

2 治疗

大肠癌是手术治疗效果最好的消化道癌, 外科治疗的目的可归纳为 2 个方面: (1) 治愈肿瘤或最大限度地延长患者生命; (2) 最大限度地提高患者的生活质量。

2.1 术前查体中应仔细认真, 遇可疑患者应做仔细体检及有关检查。结肠镜检查是早期发现患者最安全、最有效、最可靠的检查方法。以提高早期诊断率。

2.2 对直肠癌需常规做肛诊检查, 指诊应轻柔, 不可粗暴按压肿瘤或弄破肿瘤。对活动的肿物不可在腹腔反复推动, 以防引起腹腔及其他部位种植转移。

2.3 钡灌肠检查时不可灌入过量钡剂和气体, 且灌肠速度不宜过快。

2.4 术前放疗适用于直肠癌, 能降低 Dukes 分级, 提高直肠癌的手术切除率和远期生存率, 减少局部复发。术前化疗能降低癌细胞的活力, 减少手术的扩散。

2.5 术中注意事项

2.5.1 术时应妥善保护切口及腹膜以防种植。

2.5.2 探查时应先从可能发生转移的远隔脏器开始, 最后探查受累脏器及原发肿瘤。

2.5.3 术中 B 超结合触诊, 能发现较微小的肝转移灶。

2.5.4 处理肠系膜静脉血管时, 可注入 5-Fu 0.5g, 结扎封闭肠管后的肠腔注入 5-Fu 0.5g。

2.5.5 术中应保持无瘤操作, 即便术中采用严格的无瘤接触技术, 仍有部分大肠癌患者的腹腔和肠腔内有脱落癌细胞。因此, 应采取措施以阻止、预防和杀灭肠腔或腹腔可能存在的脱落的癌细胞。采用的措施如封闭隔离瘤体, 结扎肿瘤两侧肠腔。温热馏水冲洗远端肠管。整块切除肿瘤, 并确保切缘无癌。

2.6 术后应定期随访, 包括 B 超、CEA、胸片、结肠镜等。

2.7 术后治疗: 大肠癌术后 5 年生存率约在 50% 左右, 近年采用多学科综合治疗, 以利提高 5 年生存率。术后放疗可

减少直肠癌的复发率。大肠癌术后化疗效果欠佳, 其主要原因之一为肿瘤细胞对化疗药物的耐药性。5-Fu 是治疗大肠癌的主要药物之一。

2.7.1 亚叶酸钙 (cf) 和 5-Fu 合用: 比单用 5-Fu 疗效提高 1 倍, 目前为大肠癌化疗常用方案。

2.7.2 5-Fu 与右旋咪唑 (LV) 合用: LV 原为驱虫药, 单一药物对大肠癌并无活性, 与 5-Fu 合用, 可减少复发危险和死亡率, 延长生存期。

2.7.3 希罗达又名卡培他滨, 是一种口服氟尿嘧啶核苷酸盐, 通过主要存在于肿瘤中的胸腺嘧啶磷酸盐化酶 (TP) 转化为对肿瘤有活性的 5-Fu, 使肿瘤部位药物浓度较高, 而其他部位较低, 故其毒性较 5-Fu 小。TP 水平高低与疾病的严重程度呈正比, 且与 5-Fu 关系密切, 而希罗达则可能给这部分高危患者带来益处。一般用量为 $2500\text{mg} \cdot \text{m}^{-2} \cdot \text{d}^{-1}$ 。且具有骨髓抑制轻、无脱发等优点。

对大肠癌的治疗, 应全面估计复发因素, 选择适合个体的手术方式。术中规范操作, 在确保生存率的前提下提高生活质量。术后应切实开展以化疗、放疗和免疫治疗为主的综合治疗, 严密随访, 对局部复发或肝脏转移者应积极治疗。随着科学的进步, 新药的不断问世, 相信大肠癌的疗效会有明显提高, 能更大程度地治愈患者, 同时提高患者的生活质量。

