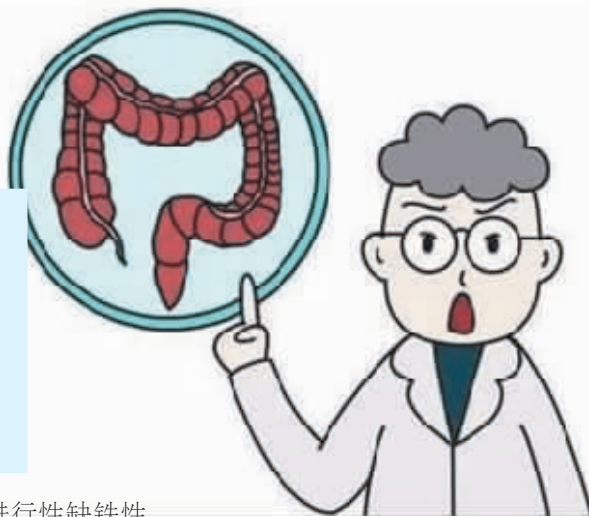




# 结肠癌可以治愈吗?

结肠癌俗称大肠癌,目前我国处于高发趋势,城市高于农村,年轻化趋势明显,每年约有19.1万人死于该病。在确诊者中,超过70%已经是中晚期,5年综合存活率低于40%。通常越早发现的结肠癌就越有治愈的可能,因此提倡定期检查,早发现,早治疗。结肠癌也被称为幸运的癌症,主要是因为治愈率和5年生存率比较高。如果能够早发现、早诊断、早治疗,大部分早期的结肠癌患者可以彻底治愈。如果不治疗,肿瘤会不停的生长,最后会引起肠梗阻、出血、疼痛、穿孔等。如果肿瘤转移到其它脏器,就会产生相应的症状,如肝功能损害、呼吸困难、胸腹水、骨痛等等。



## 什么是结肠癌?

结肠癌是胃肠道中常见的恶性肿瘤,早期症状不明显,容易被忽视,随着肿瘤的增大而表现出便血、排便习惯改变、腹痛、肛门下坠感、里急后重(总想上厕所,但排泄物很少或没有)、消瘦、食欲减退等症状,其发病率和病死率在消化系统恶性肿瘤中仅次于胃癌、食管癌和原发性肝癌。

## 结肠癌患者的早期症状

1. 便血 便血是结肠癌最早和最常见的表现,主要是大便与肿瘤摩擦后极易引起出血。轻者仅表现为偶尔有少量出血,重者可表现有粘液血便、粘液脓血便或鲜血便。这很容易与痔疮出血相混淆。据统计,88%的直肠癌患者曾被误诊为痔疮出血。需要提醒大家的是,痔疮出血症状一般为手纸带血,便后滴血,或呈喷射状出血。肠癌出血一般多与大便混合,颜色多暗红、或伴有粘液。建议大家不管是哪种原因引起的便血,都要引起重视,

及时筛查就诊,以免贻误确诊时机。

2. 排便习惯的改变 排便次数的改变(变多或者变少),大便的性状变化(粘液便、变干或者变稀),排便感觉的变化(肛门重坠,排便不尽)。由于癌细胞的刺激,病人短期内可出现无明显原因的大便次数增多或便秘与腹泻交替出现。比如原来大便每天1次,最近突然大便3~4次,改变持续2~3个月以上,就需要引起重视。

3. 腹部肿块 腹部出现肿块可能是肿瘤本身,也可能是肿瘤与网膜、周围组织浸润黏结的肿块。肿瘤本身的肿块形态比较规则,轮廓较为清楚;如果是结合的肿块,其形态不甚规则。肿块一般质地较硬,可以推动。一般右半结肠癌和消瘦比较明显的患者更容易触及肿块。

4. 贫血、乏力、消瘦 长期便血可产生继发性贫血,随着肿瘤扩散浸润加重,肿瘤表面溃烂出血和毒素吸收,也可导致患者出现贫血、乏力、消瘦等症状。如无其他原因的失血,也没有肠寄生虫病的人

(尤其是男性),发现进行性缺铁性贫血,应考虑结肠癌的可能性。

5. 腹胀、腹痛或腹部不适 当结肠癌出现糜烂、继发感染时,由于相应肠段蠕动增加和痉挛,可出现腹痛。

## 结肠癌患者的临床治疗方案

结肠癌的治疗是一个长期的过程,经腹直肠癌根治术(Dixon)和腹会阴联合直肠癌根治术(Miles)是直肠癌根治手术的两种不同方式,主要区别就是是否保留肛门。Dixon手术适用于位置较高的直肠癌,是指将病变直肠切除后,将上面的肠段、乙状结肠和下面的肠段残余段进行吻合,从而保留肛门的功能,使粪便可以通过肛门正常排出;Miles手术切除病变直肠,同时也把会阴部位、肛门以及肛管周围的组织切除,一般是针对位置较低的肿瘤,或侵犯到肛门周围组织,此时需完全切除,肛门无法保留,即使保留肛门形态,肛门也不能维持正常排便。

