

技术·思维

癌性肠梗阻 治疗方案的多维度设计

河南中医药大学第三附属医院 邓运宗

癌性肠梗阻(MBO)可由胃肠道原发肿瘤堵塞,或由恶性肿瘤复发转移灶压迫或侵犯肠道所致。并发肠梗阻的原发性肿瘤依次为结直肠癌(25%~40%)、卵巢癌(16%~29%)和胃癌(6%~19%)。MBO患者通常为肿瘤晚期且预后较差。2006~2010年美国国家住院患者登记资料显示,约有87%的MBO患者同时合并肿瘤远处转移,且MBO患者住院期间病死率>20%。对于MBO患者来说,科学的治疗仍可以延长患者生存期,改善患者生存质量。近年来,MBO治疗取得了一些进展,包括术前肠梗阻精确诊断、手术方式的改进、姑息手术、内科治疗和其他治疗方法的联合应用等。这就迫使临床医生必须在多维空间对各种治疗方案进行缜密设计,以期获得MBO的综合治疗策略及效果。

一、充分引流,降低肠道内压

减轻肠道内压是阻断肠梗阻病理生理过程的重要措施。极高位的肠梗阻可以通过胃管或者空肠管的负压吸引来获得胃肠减压,改善肠壁的血运状况,为减轻肠壁水肿、恢复一定程度肠道功能奠定基础。如果肠梗阻的部位较远,胃管引流形成的负压不能很好地传递到梗阻部位的近端,造成治疗无效,可利用肠梗阻导管,以其远端水囊的配重,让肠梗阻导管逐步漂浮于梗阻部位上端,从而实现梗阻部位的有效减压。对于大肠梗阻的减压治疗,除了传统的手术治疗外,还可以进行自膨式金属支架放置术、经肛肠梗阻导管放置术等,以开放狭窄肠段,降低肠道压力。

二、营养治疗策略

营养治疗是MBO治疗的最关键环节,可通过恰当的营养治疗稳定机体内环境,改善和恢复肠道吸收功能,改善一般状况。肿瘤营养治疗的基本原则是优先选用肠内营养,而肠梗阻是肠内营养的禁忌证。基于肠道功能恢复的核心思想,可以在胃肠减压和抑制肠道消化液分泌,减轻肠壁水肿、患者主观症状得到显著缓解后,尽早开始MBO肠内营养治疗。治疗可从无渣肠内营养制剂少量开始添加。处理得当后,患者可以居家进行肠内营养或补充性肠外营养治疗。MBO的营养治疗可以归纳为“三从四得”。治疗过程包括“三从”:1.肠内营养从少量到多量,逐步过渡到全肠内营养。2.从水解蛋白制剂过渡到整蛋白制剂。3.从无渣肠内营养制剂逐步过渡到常规肠内营养制剂。治疗目的“四得”包括:1.肠道功能得到一定程度恢复。2.水电解质、酸碱平衡紊乱得到纠正。3.一般状况得到明显好转。4.患者获得再次姑息性手术或者造瘘的机会,从而提高生活质量。

三、重视肠功能屏障的修复和肠道菌群的稳态

肠黏膜具有物理屏障、化学屏障、生物学屏障和免疫屏障四大屏障功能。肠黏膜上皮营养的主要来源并不是血液供应,而是自身从肠内容物直接吸收。禁食、化疗、梗阻、细菌内毒素(BT)、肠道微生态的破坏等诸多因素,均可直接影响肠道的屏障功能,表现为肠壁通透性增加、二胺氧化酶(DAO)和循环D-乳酸(D-LC)水平升高、循环中菌群DNA(脱氧核糖核酸)可检出等。保护和恢复肠道功能,就需要重视肠屏障功能的保护和修复,及早给予肠内营养治疗,适当给予谷氨酰胺、精氨酸,以保持肠黏膜柱状上皮的厚度。肠黏膜屏障功能损伤是急性肠梗

四、手术治疗的策略

MBO可以选择的手术方式包括根治性切除、姑息性手术、肠短路手术和造瘘4种。根治性手术多见于肿瘤以肠梗阻为主要表现,进行初次手术时的选择;而对于一般状况较差、反复多次手术、伴有多处转移的患者,生存获益并不明显。手术治疗适用于一般状况良好、肿瘤生长缓慢、预期生存期大于60天的患者;而对肿瘤广泛转移的患者,手术治疗30天内死亡率为21%~40%,严重并发症发生率为20%~40%,还有较高的再梗阻发生率。对于美国东部肿瘤协作组(ECOG)体力状况评分>2分、肾功能较差、重度营养不良的患者,围术期死亡率和再入院率显著提高。研究提示,有效的内科和营养治疗是进行手术的保证。

五、药物治疗

治疗的前提下,可选择未曾使用过的化疗药物,以周方案或者小剂量节拍化疗的方式进行,目的为延缓肿瘤的生长,而非根治。具体药物只能根据患者的肿瘤种类、既往的用药史和可能有效的药物进行个性化选择。呕吐、腹痛、乏力、失眠等,可使用5-HT₃抑制剂、抗胆碱能药物、哌甲酯、地西泮等药物治疗。奥曲肽是被研究较多的药物。一项双盲安慰剂对照的临床研究提示,奥曲肽的使用并不能减少患者72小时内

