Gen Pharmacol, 1996, 27(7): 1079-1089.
[5] Bogoyevitch MA, Kobe B. Uses for JNK: the many and varied substrates of the c-Jun N-terminal kinases[J]. Microbiol Mol Biol Rev, 2006, 70(4): 1061-1095.
[6] Bederson J B, Germano I M, Guarino L. Cortical blood flow and cerebral perfusion pressure in a new noncraniotomy model of subarachnoid hemorrhage in the rat [J]. Stroke, 1995, 26(6): 1086-1092.
[7] Sibon I, Menegon P, Rouanet F, *et al*. MRI of acute brainstem ischaemia: cytotoxic versus vasogenic oedema? [J]. Eur J Neurol, 2004, 11(7): 497-498.
[8] 陈佳琳, 姚声涛, 郭宗铎. TNF-α在实验性蛛网膜下腔出血后早期脑损伤中的作用[J]. 第三军医大学学报, 2011, 34(15): 1620-1622.
[9] Zhou M L, Shi J X, Hang C H, *et al*. Potential contribution of nuclear factor-kappaB to cerebral vasospasm after experimental subarachnoid hemorrhage in rabbits[J]. J Cereb Blood Flow Metab, 2007, 27(9): 1583-1592.
[10] Yatsushige H, Ostrowski R P, Tsubokawa T, *et al*. Role of c-Jun N-terminal kinase in early brain injury after subarachnoid hemorrhage [J]. J Neurosci Res, 2007, 85(7): 1436-1448.
[11] Simard J M, Geng Z, Woo S K, *et al*. Glibenclamide reduces inflammation, vasogenic edema, and caspase-3 activation after subarachnoid hemorrhage[J]. J Cereb Blood Flow Metab, 2009, 29(2): 317-330.
[12] Claassen J, Vu A, Kreiter K T, *et al*. Effect of acute physiologic derangements on outcome after subarachnoid hemorrhage[J]. Crit Care Med, 2004, 32(3): 832-838.
[13] Pan J, Zhao Y X, Wang Z Q, *et al*. Expression of FasL and its interaction with Fas are mediated by c-Jun N-terminal kinase (JNK) pathway in 6-OHDA-induced rat model of Parkinson disease[J]. Neurosci Lett, 2007, 428(2/3): 82-87.
[14] Weston C R, Davis R J. The JNK signal transduction pathway[J]. Curr Opin Cell Biol, 2007, 19(2): 142-149.

(**收稿**:2012-12-16;**修回**:2013-02-04)
(编辑 王小寒)

文章编号:1000-5404(2013)13-1401-01

个案与短篇

1例内镜下切除直肠巨大LST的疗效及围术期护理

张 扬,于凌燕,于 劲,李春花,刘春雨 (400037 重庆,第三军医大学新桥医院消化内科)

[**关键词**] 大肠巨大侧向发育型肿瘤;内镜下黏膜剥离术;围术期;护理
[**中图法分类号**] R473.5 [**文献标志码**] B

大肠侧向发育型肿瘤(lateral spreading tumor,LST)易发生癌变,须及时治疗。传统的LST治疗主要采取内镜下黏膜切除术(endoscopic mucosal resection,EMR)[1],本例因病灶大小限制不能采用传统EMR,故采取内镜下黏膜剥离术(endoscopic submucosal dissection,ESD)治疗。现将本例治疗方法、疗效及围术期护理报告如下。

1 临床资料

1.1 资料

患者,女性,66岁,以"反复腹泻2年余"为主要临床表现。解黄色糊样便,4~5次/d,伴有黏液,未见脓血,伴有腹胀、肛门坠胀感。2011年10月外院肠镜提示:升结肠管状腺瘤,直肠病变。并予内镜下行"升结肠管状腺瘤钳除术"。2012年8月上述症状逐渐加重,外院肠镜提示:直肠绒毛管状腺瘤改变,病理活检提示:直肠活检组织绒毛管状腺瘤。2013年4月以"直肠侧向生长型息肉"收入我科,建议其行手术治疗。

1.2 器械和材料

CF-Q260JI电子结肠镜,CF-Q260AI放大染色内镜,HOOK刀、IT刀,MAJ-70注射器,钛夹及释放器均为Olympus,APC300氩离子型凝固器(REBE德国),0.4%靛胭脂,1∶1 000肾上腺素生理盐水等。

