愈^①。很多病人需要进行姑息性治疗和得到良好的医疗照顾, 以缓解痛苦, 使之尽可能以一种轻松的心情积极地进行生活。

WHO 为晚期癌症患者姑息治疗所提出的定义是: “对所患疾病已经治疗无效患者的积极的、全面的医疗照顾。对疼痛、其它症状以及心理、社会和精神的问题控制是首要的。”姑息治疗的目的是使患者和家属获得最佳生存质量^②。因此, 晚期癌症的姑息治疗, 除使用一般意义上的治疗手段外, 还包括心理、情感、精神等问题的治疗。具体有: (1) 常见症状的处理, 包括常规抗癌治疗手段, 如姑息性手术、姑息性放疗、姑息性化疗、中医药治疗; (2) 癌症疼痛治疗; (3) 患者心理调节等。它是以病人为中心, 而不是以疾病为中心; 不是以治愈疾病为目的, 而是以支持病人、控制症状、减少痛苦、提高生活质量为目的。依据姑息治疗的目的和特点, 笔者认为对晚期癌症病人的姑息治疗主要应注意以下几个原则。

1 适度治疗原则

有关资料显示, 晚期癌症病人的基本需求有三点: 一是尽可能延长生命; 二是尽量减轻痛苦; 三是希望能够比较轻松地走到生命的尽头。因此, 提出适度治疗的原则, 或者说“保持正常适度治疗, 制止非正常的过度治疗”对于晚期癌症的姑息治疗非常必要。这既是医学原则, 也是伦理原则。根据这一原则, 对晚期癌症病人在根治无望的情况下, 应当避免施行有损人体质的手术或放疗、化疗, 以免加重患者的痛苦, 缩短其生存期。当然, 对于因肿块压迫出现疼痛、梗阻甚至上腔静脉综合征而必须使用姑息性手术、姑息性放疗、姑息性化疗者, 应当及时使用, 以尽快解决危及生命或严重影响患者生活质量的问题。但是要注意使用的“度”, 不可随意

扩大手术治疗范围, 放疗、化疗治疗的时间和剂量, 做到适可而止。

2 中西医结合治疗原则

除了西医的姑息性手术、放疗、化疗外, 中医药对晚期癌症患者的姑息治疗也有良好的效果。中医在辨证论治的原则指导下, 选用具有扶助正气、培植本元、治疗虚损不足的中药来调节人体的阴阳气血和脏腑经络的生理功能, 提高生存质量, 增强机体内在的抗病能力, 提高免疫功能, 达到强壮身体、祛除病邪、抑制癌肿发展、缓解病情、延长生命的目的^③。大量的临床实践表明, 把中医与西医治癌有机地结合, 取长补短, 比单纯中医或西医治疗有更好的疗效。所以, 在晚期癌症的姑息治疗中, 对中医的姑息治疗应给予足够的重视。

中医对晚期癌症的姑息治疗包括: (1) 扶正治疗: 就是根据患者的阴、阳、气、血和脏腑的虚损所在, 分别使用滋阴、助阳、益气、补血、健脾、益肺、补肾等法, 纠正机体虚损和不平衡, 达到维护体质的目的。(2) 改善临床症状: 包括神疲肢倦、纳食乏味、腹胀便溏、咳嗽多痰、胸闷气逼、发热不退、自汗盗汗、口渴引饮等。中医辨证论治在癌症相关症状的控制中具有极大的优越性, 可以同时兼顾全身状况与局部症状, 通过辨证施治, 70%晚期癌症患者的相关症状可得到不同程度的改善, 生活质量得以提高^④。(3) 改善或消除放化疗的毒副反应, 使病人的体质尽快恢复。

3 无疼痛治疗原则

癌症疼痛约占癌症晚期病人的 70 %左右, 疼痛不仅影响病人躯体(躯体感觉和躯体运动), 对精神、生理、社会、人际关系方面也产生不同程度的影响^⑤。因此, 尽可能控制或消除病人的疼痛, 是晚期癌症患者姑息治疗的重要任务。WHO 已将疼痛控制列入癌症综合规划 4 项重点之一, 制定了疼痛治疗的三阶梯止痛方案。提出了提倡口服给药及服药原则, 即止痛药应当有规律地按时给药, 一般每 3~6 小时给药 1 次, 而不是等疼痛明显来临后再给药, 并根据病人疼痛的等级逐步调整用药, 提高止痛的效果。中医药治疗轻中度癌痛也有较好的效果, 而且既可以内服, 又可以外敷, 安全无毒副作用,

