

技术·思维

肿瘤诊疗相关性胃损伤的临床处理策略(上)

□邓运宗

目前,在肿瘤的诊疗过程中,胃肠肿瘤及其他系统肿瘤对胃的损伤机制尚未明确,相关临床研究和基础研究匮乏,诊断标准和整体防护措施有待完善。这严重影响肿瘤患者的治疗效果和生活质量。因此,深入了解肿瘤相关性胃损伤相关知识至关重要。

肿瘤相关性胃损伤的分类

肿瘤相关性胃损伤是指因肿瘤疾病本身和(或)肿瘤相关治疗引发的胃损伤,可以分为以下几类:
按损伤内容分
按损伤内容,肿瘤相关性胃损伤可以分为器质性胃损伤和功能性胃损伤。
器质性胃损伤:胃的结构发生实质性损害。

功能性胃损伤:包括胃的运动功能、消化吸收功能、分泌功能、黏膜屏障功能等方面的一种或多种功能受损。例如,胃运动功能损伤可导致胃排空障碍,胃消化吸收功能损伤会影响营养摄取,胃黏膜屏障损伤使胃黏膜易受侵害,胃分泌功能紊乱可能影响胃的正常生理调节。

按损伤因素分
按损伤因素,肿瘤相关性胃损伤可以分为原发性胃损伤和继发性胃损伤。
原发性胃损伤:在胃原发性肿瘤发展过程及相应治疗过程中出现的胃损伤。
继发性胃损伤:在胃以外其他肿瘤发展过程及相应治疗过程中出现的胃损伤,如其他

肿瘤累及胃、腹腔转移瘤和腹膜后转移瘤等引起的器质性变化,以及肿瘤微环境和内环境变化引起的胃功能损伤。
此外,肿瘤合并急重症并发症或恶病质引起的包含胃功能损伤在内的多器官功能损伤,也属于继发性胃损伤。
按损伤持续时间分
按损伤持续时间,肿瘤相

关性胃损伤可以分为急性胃损伤和慢性胃损伤。
急性胃损伤:在1周~3周内能通过自身或药物控制、缓解的胃损伤。这种胃损伤可以分为4级,Ⅰ级~Ⅱ级为胃功能障碍,Ⅲ级~Ⅳ级为胃功能衰竭。
慢性胃损伤:超过4周仍未能控制、缓解的胃损伤。

肿瘤治疗相关性胃损伤的发生机制与诊疗

抗肿瘤药物治疗导致的胃损伤
抗肿瘤药物治疗包括化疗、靶向治疗、免疫治疗、生物治疗等。

损伤机制
药物直接或间接损伤胃细胞、胃平滑肌、胃神经及胃微生态平衡,破坏胃黏膜屏障的完整性。比如,奥沙利铂会使胃神经密度降低、促进炎性介质释放、破坏胃上皮细胞的DNA(脱氧核糖核酸)。顺铂化疗可降低血浆中胃动素水平,靶向治疗会损伤特定信号通路,免疫治疗会增加T细胞激活、增殖等,生物治疗则与细胞因子释放综合征有关。

临床诊疗策略
抗肿瘤药物相关性恶心呕吐,按照发生的时间可以分为急性、延迟性、预期性、暴发性、难治性5种类型。根据药物致吐风险分级标准选择止吐方案,并结合经验和患者因素动态评估、管理。
至于抗肿瘤药物相关性胃出血,很少由非胃部肿瘤化疗引起。有胃部肿瘤或溃疡病

者易出现这种胃出血,表现为呕血、黑便或失血性休克等,内镜检查可确诊,治疗可参照相关专家共识。

抗肿瘤药物相关性胃穿孔的表现通常为急性化学性腹膜炎,伴刀割样腹痛,短时间蔓延至全腹,部分患者有休克症状。非胃部肿瘤胃穿孔多需要手术,首选腹腔镜探查、修补;胃部肿瘤穿孔首选根治性切除,诊断需要结合用药史、检查结果和临床表现。用药前询问患者的胃部病史,治疗中关注胃部症状并使用胃黏膜保护剂。

肿瘤放疗导致的胃损伤
放射性胃损伤是胸部和腹部肿瘤放疗常见并发症。
损伤机制
放射性胃损伤分为直接胃损伤(射线破坏胃组织DNA复制)、间接胃损伤(辐射引起水电离,自由基和活性氧攻击大分子物质,导致胃黏膜损伤)和旁观者效应(一定范围内未被辐射的细胞受到影响)。
临床诊疗策略
急性放射性胃损伤的表

现为恶心、呕吐等非特异性消化道症状,严重时可有穿孔导致急性腹膜炎,在放疗结束3周内发生。可根据急性食管炎或上消化道急性放射性损伤相关标准进行诊断、分级。内镜评分可参照维也纳直结肠镜评分标准。病理诊断参照直结肠放射性病理损伤半定量评分表。有胸腹放疗史的患者出现相关症状,应考虑此病。内镜检查和活组织病理检查是诊断此病和分级的主要依据。治疗包括药物治疗(激素、特殊膳食食品氨基酸、酸剂+胃黏膜保护剂、抗氧化剂、口服氨基己酸)、内镜下氩离子凝固术、外科手术、高压氧治疗和中医药治疗。至于预防方面,主要是减少照射剂量或进行闪光放疗。