呕吐的发生。一项研究表明,奥曲肽和地塞米松、甲氧氯普胺片的联合应用可以使恶心和腹痛症状得到缓解。肠道支架也是MBO患者可以选择的内科治疗手段之一。中医外治法的应用多以经络学说、脏腑学说为理论基础,临床应用时要辨证论治,取穴准确,应用药味也不宜过多;身体羸弱的患者在泻下药为主的前提下,酌情配伍有行气、化瘀、散结功效的中药,可加强肠道反应,也可以防止峻泻过猛,损耗正气。

六、MBO预后评估

从肠道功能恢复的角度而言,正确评估肠黏膜屏障和肠黏膜侵犯的程度具有较大的临床意义。妇科肿瘤、腹膜肿瘤等非消化道肿瘤,多以腹膜侵犯、腹腔转移为机械性肠梗阻的发生机制。粘连性肠梗阻发生的机制与消化道肿瘤引起的肠梗阻的发生机制有较大差异,表现为粘连带对肠道的压迫,或者肠管之间、肠管和网膜的粘连导致蠕动和通过能力下降,对肠道本身的消化和吸收功能的影响并不明显。而消化道肿瘤,如胃癌、结直肠癌、小肠癌的发生,多表现为肿瘤向肠壁或者肠腔的增生和直接侵犯导致肠道梗阻,其对肠道消耗吸收功能的影响大于妇科肿瘤和腹膜肿瘤。因此,有必要对两种不同机制导致的机械性肠梗阻即内生型机械性肠梗阻和外压型机械性肠梗阻,进行区分。通过综合治疗,外压型机械性肠梗阻患者更容易重建和恢复肠道功能,预后也相对较好。麻痹型肠梗阻并无明确的梗阻因素。大量的癌性腹水,水电解质尤其是钙离子等的紊乱,肠道运动神经丛的破坏,均可能是其发生的原因。对于癌性腹水的治疗,肿瘤内科

医技在线

正确理念

骶前囊肿囊壁与直肠壁、阴道壁或骶尾骨关系密切,虽然为良性病变,但是如果分离困难,宁可切除受累的部分肠壁及阴道壁,也一定要进行横结肠造瘘;宁可切除受累的骶尾骨韧带,也一定要彻底切除囊肿囊壁。

手术技巧

一、主要根据个人习惯选取折刀位或截石位。如果骶前囊肿位置较低、体积小,患者不需要开腹治疗,可根据习惯采取折刀位或截石位。如果骶前囊肿位置较高、体积大,需要联合开腹手术治疗,主要采取截石位。截石位的优点为:一般不用切除骶尾骨,可暴露视野;术中无骶尾骨做参照物,不易伤及周围神经;骶前出血容易暴露处理;术中,患者不用变换体位。

二、开腹的适应证。囊肿位置高,突入盆腔,需要从上面分离,从骶前分离容易误伤盆腔脏器(可用腹腔镜进行监视);需要预防造瘘者。

三、骶前囊肿会阴部操作。

对多数患者,利用尾骨前横弧形切口即可;部分患者需要开腹手术;对部分患者可用腹腔镜进行腹腔监控;多数患者不需要进行预防造瘘;术后需要应用肛管减压。

如果囊肿与骶骨韧带关系密切,应连同肛尾韧带、尾骨、部分骶骨一并切除。

沿骶前间隙向两侧分离囊肿与盆壁的关系。直肠壁与囊肿囊壁往往粘连紧密,为了避免损伤肠壁及阴道壁,术者可将手指伸进直肠或阴道里,便于分辨囊肿壁与阴道壁及直肠壁。术中可能出现囊肿压力高而导致溃破,可将手指伸入囊内顶起囊壁,分辨其与周围组织关系。如果囊壁不完整,一定要严格检查是否有囊壁残留。如果术中骶前出血,或广泛渗血,可以使用骶前棉垫压迫止血。术后,应在直肠放置肛管。

征 稿

科室开展的新技术,在临床工作中积累的心得体会,在治疗方面取得的新进展,对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《医技在线》《临床笔记》《精医懂药》《医学检验》《医学影像》等,请您关注,并期待您提供稿件给我们。

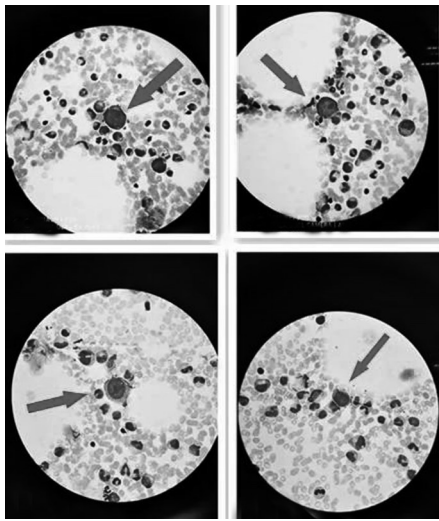
稿件要求:言之有物,可以为同行提供借鉴,或有助于业界交流学习;文章可搭配1~3张医学影像图片,以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。

联系人:杨小沛
电话:(0371)85966391
投稿邮箱:343200130@qq.com
邮编:450046
地址:郑州市金水东路与博学路交叉口东南角
河南省卫生健康委员会8楼医药卫生报社编辑部

医学检验

小心“伪装”后的幼红细胞!