[4]Gracia-Naya M, Uson-Martin M, Serran-Gonzalez G, et al.Predictive value of serum ferritin in the prognosis of acute cerebrovascular accident[J].Rev Neurol, 1997,25(148):1 892
[5]Pricecjs, Warburton EA, Menon DK. Human cellular inflammation in the pathology of acute cerebral ischaemia [J].J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2003,74:1 476-1 484
[6]Kochanek PM,Hallenbeck JM.Polymorphonuclear leukocytes and monocytes in the pathogenesis of cerebral ischaemia and stroke[J].Stroke,1992,23:1 367-1 379
[7]Akopox SE,Simornian NA, Crigorian GS, et al.Dynamics of polymorphonuclear leukocyteaccumulation in acute cerebral infarction and their correlation with brain tissue damage[J].Stroke,

1996,27:1 739-1 743
[8]Giulian D, Corpuz M, Chapnan S, et al.Reactive mononuclear phagocytes release neurotoxins after ischaemic and traumatic injury to the central nervous system[J].J Neurosci Res,1993,36:681-693
[9]Dirnagl U, Iadecola C, Moskowitz MA.Pathobiology of ischaemic stroke:an integrated view[J].Trends Neurosci,1999,22:391-397
[10]Torzewski J,Torzewski M,Bowyer DE,et al. C-reactive protein frequently colocalizes with the terminal complement complex in the intima of early atherosclerotic lesions of human coronary arteries[J].Arterioscler Thromb Vase Biol,1998,18:1 389-1 392
(收稿日期: 2008-07-14)

急性胰腺炎并胃黏膜病变的临床分析

王荣 杨德平 文庆华
(江西省南昌市第二医院 南昌 330003)

摘要:目的:研究急性胰腺炎胃黏膜病变的特点及两者的关系。方法:急性胰腺炎患者于起病后 2~3d 行胃镜检查,幽门螺杆菌检测使用病理组织学染色。结果:大部分急性胰腺炎患者胃镜下可见胃黏膜充血、水肿、糜烂,甚至溃疡形成,而幽门螺杆菌感染率与胃炎患者无明显差别。结论:急性胰腺炎往往合并有轻重不同的胃黏膜病变,而幽门螺杆菌是否是重要因素有待进一步研究。
关键词:急性胰腺炎;胃黏膜病变;幽门螺杆菌

中图分类号:R 576 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2008)06-0046-02

随着人们生活水平的提高及饮食结构的改变,急性胰腺炎在临床中越来越常见。在临床观察中发现,大部分急性胰腺炎病人有中上腹闷胀不适、灼痛、消化不良等症状,针对此情况,我们对急性胰腺炎病人行胃镜检查,了解胃黏膜病变以及幽门螺杆菌感染情况,以判断两者之间有无联系。

1 材料与方法

1.1 病例选择 急性胰腺炎组:所有病例均符合诊断标准^[1],血和尿淀粉酶升高 4 倍以上,CT 确诊为急性胰腺炎,既往均无胃病史、胆囊及胰腺手术史,在发病 2~3d 完成胃镜检查,共 68 例,男性 43 例,女性 25 例,年龄 20~76 岁,平均 41.5 岁,胆源性 35 例,酒精源性 23 例,其他 10 例。慢性胃炎组:其他同期胃镜及病理学检查诊断为慢性胃炎的患者 52 例,4 周内未服用过影响幽门螺杆菌的药物,男性 25 例,女性 27 例,年龄 23~77 岁,平均 44.3 岁。

1.2 方法 幽门螺杆菌感染检测方法采用病理组织学染色,其阳性及阴性诊断标准参照 1999 年全国幽门螺杆菌专家共识会议科研诊断标准。

1.3 统计学分析 采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 内镜下主要病变形态

2.1.1 急性胰腺炎组 胃黏膜花斑 32 例(47.06%),条状或片状充血 20 例(29.41%),糜烂 25 例(36.76%),溃疡 3 例(4.41%)。