肿瘤手术导致的胃损伤
损伤机制
这种胃损伤主要是由胃部肿瘤手术导致的,如胃切除后结构缺失致分泌功能下降、消化道重建致肠液反流、迷走神经离断致胃蠕动和排空障碍等。其他手术也可通过影响

胃蠕动、血供及分泌功能损伤胃,如食管癌手术破坏胃神经,乳腺肿瘤切除后乳房重建术影响胃功能,心脏肿瘤手术致消化道低血流灌注,肺癌手术影响右心功能,脊柱肿瘤手术引起胃肠神经功能紊乱,颅脑肿瘤手术导致颅内高压而引起呕吐,前庭组织牵拉引起神经源性呕吐,颈项手术后发生吞咽障碍等。另外,围手术期非手术相关因素也会损伤胃。

临床诊疗策略
涉及胃切除的胃损伤与胃大部切除术后的并发症症状相似,未涉及胃切除的则为胃功能性紊乱。诊断时,需考虑手术相关器质性损伤,要综合考虑症状、体征和辅助检查结果。治疗时,根据Clavien-Dindo并发症分级(手术并发症分级),选择支持治疗、观察、药物治疗、内镜治疗、针灸、介入手术、外科手术等。预防措施包括实施功能保留胃切除术、坚持快速康复外科理念、术中仔细操作等。

肿瘤内镜治疗导致的胃损伤

损伤机制
肿瘤内镜治疗的过程会破坏胃黏膜屏障的完整性,造成胃全层损伤及纤维化修复。

临床诊疗策略
这种胃损伤的临床表现为胃出血、胃穿孔和胃狭窄。胃出血和胃穿孔的分级分别参照内镜下术中出血分级标准和术中固有肌层损伤度分级标准。对胃出血,首选内镜下电凝、钳夹封闭或黏膜下注射止血。若失败,可选择介入栓塞或外科手术。对胃穿孔,术中胃穿孔可在内镜下夹闭。对迟发性胃穿孔,空腹时首选微创治疗;进食后胃穿孔或内镜下封闭失败且合并腹膜炎,应外科干预。术后胃狭窄多见于贲门与幽门区,可内镜下进行球囊扩张、切开松解,或使用糖皮质激素预防和治疗。

(作者供职于河南中医药大学第三附属医院)

临床笔记

“走几步就喘,爬几级台阶气就不够了。10年来,我得过5次气胸,用过引流管引流,连外科肺大疱切除手术都做了。现在,我又出现了气胸,为什么一直治不好?”一位46岁的男性患者就诊时问我。他说,希望此次就诊能找到确切病因,有治疗上的突破。

面诊时,我发现这位患者消瘦,非常焦虑。仔细阅片,我发现这位患者双侧肺部多发囊性病变,以胸膜下及纵隔旁明显,部分囊泡有融合趋势。进一步询问病史,我得知患者有多囊肾病史,会不会和遗传因素有关?于是,我安排患者做头MRI(磁共振成像)检查和鼻窦CT(计算机层析成像)检查。结果提示:上颌窦囊肿及枕大池蛛网膜囊肿,全身多发囊肿。我考虑遗传性疾病可能性大,与这位患者商量进行基因检测。

这位患者的全外显子基因检测结果提示:检测到FLCN基因罕见突变,确诊伯特-霍格-杜布综合征(BHD综合征)。BHD综合征是一种罕见的常染色体显性遗传性疾病。BHD综合征的典型临床表现为皮肤纤维毛囊瘤、肺囊肿、自发性气胸和肾肿瘤(通常为双侧)。肺部受累在BHD综合征中最常见,主要表现为双肺弥漫性囊性病变及自发性气胸。FLCN基因是目前唯一确定的BHD综合征致病基因。

其实,在让这位患者进行基因检测前,因其有肺部囊性病变,我进行了疾病鉴别诊断。

一是肺朗格汉斯细胞组织细胞增生症。肺朗格汉斯细胞组织细胞增生症多见于20岁~40岁、有长期吸烟史的患者,早期胸部CT显示以小叶中央型小结节为主,直径1毫米~5毫米,部分可见大结节,伴少量囊腔样改变。囊腔样改变主要出现在疾病晚期,形态不规则,以中上肺野为主,也可遍布全肺。病理活检查显示以细支气管为中心的间质性结节和囊腔,且肺朗格汉斯细胞CD1a和S100染色阳性可明确诊断。

2.肺淋巴管平滑肌瘤病。这是一种进展的肺部疾病,主要发生于育龄期妇女,胸部CT表现为弥漫分布、大小均一的薄壁囊腔影,部分患者的腹部CT可见肾血管平滑肌脂肪瘤。结合患者的性别、临床表现、囊腔的分布及形态,可初步诊断。