郑州颐和医院 张 静 文/图



您觉得此类“凶狠”的细胞是什么?是淋巴瘤细胞、原始细胞还是异型淋巴细胞?不,还会有别的可能性,比如说B19病毒感染后产生的异常红细胞!

【病例】

患者,男,30岁,反复畏寒、低热9天,自服连花清瘟胶囊、蒲地蓝等药品,效果差;3天前,加用头孢曲松后症状缓解;1天前,发现左侧足背部有数个针尖样红色出血点,紧急来我院就诊。医务人员为其做了相关检查,检查结果如下。血常规检查结果显示:白细胞、血小板、网织红细胞数值均降低。

B超检查结果显示:双侧颈部、腋窝均可见肿大淋巴结。其余检查结果未见明显异常。根据检查资料,我们发现,患者的网织红细胞数值很低,但是血常规红细胞和血红蛋白数值正常,而白细胞和血小板数值却降低了。难道红系细胞的减少并没有在外周血中表现出来?

话不多说,我们开始看骨髓片。看到骨髓片第一眼,我就明白网织红细胞数值为什么如此低,因为骨髓片中几乎没有红系细胞。粒系细胞、淋系细胞、巨核系细胞均未见明显异常。但是,我们发现了一类体积偏大的异常细胞(如图,均为油镜视野)。分类500个细胞,这类细胞占5.2%,其胞体偏大,胞体边缘不规整,可见瘤状突起及拖尾现象,核仁隐显不一,核染色质较细致,常可见空泡。

我们随即对其进行MPO(髓过氧化物酶)染色,结果显示:这类细胞全部阴性。看到MPO染色结果并结合“淋巴结肿大”的B超检查结果,我便猜测:此类细胞可能是淋巴瘤细胞。但是,由于没有有效的证据,我们只能依赖流式结果。左等右等,流式结果出来了,却彻底推翻了我的猜测。流式结果显示:送检标本中可见约1%的髓系原始细胞,较成熟的粒系细胞相对比例增多,未见明显的免疫表型异常的淋巴瘤细胞。

【案例分析】

为什么流式没有提示有淋巴瘤细胞?难道是流式样本稀释了,还是我看到的这类细胞只是异型淋巴细胞?我又重新看了一遍两张骨髓片。没错呀!这种细胞真实存在,且和异型淋巴细胞差别

很大。我坚持自己的看法,但我的流式基础太薄弱。我突然想到了一位“救星”——我进修时的老师,形态和流式领域专家——岳保红老师(郑州大学第一附属医院检验科副主任、郑州大学医学检验系临床血液学检验教研室主任)。岳保红老师在收到我求救的信息后,迅速给我指明了方向:一、联系第三方机构复测样本,在涂片抗凝骨髓中找此类细胞。二、在此人外周血涂片中查找是否有异型淋巴细胞。三、建议临床检测B19病毒。我迅速落实,对患者连续3天的外周血涂片进行镜检,并做MPO染色,没有发现典型异型淋巴细胞。接着,第三方机构回复说在涂片中未发现此类细胞。我考虑可能是抗凝骨髓

液稀释导致的。B19病毒检测也很快出了结果——IgM(免疫球蛋白M)阳性。至此,谜团终于揭晓。答案证实了岳保红老师的猜想:这类细胞是B19病毒感染引起的幼红细胞形态变异。其实,我也在老师提出B19病毒后偷偷做了功课:B19病毒是儿科传染性红斑常见的病因,除此类轻型自限性感染外,可使慢性溶血患者发生急性再生障碍性贫血象,表现为骨髓中红细胞生成突然停止,网织红细胞数值下降,贫血症状逐渐加重,暂时性红细胞生成受到抑制。此类病毒攻击免疫缺陷患者时,会造成单纯性红细胞发育不良。虽然这位患者目前并不贫血,但是3天来的血常规检查结果提示,患者的红细胞及血红蛋白数值均呈逐渐下降趋势。明确病因后,临床医务人

员迅速为患者制定专属治疗方案。经过治疗,患者的症状逐渐减轻,血象逐渐正常。目前,患者已经康复出院,但仍需坚持复查血常规,警惕B19病毒的反复感染及其造成的并发症。

【总结】

这个病例让我意识到,仅依靠单纯的形态学或者流式结果,无法判断细胞的真实身份。特别是形态学与流式不符时,检验人员必须厘清思路,跳出自己的固定思维牢笼,才能打开局面,挖掘到真相。同时,岳老师的沉着冷静和精准思维也让我意识到了自己的局限性:不能单纯依靠形态学,要多了解临床知识和疾病的病因、判断标准,才能更好地认识细胞,更准确地发出每一张骨髓报告单,为临床提供强有力的诊断支持。