2.1.2 慢性胃炎组 胃黏膜花斑 52 例(100%),条状或片状

4 注重心理治疗原则

晚期癌症患者心理问题主要有 5 方面表现,即恐惧、愤怒、孤独、焦虑、抑郁。因此,对晚期病人应加强心理治疗与护理。根据患者的思想、情绪、文化背景等情况,对其进行适当安抚,表达同情、加强交流、耐心解释、体贴关心,使其获得心理的安慰和平衡,从而正视现实、面对疾病、积极抗癌,这是姑息治疗的一个重要特点和应遵循的一个基本原则。

其次,可以应用中医药进行情志调理,如清热、养心、安神、疏肝的中药可以调节患者的精神状态,解除病人失眠、恐惧、忧愁、孤独、焦虑、抑郁症状,使大部分患者睡眠和精神状态逐步恢复正常。

5 全面护理原则

全面护理是对晚期癌症患者姑息治疗的重要组成部分,对减轻癌症患者的症状、提高生活质量具有重要意义。包括:(1)加强基础护理,注意加强患者皮肤、口腔、泌尿生殖道、呼

充血 8 例(15.38%),糜烂 4 例(7.69%)。从以上结果分析,慢性胃炎组以胃黏膜花斑样改变为主,急性胰腺炎组则以花斑样改变、充血、糜烂为主。

2.2 病变部位

2.2.1 急性胰腺炎组 胃底 12 例(17.65%),胃体 45 例(66.18%),胃窦 48 例(70.59%),胃角 5 例(7.35%),十二指肠球部 16 例(23.53%),幽门 4 例(5.88%),食道 2 例(2.94%)。

2.2.2 慢性胃炎组 胃体 10 例(19.23%),胃窦 52 例(100%)。从以上结果分析,急性胰腺炎组以多部位病变为主($P<0.01$),而慢性胃炎则以胃窦为主。

2.3 幽门螺杆菌感染阳性率对比 急性胰腺炎组幽门螺杆菌阳性率 35.29%(24/68),慢性胃炎组幽门螺杆菌阳性率 38.46%(20/52),两者对比无显著性差异($P>0.05$)。

2.4 不同原因急性胰腺炎合并胃损害比率 胆源性为 24 例,发病率为 68.6%(24/35);酒精源性为 65.2%(15/23);二者比较差异无显著性($P>0.05$)。

3 讨论

本研究结果显示,急性胰腺炎常有胃黏膜的多部位充血、水肿、糜烂,病变部位以胃黏膜多见,而十二指肠球部黏膜病变相对较低,溃疡的发生率不高。胆源性和酒精源性急性胰腺炎胃损害的发病率无明显差异,提示在胰腺炎所致胃黏膜损害中,酒精可能不是引起胃损害的直接原因。

急性胰腺炎时胃黏膜损伤的发病机制:据文献报道^[2-4],急性炎症反应可作为内源性刺激因子使机体释放大量肾上腺素,引起胃黏膜血管收缩,导致胃黏膜缺血、缺氧,从而引起胃黏膜损伤。因此,在急性胰腺炎的治疗中,应重视对呼吸道的管理,防止各种并发症的发生,以预防造成死亡的并发症;(2)注重心理护理,采取有针对性的心理护理措施改善或消除患者的恐惧、焦虑、悲观、失望甚至轻生等消极心理;(3)搞好营养饮食等生活护理,指导病人科学饮食和进补,加强抗病能力;(4)高质量实施护理技术,如静脉注射、插管、导尿、换药等,以尽可能减少病人的痛苦和恐惧,提高其对其治疗的接受程度和配合程度,提高治疗效果。

参考文献

[1]张丽,张华.晚期癌症的中医姑息治疗[J].徐州医学院学报,2006,26(3):282
[2]曹培国,郑兰香.晚期恶性肿瘤的姑息治疗与临终关怀[J].实用预防医学,2004,11(1):25-27
[3]刘嘉湘.中医药维护癌症患者生存质量的作用[J].中华肿瘤杂志,2002,24(3):309-310
[4]刘鲁明.晚期癌症的中医药治疗[J].实用肿瘤杂志,1997,12(4):152
[5]徐力,陈信义.中医药在癌症姑息治疗中的应用和地位[J].南京中医药大学学报,2004,20(2):88-90

(收稿日期:2008-09-17)