3.结节性硬化。结节性硬化是一种常染色体显性遗传性疾病,与TSC1基因和TSC2基因突变有关。典型的结节性硬化三联征包括:癫痫、皮肤腺瘤,颇具特征性。呼吸困难是最常出现的症状,肺部影像学上可表现为双肺多发囊性病变。据报道,大约有50%的结节性硬化患者会出现气胸。

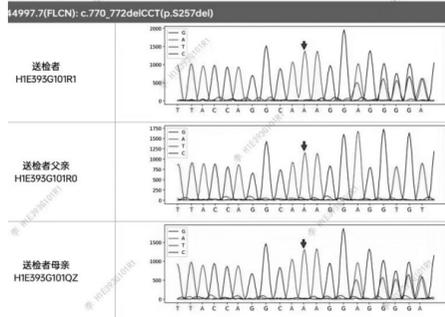
4.淋巴管平滑肌瘤病。该病起病隐匿,病程长,多数患者为女性,呼吸系统的主要症状是干咳,逐渐加重的呼吸困难,偶尔有发热、盗汗、体重下降。CT检查可见小叶中心性结节、胸膜下结节、双下肺为主的毛玻璃样斑点影、支气管血管束增粗。部分患者有直径1毫米~30毫米的小囊。大结节、淋巴肿大及胸腔积液少见。

这个病例提醒我们,在疾病的诊断过程中,要注意鉴别诊断,多角度思考问题。另外,要加强对BHD综合征的认识,对肺部多发囊性病变且伴气胸患者要注意识别,必要时进行FLCN基因检测。

(作者供职于河南省胸科医院)

一例难治性气胸的诊断体会

□石红梅 文/图

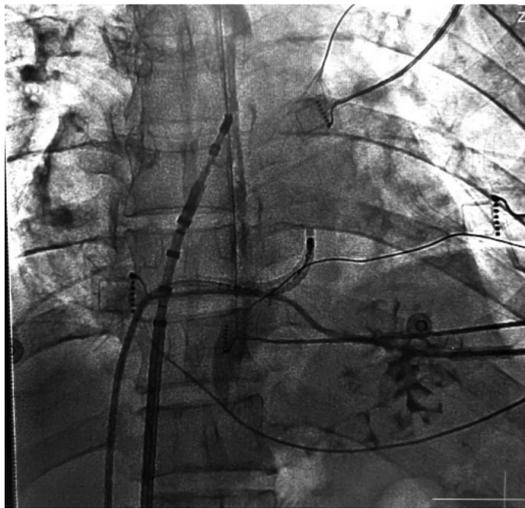


Sanger测序(第一代测序,使用的是链终止法)验证结果

医技在线

食管牵开球囊保护下房颤射频消融术救治患者

□赵佳佳 文/图



食管牵开球囊充盈前食管紧贴消融导管

男性患者王某,今年54岁,因“急性胆囊炎”在当地医院就诊,随后出现急性左心衰竭、源性休克、心脏一度骤停。郑州

大学第二附属医院重症医学科ECMO(体外膜肺氧合)团队迅速前往这家医院,对患者紧急进行ECMO植入,并快速将其转运

至郑州大学第二附属医院。在郑州大学第二附属医院,经过ICU(重症监护室)医护人员的精心诊治,患者的病情稳定下来,之后被转至心内二病区。

这位患者在病情好转后做了冠状动脉造影检查,未见严重冠状动脉狭窄。医生考虑这位患者长期房扑、房颤,确认其为心律失常性心肌病。对于心律失常性心肌病,目前最佳治疗办法是射频消融术。但是,这位患者存在心脏结构变异情况,病情严重,手术难度较大。经充分考虑,孙利强团队决定为患者实施食管牵开球囊保护下房颤射频消融术。

射频消融术较严重的并发症之一是食管食管瘘。一旦发生食管食管瘘,患者几乎没有生存可能。孙利强团队和患者家属沟通后,决定实施食管牵开球囊保护下房颤射频消融术。

术中,我先在心腔内超声引导下精准进行房间隔穿刺术,之后很快完成肺静脉前壁、顶部、底部等部位消融,消融至后壁食管附近时,将食管牵开球囊送至患者心房后壁食管处,充盈食管

球囊,顺利使食管离开消融部位,从而避免消融后壁时损伤食管。这项技术可全方位保护患者的食管,高效进行肺静脉后壁消融。手术成功。

目前,房颤患者越来越多。随着射频消融术适应证范围不断扩大,房颤射频消融手术不断增加。如何更安全、更有效地实

施手术,是所有心脏电生理术者面临的挑战。食管牵开是一种先进的治疗理念,旨在把食管主动牵开,让术者更安心地进行后壁射频消融,避免发生食管瘘,能更好地提升房颤射频消融术的安全性。

(作者供职于郑州大学第二附属医院)



食管牵开球囊充盈后食管远离消融导管

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》《临床提醒》《误诊误治》《医学影像》等,请您关注,并期待您提供稿件。
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张~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。

电话:16799911313

投稿邮箱:337852179@qq.com

邮编:450046

地址:郑州市金水东路河南省卫生健康委8楼医药卫生报社总编室