参考文献

- 1 李振主编. 恶性肿瘤的化学治疗与免疫治疗. 北京: 人民卫生出版社, 1994, 302
- 2 徐忠法, 左文述, 刘奇主编. 肛肠肿瘤外科学. 济南: 山东科学技术出版社, 1993, 98
- 3 骆明德, 张一楚. 大肠癌复发及转移的预防和治疗. 中国实用外科杂志, 2000, 15 (3): 186
- 4 汤钊猷主编. 现代肿瘤学. 上海: 上海医科大学出版社, 1993, 545

(收稿: 2002-08-05)

脑死亡诊断的演变及现状

王 千 常 诚

(山西省太原市解放军 264 医院 030000)

【中图分类号】 R74

【文献标识码】 A

【文章编号】 1008-3073(2003)01-0095-02

【关键词】 脑死亡 诊断标准

死亡对任何生物体而言是指生命的终结, 但对人而言, 则略有不同, 因为人是具有生物学及社会学意义上双重概念的集合体, 人的死亡不仅仅是医学意义上的完结, 还牵涉到法学、社会学及其他领域, 因此单从医学角度去看待死亡是不全面的。这就不得不对传统死亡的概念进行重新修订, 随之引出脑死亡的概念。

1 脑死亡的历史演变

1950 年法国学者 Mollaret 和 Goulon 以“极度昏迷”报道

个关于脑死亡的报道, 但真正提出脑死亡这一诊断名词则始见于 20 世纪 60 年代。1966 年马赛会议上, 首次对与脑死亡相关的医学、法学、道德与伦理学等方面进行探讨, 但鉴于当时各国及地区的社会及文化背景不同, 并没有形成一致的看法。1968 年, 第一个脑死亡诊断标准诞生于哈佛大学医学院^[1], 相关的内容虽引起不少的争议, 但却在脑死亡诊断方面迈出了坚实的一步。1971 年, 美国明尼苏达的 Moberg 和 Chen 指出^[2], 脑死亡的关键是脑干不可逆的损害

年,瑞典标准诞生,它强调了必须有间隔 25 分钟以上的 2 次脑血管造影均证实无血管显影,方可诊断脑死亡的观点。1973 年,日本推出其脑死亡诊断标准,但相应标准中没有创新条文,只是前述项目的重复。1976 年,英国推出自己的诊断标准,强调导致昏迷的原因除了应排除药物中毒及低温所致外,还应考虑有内分泌及代谢性疾病而引发。1977 年,英美联合协作组制定的标准中提出了一项确诊实验,即:阿托品静脉注射(2ml 阿托品静脉注射)心率增快 20% 以下。1981 年,美国医学、生物医学和行为研究中心伦理问题研究委员会提出自己的标准^[4],但无新的内容增加。1982 年英国学者提出,脑死亡的实质即脑干死亡^[5],随后引发了英美之间关于脑干死亡及脑皮层死亡的争论。1985 年,日本竹内医生提出脑死亡诊断的先决条件:经头颅 CT 确诊的不可逆的脑器质性病变。此后,未有关于脑死亡的新的诊断标准出现,但关于脑死亡的医学、法学、伦理、道德方面的争议却日趋激烈。

2 脑死亡的“公认标准”及诊断步骤

目前尚无一个能够被各国学者所公认的统一的脑死亡诊断标准,现有各标准中有许多重复之处,但基本条件是能够被医学及法学学者所接受的。

2.1 脑死亡标准(综合):(1)除外药物中毒、低温及内分泌代谢性疾病所引发的深昏迷;(2)无自主呼吸,需呼吸机维持呼吸;(3)各种脑干反射消失(瞳孔反射、角膜反射、头眼反射、眼前庭反射、吞咽反射);(4)脑电图呈电静止状态;(5)阿托品试验阴性。

2.2 我国对脑死亡诊断的建议标准^[6]:(1)原发的无法医治的慢性疾病,无自主呼吸>1 小时以上,关闭呼吸机>3 分钟仍无自主呼吸者;(2)急性病所致之猝死,自主呼吸停止>24 小时,关闭呼吸机>6 分钟,仍无自主呼吸者;(3)牵涉法律纠纷的意外死亡,自主呼吸停止>48 小时,关闭呼吸机>10 分钟仍无自主呼吸者;(4)患者深度昏迷,全身肌肉松弛,对任何强烈刺激无反应(除外药物、低温、麻醉、CO 中毒等因素);(5)各种反射消失(包括脑干反射、眼球固定、瞳孔散大、光反射消失);(6)阿托品实验呈阴性,脑电图呈电静止状态。

