

胃癌的科学治疗策略

▲ 资阳市雁江区莲花社区卫生服务中心 周昌建

胃癌指的是胃部发生的癌症，往往由胃上皮细胞病变所引起，是消化道最常见的恶性肿瘤。胃癌是全世界范围内发病率最高的癌症之一，占胃部恶性肿瘤的95%以上，5年相对生存期在20%。到目前为止，胃癌的病因还尚不明确，但烟酒、遗传、幽门螺杆菌感染等都会加大胃癌的发生概率。

引发胃癌的各种病因

幽门螺杆菌 临床医学研究发现，幽门螺杆菌是胃中生存的微生物。这种微生物会让人感觉到胃部不适，是引发胃癌的主要病因，要引起特别的重视。

性别差异 临床统计数据显示，男性发生胃癌的几率是女性的2倍，这可能与男女性的激素分泌、行为习惯、饮食习惯等差异存在着很大的关系。

年龄 通常情况下，年龄在50岁以上的人，患胃癌的风险要远远高于50岁以下的人。这种结论在实际生活中就可得到验证，你会发现患有胃癌的患者大多数都处于60~80岁这个年龄段。

地域环境及饮食习惯 在我国，胃癌的发生有很明显的地域差异。具体来说就是东部沿海以及西北地区发生胃癌的概率高于南方地区。究其原因，主要是因为北方地区以及东部沿海地区大部分人群长期服食盐腌、熏烤食品，往往这类人群中发生胃癌的概率较高。

烟酒刺激 众所周知，吸烟有害身体，烟雾中含有几十种致癌物质，往往长时间吸烟、吸烟量多的人，就很容易患得胃癌。饮酒，虽然目前没有有效的证据证明喝酒就会引发胃癌，但毋庸置疑的是，酗酒会加速癌症患者病情的发展。

烟酒刺激 众所周知，吸烟有害身体，烟雾中含有几十种致癌物质，往往长时间吸烟、吸烟量多的人，就很容易患得胃癌。饮酒，虽然目前没有有效的证据证明喝酒就会引发胃癌，但毋庸置疑的是，酗酒会加速癌症患者病情的发展。

早期胃癌 早期胃癌患者身上并不会有什么特别明显的症状表现，但随着病情的进一步发展，有可能会出现问题，胃炎的病症，主要有以下表现：（1）上腹隐隐作痛或有饱腹感，胃部不适，尤其是在吃过饭后表现更为突出；（2）偶有食欲不振、呕吐、恶心等，且排出的粪便呈黑色。

胃癌的常见症状

进展性胃癌 （1）患者感觉到四肢无力，并伴有贫血，体重也会随之下降；（2）胃部疼痛：一开始只是胃部疼痛，随着病变细胞的扩散，腰背也会出现疼痛。当病症严重时，甚至会使得胃部穿孔，继而腹部会产生剧烈的疼痛；（3）呕吐、恶心：这种表现是通常由胃功能紊乱或者是肿瘤引起的梗阻所造成的；（4）患者因胃排空加快、胃酸含量减低，从而导致腹泻的发生。

晚期胃癌 胃癌晚期时，患者会有严重贫血、发热、水肿、体态日渐消瘦等表现。

胃癌的手术治疗方法

内镜手术 早期胃癌患者，病灶小于2cm、分化良好的黏膜内癌可用于内镜治疗。目前，临床上习惯使用的内镜手术方法主要有两种：一种是内镜黏膜下剥离术，另一种是内镜黏膜切除术。

是内镜黏膜切除术。

外科切除 相比于内镜手术治疗，开腹手术给患者带来的创伤更大，恢复时间也更久。根治性手术一般会对胃的2/3进行切除，或者是全胃切除，这个往往视病情发展情况而定，然后辅以病灶周围淋巴结的清扫。病症较为严重时，不仅要进行全部切除，还要切除胃周边的组织或器官。