1.3 术前准备

检查准备:术前患者完善3大常规及凝血4项,HIV、梅毒、肝炎10项等化验,心电图、B超、CT、肠镜结果等。肠道准备:患者前1 d晚上进食清淡、易消化的流质饮食,术前禁食12 h,用聚乙二醇电解质散(和爽散剂)溶解在2 000 mL的清水中+比沙可啶片10 mg顿服,行彻底肠道准备。必要时用0.9%生理盐水1 000 mL行清洁灌肠。心理护理:详细向患者及家属介绍此次手术的目的、操作过程、可能发生的并发症及术前术后的注意事项,消除患者的恐惧、紧张及疑虑心理。护理人员要及时评估患者的心理状况,加强与患者的有效沟通,及时汇报病情,减轻患者的心理负担[2]。

1.4 术中配合

患者取左侧卧位,双腿屈膝靠近腹部,充分暴露臀部,予心电监护,吸氧2 L/min。静脉留置针按(2~2.5 kg)[3]予丙泊酚进行静脉麻醉。充分麻醉后常规进境,于直肠距门齿8~15 cm处可见黏膜结节样增生,边界清晰,表面大小不等结节样增生,NBI观察可见IPCL倾向于ⅢA型(佐野分型),靛胭脂溶液染色后可见病变边界清晰,近环周,局部点状标记,使用玻璃酸钠+甘油果糖进行黏膜下层注射,使病变与固有层分离,以整个病灶明显隆起为标准。于标记点外侧2 mm用Hook刀环周切开,然后用IT刀进行剥离治疗,注射与剥离交替进行,最后切除整块病变。过程中可见创面少量渗血,给予止血钳处理,剥离后可见数处直径0.4~0.5 cm。全层切开,给予内镜下钛夹夹闭,创面大小约14 cm×10 cm,病变大小约13 cm×8 cm,整个过程顺利,用时7 h,切除物送病检。术后予止血、抗感染等对症支持治疗。

(下转1405页)

[**通信作者**] 张 扬, E-mail:panqianguang@aliyun.com
[**优先出版**] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20130530.0838.002.html(2013-05-30)

虽然目前针对卵巢癌治疗有很大进步,包括手术治疗、化疗、放疗或多方案的联合应用,但是患者5年生存率仍然很低。靶向治疗是目前研究的热点,可以通过特异性的干扰某些基因的表达,达到治疗疾病,并且文献[14]报道已有RNAi药物进入Ⅰ期临床研究。我们的研究结果提示Rac1蛋白在卵巢癌发生、发展中的重要作用,它作为Crk/Dock180/Rac1信号通路的下游调节卵巢癌细胞的增殖和迁移,通过抑制内源性Rac1基因的表达而抑制卵巢癌细胞的增殖及迁移,或许能成为一个治疗卵巢癌或抑制其浸润、转移的新途径。

参考文献:

[1] Jemal A, Siegel R, Ward E, *et al*. Cancer statistics, 2009[J]. CA Cancer J Clin, 2009, 59(4): 225-249.

[2] Chambers A F, Groom A C, MacDonald I C. Dissemination and growth of cancer cells in metastatic sites[J]. Nat Rev Cancer, 2002, 2(8): 563-572.

[3] Ridley A J, Schwartz M A, Burridge K, *et al*. Cell migration: integrating signals from front to back[J]. Science, 2003, 302(5651): 1704-1709.

[4] Crnogorac-Jurcevic T, Efthimiou E, Capelli P, *et al*. Gene expression profiles of pancreatic cancer and stromal desmoplasia[J]. Oncogene, 2001, 20(50): 7437-7446.

[5] Schnelzer A, Prechtel D, Knaus U, *et al*. Rac1 in human breast cancer: overexpression, mutation analysis, and characterization of a new isoform, Rac1b[J]. Oncogene, 2000, 19(26): 3013-3020.

[6] 潘阳林, 毕锋, 刘娜, 等. Rac亚家族在胃肠道肿瘤细胞系中的表达及活性[J]. 中华肿瘤杂志, 2003, 25(5): 441-444.

[7] 鄢毅权, 李介秋. Rac1基因在肝细胞癌中的过表达与转移侵袭的关系[J]. 医学临床研究, 2007, 24(9): 1493-1495, 1498.

[8] Wang H, Linghu H, Wang J, *et al*. The role of Crk/Dock180/Rac1 pathway in the malignant behavior of human ovarian cancer cell SKOV3[J]. Tumour Biol, 2010, 31(1): 59-67.

[9] Heasman S J, Ridley A J. Mammalian Rho GTPases: new insights into their functions from *in vivo* studies[J]. Nat Rev Mol Cell Biol, 2008, 9(9): 690-701.