2.3 脑死亡的诊断步骤:(1)详细询问病史,体检,CT 检查等,以明确昏迷原因,并排除巴比妥类和其他常见中枢神经抑制剂或毒品中毒引起的深昏迷;(2)确定患者血压是在 12kPa 以上,体温不低于 35℃;(3)确定无自主呼吸,脱离呼吸机 15 分钟,患者仍无自主呼吸;(4)脑干反射消失,包括:瞳孔反射、角膜反射、头眼反射、眼前庭反射及吞咽反射;(5)实验室检查:包括:呼吸终止的测试,脑血流停止的测试,神经影像学检查,脑电图及诱发电位检查。

3 讨论

受各国或地区在医学、伦理、道德、宗教、法律等方面的影响,迄今为止尚没有一个能被各国认可的脑死亡诊断的共同标准,即使是在同一个国家的不同区域也存在认识上的差异。作者并不强调各国或地区在此问题上达成统一,随着

医学及相关学科的发展,对脑死亡的诊断迟早会有一个比较一致的看法。因为它涉及了对无生还希望的人的抢救,以及终止抢救的标准,涉及器官捐献及器官移植。

从现有资料分析:大多数欧洲、美洲、大洋洲国家及比较发达的亚洲国家对脑死亡持肯定态度^[7],即便有些国家在法律上未予以认可,但是医学界对此的承认,相信法律上的界定只是时间问题。这些国家对于生命及死亡在观念上的巨大转变是伴随着本国工业高速增长,科技飞速发展,文明水平日益提高而来的,他们也是当今世界医学发展的“领头羊”,不能笼统地讲对脑死亡的承认给这些国家或地区的医学发展带来了机遇,但可以肯定地说,承认脑死亡这样一种实事求是的科学态度对推动医学的发展是十分有益的。对脑死亡采取否定态度的国家集中在非洲及阿拉伯国家,这是受传统礼教及宗教信仰影响的结果。相对而言,这些地区的医学发展也比较滞后。我国对待脑死亡的态度一直处于一种若明若暗的状态。医学界的积极态度与法学界的沉默形成鲜明的对比,加之我国地区之间发展的不平衡,在相应的检测手段落后及没有法律保障的情况下,由临床医生做出脑死亡的诊断,实非易事。中国是一个封建意识比较浓重的国家,受“医乃仁术”的传统观念影响,对只有心跳,没有自主呼吸的深昏迷患者放弃抢救难免有“非仁”之嫌,除非家属主动提出放弃抢救而无临床医生自作主张之可能。对临床死亡的患者所投入的救治,充其量只能是对患者家属的一种宽慰,这种心理上的安慰是以医疗资源的极大浪费为代价的。

由于法律对脑死亡没有一个明确的说法,已经对器官捐献及器官移植产生了影响。许多医药界人士联名提案为器官移植和尸体捐献立法,但器官移植的前提就是要高质量的供体,这就不可避免地牵涉到了脑死亡的立法,只有医学及法学对脑死亡都持肯定态度,才是解决这些问题的关键。

纵观脑死亡的医史演变,可以看出相关的边缘学科的发展是医学发展的必要及前提,各学科的发展所带来的影响并不完全仅局限于本专业,认识到这一点,视野将会更开阔,更具有战略性。

参考文献

- 1 薛庆澄主编. 神经科学. 天津:天津科技出版社, 1990, 109
- 2 涂通今主编. 急症神经外科学. 北京:人民军医出版社, 1995, 116
- 3 Mohands A, Chou SN. Brain death—a clinical and pathological study. *J Neurosurg*, 1971, 35: 211—218
- 4 Lynn J. Guidelines for the determination of death. President's Commission for the Study of Ethical Problems. *JAMA*, 1981, 246: 2184
- 5 Hughes JR. Guide lines for the determination of death. *Neurology*, 1981, 32: 682
- 6 钱信忠主编. 中华人民共和国执业医师法实务全书. 北京:中国民主法制出版社, 1998, 541—542
- 7 邵孝主编. 现代急诊医学. 北京:北京医科大学、协和医科大学联合出版社, 1997, 139—140