腹腔镜手术 部分进展期和早期胃癌的患者，可选择腹腔镜手术进行治疗。与外科手术相比较而言，该手术不会对患者造成太大创伤，且手术过程中出血量较少，胃肠功能也不会因此受到太多影响，术后患者在短时间内就可恢复。此外，值得一提的是，腹腔镜手术只需在腹壁上开几个小洞就可将病灶切除，无需开腹。

姑息手术 当一些患者出现梗阻、穿孔等肿瘤并发症时，可选用姑息手术进行治疗。该手术方式主要包括胃姑息性切除、空肠置入营养管等。

手术室的护理配合措施

▲ 绵阳市人民医院手术室 胡春华

现代医学中，手术室是保证手术顺利进行及危急重症急救的中心枢纽，如何紧跟日新月异的手术技术发展，不断提高手术配合质量？如何通过耐心有效的沟通交流缓解患者紧张情绪，提高患者依从性，提高手术成功率？这些都需要手术室里的护理人员配合。

手术前的护理配合

心理护理 手术室对于许多人来说是神秘而又带着恐惧色彩的地方，陌生的环境、各种仪器设备发出的声响，加上没有亲人陪伴，极易出现应激反应，如血压升高、需氧量升高、心率加快等，同时伴随恐惧、焦虑、抑郁、怀疑等不良情绪。因此，通常在手术前一天应做好提前访视患者，到病房探访患者进行心理护理，通过答疑解惑鼓舞患者勇敢地面对手术，同时帮助患者建立自信，消除负面情绪，积极配合手术。

建立静脉通路、观察生命体征 患者进入手术室后应认真核对身份信息及各项术前准备情况，建立静脉通路并密切关注病人生命体征。根据麻醉及手术对体位的要求稳妥固定患者，协助麻醉医生开展麻醉作业。

准备器械设备 根据手术需要及医生特殊要求，充分做好手术所需仪器设备器械的准备。不同部位不同手术方式所需的器械设备具有较大的差异。

预防低体温 为了避免手术中患者低体温，在手术麻醉诱导前，应进行15min以上的预热，提前30min开启空调，促使手术间温度在22.0~24.0℃。并利用液体加温器，将补液温度提高至37.0℃，避免过量低温液体输入导致患者低体温。

手术中的护理配合

器械配合 在手术中，应集中精神，根据掌握的器械设备性能、名称、用途，认真规范配合手术，做好手术台上器械设备的管理。如准确、快速传递器械，并利用碘伏纱

布擦拭设备镜头，避免设备雾化等。同时第一时间清理器械上的污渍（如电凝钩上焦痂等）。在游离血管阶段，需要提前准备好钳夹、标本袋等。术中还需要妥善保管好切下来的病理标本，保证术后及时、准确送检。在整个手术过程中应注意无菌操作，严格落实无菌操作原则，核对无菌物品的灭菌效果、灭菌日期及包装完好情况，同时监督台上人员无菌操作，发现问题及时提醒纠正。

巡回配合 在患者进入手术室后，应与麻醉师、手术医生确认患者手术相关信息，协助麻醉医生进行麻醉、协助麻醉医生进行动脉穿刺等操作。手术全程做好患者生命体征、各类管路的密切观察，保证手术病人安全，做好保暖措施，防止坠床/跌伤、烫伤及烧伤、压疮等意外伤害的发生；并积极做好术中出血、呼吸心跳骤停等应急情况的各类抢救准备工作。

手术后的护理配合

在手术结束后，应保证患者衣着整洁，协助包扎伤口，并与手术医生一起将患者送回病房，与病区护士进行术中情况、术后护理等内容的交接。同时按照规范做好手术器械、精密贵重器械与消毒供应中心的交接，避免遗失或损坏；监督清洁工人做好手术间术后整理，做好手术间空气、物品表面的清洁消毒工作；同时在术后2~3d到病房进行术后回访，及时了解患者术后切口愈合情况，征询患者对手术室护理服务质量的意见和建议，针对不足制定整改措施不断改进工作。

随着医疗技术的飞速发展及手术方式的不断更新，手术室护理人员应树立主动参与思维、主动服务的意识，从术前、术中、术后几个环节入手，结合实际工作情况，制订有针对性的方案指导手术室日常护理行为，降低护理风险、保障手术顺利进行，不断提高手术室护理配合质量和水平。