[10] del-Pozo M A, Alderson N B, Kiosses W B, *et al*. Integrins regulate Rac targeting by internalization of membrane domains[J]. Science, 2004, 303(5659): 839-842.

[11] 车亚玲, 王瑾, 令狐华. 接合物蛋白CrkⅠ在卵巢癌恶性潜能中的作用[J]. 第三军医大学学报, 2011, 33(7): 675-678.

[12] 张瑜, 高一萌, 李文燕, 等. 鸟嘌呤核苷交换因子Dock180与Elmo1在卵巢癌细胞中的共表达[J]. 第三军医大学学报, 2012, 34(13): 1277-1280.

[13] Etienne-Manneville S, Hall A. Rho GTPases in cell biology[J]. Nature, 2002, 420(6916): 629-635.

[14] Castanotto D, Rossi J J. The promises and pitfalls of RNA-interference-based therapeutics[J]. Nature, 2009, 457(7228): 426-433.

(**收稿**:2012-12-05;**修回**:2013-01-12)

(编辑 吴培红)

(上接1401页)

1.5 术后观察及护理

病情观察:严密观察生命体征变化,去枕平卧6~8 h,持续心电监护,每1h测心率、呼吸、血压1次,吸氧2 L/min。观察患者有无腹痛及腹痛性质、观察大便的颜色、性质及量。一旦发现大便带暗红色血,应立即报告医师,积极配合处理。本例患者未见黑便等并发症的发生。

术后护理:①心理护理:及时告知患者及家属手术的成功性,消除患者的恐惧、紧张心理。在术后并发症的预防及处理上取得患者及家属的配合。②疼痛护理:因结直肠肠壁较薄,穿孔更为常见。如患者出现突然剧烈腹痛、有压痛和反跳痛、肌紧张者,考虑为术后穿孔的表现,应立即报告医生并紧急处理。本例患者未见上述明显症状,腹痛即考虑为手术过程中注入气体过多所致胀气腹痛,予曲马多0.1 g肌注后缓解。③饮食护理:此患者因手术创面大,恢复慢,需禁食48 h,术后第3天肛门排气后,仍无特殊病情变化,嘱其进食少量流质饮食,如稀饭、酸奶等,少量多餐。逐步过渡到半流质和普食。④出院指导:嘱患者养成良好的生活习惯,保持心情舒畅,注意劳逸结合、适量运动,选择易消化、高维生素、无刺激性食物,保持大便通畅,戒烟酒,3~6个月定期到医院复查肠镜。

2 讨论

LST的治疗方法主要有EMR、EPMR、ESD和外科手术。考虑巨大的LST与直肠癌关系密切,做EPMR治疗后,可能残留病变,引起复发,复发的病变再做EMR、EPMR或ESD较为困难,且易发生出血和穿孔等并发症。因此,为一次性完整电切除病变,近年多数学者主张巨大的LST做ESD治疗[4]。本例LST患者因病灶大小受限制,患者又不愿意选择创面大,风险高的外科手术治疗,经过科主任及主刀医师详细评估后决定采用ESD进行治疗。本科室内镜中心ESD治疗LST的操作技术相对成熟,用时7 h将此巨大LST整个病灶完全切除,残留率低,治愈率高。在治疗此巨大LST的围手术期护理过程中,我们采取一对一的个案跟踪护理,有计划、有针对性地对患者实施各项护理措施,定期与经管医师进行病情商讨。术前有效的与患者沟通,使患者对此手术的方法及过程有更详尽的了解,术后密切观察病情变化,进行出院康复指导这是手术成功的重要保证。

参考文献:

[1] Kiesslich R, Neurath M F. Endoscopic mucosal resection: an evolving therapeutic strategy for non-polypoid colorectal neoplasia[J]. Gut, 2004, 53(9): 1222-1224.

[2] 王奂生. 腹腔镜下结肠旷置术治疗慢传输性便秘的围手术期护理[J]. 护士进修杂志, 2011, 26(14): 1334-1335.

[3] 付兰英, 王雷, 杨小军, 等. 内镜黏膜剥离术治疗41例大肠侧向发育型肿瘤的疗效分析[J]. 第三军医大学学报, 2012, 34(21): 2200-2203.

[4] Terasaki M, Tanaka S, Oka S, *et al*. Clinical outcomes of endoscopic submucosal dissection and endoscopic mucosal resection for laterally spreading tumors larger than 20 mm[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2012, 27(4): 734-740.

(**收稿**:2013-01-21;**修回**:2013-02-28)

(编辑 张 维)