全直肠系膜切除术是中低位直肠癌的标准术式。除了较早的肠癌我们选择根治性切除,对于不能根治切除的肠癌,争取姑息性切除或减症手术,以提高生活质量。辅助治疗一般是指化疗,中低位直肠癌还需要放疗,但是,靶向、抗血管生成药物、免疫不用于术前、术后常规辅助治疗。非转移性、可切除结肠癌术前一般不用新辅助化疗,I期和部分II期术后也不用辅助化疗,另一部分II和III期术后要辅助治疗。中低位直肠癌I期一般不用辅助治疗,II期、III期标准治疗方案是术前放化疗+手术+辅助化疗。

目前,临床开展微创手术包括无辅助切口的腹腔镜结肠癌切除术(Noses)、经括约肌间切除术(ISR)、经肛全直肠系膜切除术(taTME)、机器人、3D腹腔镜等微创手术。

北海市人民医院 刘家麒  
李泽昌 梁生生 陈洁清 代楠

# 心跳呼吸骤停的急救护理

心脏骤停是指心脏中的泵血功能突然停止运行,患者生命体征逐渐消失,导致患者心脏发生缺氧缺血等现象,直至患者死亡。近年来,很多患有心肌梗死的患者,或者是因为其他突发意外情况导致心跳及呼吸突然骤停的患者越来越多,在不同年龄段中因基础疾病心脏骤停的患者依旧高于因创伤、理化因素心脏骤停的人群,而当患者一旦发生心脏骤停,最佳黄金救治时间在5分钟之内,越早对患者进行心肺复苏抢救,生命复苏的成功率就越大,而错过每一分钟的抢救时间,患者抢救成功率就会降低。对于心脏骤停的患者,在救护车还未赶到患者身边时,离患者最近的人们,就是最佳救治人员。

## 心跳呼吸骤停的临床表现

心脏骤停是临床死亡的主要标志。当患者发生心脏骤停时,并无任何明显的先兆症状。发生心脏猝停,测听患者心音,其突然消失,且大动脉搏动突然消失,测不出患者舒张压及收缩压,呼喊患者并无其他任何反应,意识突然丧失或伴有全身抽搐,并且在心脏停止搏动的30秒内快速陷入昏迷状态,呼吸骤然停止或者是呈叹息样呼吸音,此现象经常发生在心脏停止搏动后的20~30秒内,通常表现为瞳孔散大,对光反射刺激消失,皮肤由红润逐渐变成苍白或者是发绀等。

## 心跳呼吸骤停患者如何急救护理

1. 当发现患者晕倒在地,首先应立即判断患者大动脉搏动是否消失,尝试呼喊患者后并未得到回应时,立即呼叫其他医护人员携带除颤仪前来抢救,并查看

开始抢救时间。

2. 立即将患者平卧位,放置硬板床或者地面上,解开患者衣领及腰带,暴露胸部按压部位,判断患者头颈部有没有受到其他损伤(骨折或扭伤),若颈部有损伤者,应该将身体与头部保持同一水平线,动作轻柔,避免动作过大导致患者后续瘫痪。

3. 一手放置于患者额头,将头部保持后仰姿势,开放患者气道,另一支手的食指以及中指指尖先触及颈部气管正中间的部位,男性可先触及喉结,然后向左或右侧移动2~3厘米,在气管旁软组织深处轻轻触摸颈动脉搏动,判断患者大动脉搏动是否消失,若没有触及到搏动则代表患者心跳已经停止,应立即建立人工循环,给予患者胸外心脏按压手法,站立于患者右侧或者是跪于右侧,按压部位为两乳头连线中点1/2处,将另一只手的掌根位置放在即将按压区域,手掌根与胸骨长轴重叠,

然后另一只手重叠在另一手背上,手指必须翘起伸直,脱离胸壁,抢救过程中,急救人员的肘关节应该伸直,双肩在病人胸骨上方正中中间,用身体重力垂直对患者胸部施加压力,按压频率应该维持平稳状态,按压频率规律进行,不能间断,不能用力过猛地去按压患者胸部,按压次数不得少于30次,按压频率为100~120次/分钟,成人按压深度至少5~6厘米,不能超过6厘米。按压过程中放松胸部回弹,手掌根不可以离开按压部位,在按压过程中需要密切观察患者面色。

4. 开放患者气道,在进行胸外按压30次之后,一只手压在患者额头,抬高患者下颌,开放气道,清理患者口腔及鼻腔内的分泌物,防止舌头后坠或者是分泌物堆积在患者支气管内,避免窒息。

5. 充分打开患者气道后,开始进行人工呼吸,用干净的纱布或者是手帕盖住患者的嘴巴,急救人员

自然吸气后,包住患者的嘴巴,左手食指和拇指捏住病人的鼻孔,右手托住患者的下巴,进行1秒钟的吹气,当看见患者胸部有起伏时,说明人工呼吸时,呼吸道通畅,吹气成功,当急救人员吸气时,左手松开患者的鼻孔,给予患者呼气时间,呼气2~3秒后连续吹气两次,在对患者进行吹气时,注意用眼角余光来观察患者的胸部是否有起伏动作。

6. 心脏按压与人工呼吸比例为30:2为一个循环,整个抢救措施做5个循环。连续做5个循环之后,评估患者呼吸、大动脉搏动及体温是否恢复,如果上述指标均恢复,且患者面色由苍白恢复至红润,四肢末梢血液循环恢复,则代表复苏成功,恢复患者体位后给予心电监护严密观察,记录抢救过程及时间。若患者复苏不成功,应该立即重复上述抢救过程,直至其他抢救人员的到来。

崇左市人民医院 李小玲