如何阅读核磁共振成像片？

▲ 盐亭县人民医院 王开宴

核磁共振成像片简称MRI，又可称之为自旋成像片。一般MRI具有冠状位、矢状位两个拍摄维度。MRI在临床检查中适用面很广，适用于人体寄生虫性、肿瘤性、中毒性、外伤性、血管性、结核性、感染性、代谢性、先天性等多种疾病的诊断。

在骨髓、中枢神经系统颅脑中具有较为突出的优势，可以有效发现后颅凹、颅颈交界位置病变及脑室系统、蛛网膜下腔病变、退行性病变、白质病变及出血性病变。虽然MRI片具有多个成像参数、诊断信息丰富、安全可靠、组织分辨能力强、无电离辐射、扫描方向灵活、不需注射对比剂等特点，但是也存在扫描时间较长、T1和T2重叠度高、钙化灶检出敏感度较低、空间分辨率及征象特异性不够理想等缺陷，患者可以根据自身需要，在医护人员指导下恰当选择。普通人如何阅读MRI片？

明确扫描序列及参数加权

在MRI片阅读前，患者应明确对应MRI片所使用的扫描序列、参数加权，避免出现诊断错误、解释不清晰问题。在临床上MRI片常用的扫描序列为SE、GRE、IR，其在组织扫描中表现具有一定差异，特别是在磁共振机软件、硬件不断改进背景下新的磁共振序列的出现，导致正常组织、病变组织在扫描序列中磁共振信号出现了较大的变化。如在SE序列、IR序列中，血管结构表现为流空低信号，脂肪组织表现为强信号，而血管结构在GRE序列中则表现为高信号，脂肪组织表现为低信号。

MRI片参数加权分为T1加权、T2加权两种。前者主要表现为骨头高信号（亮）、骨膜低信号（暗）、水低信号；后者主要表现为骨头低信号、骨膜高信号、水高信号。

熟悉三维断面解剖

只有熟悉三维断面解剖知识，才可以正

确阅读MRI片并获得清晰的MRI片征象解释。在MRI片阅读时，需要首先遵循从上部到下部的规律，或者从下部到上部的规律，逐一阅读MRI片横断面切层图像，全面观察受检部位组织器官整体，在获得整体概念后将兼有矢状面、冠状面切层系列的部分进行重点研究，保证立体定位及相关诊断信息的有效获取。根据MRI片成像技术及方法的差异，观察内容、重点也具有一定差异。如对于MR血管造影需要在了解MRA成像方法的情况下，判定血管形态是否存在闭塞、扩张、狭窄等异常表现；而对于水成像MRI片，则需要根据成像原理，恰当观察，在T1加权MRI片中水多表现为低信号，在T2加权MRI片中水多表现为高信号。

掌握基本病变磁共振表现

掌握基本病变的磁共振表现可以通过MRI片了解全身相关部位病变，如在正常MRI片横断面图中腰椎间盘硬膜囊（神经）表现为类圆形、圆形，而在腰椎间盘突出MRI片中则会出现明显的形态变化，这主要是由于椎间盘突出已压迫神经；而从侧面看，在腰椎间盘突出MRI片矢状面图中会出现明显突出的椎间盘，且位于椎体间椎间盘表现为含水分过多的白色。

由上述可知，MRI片具有较为突出的良好解剖影像背景下病变显示优势，可以在帮助患者确定病变位置、形状、轮廓、大小、边缘及相关器官间关系的情况下，根据病变MRI片T1、T2信号长短、均匀性、强弱，确定病变性质。

总的来说，MRI片与CT图像极其类似，均为由黑至白的深浅度不一的“断面像”，但MRI片多代表组织器官氢质子分布及其在磁共振阶段弛豫特性。因此，在MRI片阅读时，除需遵循一般读片原则外，还需要根据MRI片自身特点，明确其所使用的扫描序列、参数加权及三维断面解剖知识，获得更加全面的立体定位、病变诊断信息。