

able alternatives for diagnosing acute fatty liver of pregnancy in a Chinese population [J]. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2017, 30 (24) : 2951 - 2955.

6 袁玉华,郭宗艳,吴明媛,等. 妊娠期急性脂肪肝的临床特征及不同终止妊娠时间对母婴预后的影响[J]. *中国妇幼保健*, 2015, 30 (35) :6222 - 6223.

7 李茂琴,李家琼,史载祥,等. 血液净化在妊娠期急性脂肪肝并发严重肝衰竭的临床应用[J]. *中华临床医师杂志(电子版)*, 2013, 7(21) :9804 - 9806.

8 Yu CB, Chen JJ, Du WB, et al. Effects of plasma exchange combined with continuous renal replacement therapy on acute fatty liver of pregnancy [J]. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int*, 2014, 13(2) :179 - 183.

9 丘文凤,罗伟文. 重组人凝血因子 VIIa 在难治性出血治疗的临床观察[J]. *中外医学研究*, 2015, 13(1) :14 - 15.

10 Supriya K, Thunga S, Narayanan A, et al. Recombinant activated factor VII in the management of acute fatty liver of pregnancy: a case

report [J]. *J Obstet Gynaecol Res*, 2015, 41 (7) :1122 - 1125.

11 陈楠,王介非,肖宏,等. 微量肝素治疗妊娠期急性脂肪肝合并 DIC 的临床意义[J]. *肝脏*, 2011, 16(2) :103 - 105.

12 金影. 妊娠期急性脂肪肝继发播散性血管内凝血 4 例临床分析[J]. *中华实用诊断与治疗杂志*, 2013, 27(8) :810 - 811.

13 Dey M, Kumar R, Narula GK, et al. Acute fatty liver of pregnancy [J]. *Med J Armed Forces India*, 2014, 70(4) :392 - 393.

14 朱特选,李琪,张卫社,等. 妊娠期急性脂肪肝患者门诊筛查时机和筛查方案的探讨[J]. *中南大学学报:医学版*, 2015, 40(7) : 748 - 753.

[收稿日期 2019 - 01 - 01][本文编辑 刘京虹 韦颖]

本文引用格式

宋三兵,李勋,王俊,等. ICU 综合替代支持治疗妊娠期急性脂肪肝合并 MODS 患者一例[J]. *中国临床新医学*, 2020, 13 (8) :822 - 824.

护理研讨

贝克认知疗法在四肢恶性骨肿瘤围术期护理中的应用

杨艳

作者单位: 430022 武汉,华中科技大学同济医学院附属协和医院骨科

作者简介: 杨艳(1983 -),女,大学本科,主管护师,研究方向:骨科护理。E-mail:2295654905@qq.com

[摘要] **目的** 观察贝克认知疗法在四肢恶性骨肿瘤围术期护理中的应用效果。**方法** 将 110 例四肢恶性骨肿瘤住院患者按随机数字表法分为观察组与对照组,每组 55 例。对照组实施骨科常规护理,观察组在常规护理基础上结合贝克认知疗法进行干预。于干预前后采用汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Scale, HAMA)和汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale, HAMD)评估两组患者的心理状态,采用中文版癌症自我管理效能感量表(Strategies Used by People to Promote Health, SUP-PH)评价自我效能感,采用欧洲癌症研究与治疗组织研制的癌症患者生活质量核心调查问卷第 3 版(quality of life-core 30 questionnaire version 3.0, QLQ-C30 V3.0)评估生活质量。**结果** 干预前两组 HAMA 评分、HAMD 评分和 SUP-PH 量表各维度评分差异均无统计学意义($P > 0.05$),观察组干预后 HAMA 和 HAMD 评分均低于干预前和干预后对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),SUP-PH 量表各维度评分均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。干预后观察组 QLQ-C30 V3.0 各维度中躯体功能、社会功能、情绪功能、角色功能、认知功能和总体健康状况评分均高于对照组,食欲丧失评分低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 贝克认知疗法能缓解四肢恶性骨肿瘤患者的不良情绪,增强自我效能感,改善生活质量。

[关键词] 恶性骨肿瘤; 贝克认知疗法; 心理状态; 自我效能感; 生活质量

[中图分类号] R 473.73 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674 - 3806(2020)08 - 0824 - 05

doi:10.3969/j.issn.1674 - 3806.2020.08.23

骨肿瘤是指发生于骨骼及附属组织的肿瘤,可分为良性骨肿瘤和恶性骨肿瘤。前者一般不危及生命,预后较好;后者又被称为“骨癌”,患者病情进展

快,预后差,病死率较高,需尽早接受治疗^[1]。骨肿瘤患者随着疾病进展常发生严重骨疼痛,治疗过程中受不良反应影响患者的机体免疫力下降,或引发

肢体功能障碍,加之患者患病后会产生巨大的心理压力,极易产生恐惧、悲观、沮丧等不良心理反应,严重时甚至导致患者放弃治疗。因此,骨肿瘤患者在通过治疗控制症状的同时,心理干预也十分关键^[2]。化疗是目前治疗恶性骨肿瘤的最有效手段之一,但其不良反应会损伤机体,加重身心痛苦,影响临床疗效^[3]。手术治疗主要有肿瘤侧肢体离断术和保肢人工假体置换术两种术式,但均会对患者的生理和心理造成较大创伤,严重影响患者的身心健康及生活质量^[4]。贝克认知疗法是一种以问题为导向、以现在为中心、主动与指导式的治疗干预方法,通过改变错误认知观念及不合理认知过程达到缓解不良情绪和改变不良行为的目的,在改善患者负性情绪、生活质量和提高满意度等方面均有积极作用^[5,6]。我科将贝克认知疗法应用于2017-01~2018-12收治的四肢恶性骨肿瘤患者护理过程中,取得良好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取某三甲医院骨科2017-01~2018-12收治的四肢恶性骨肿瘤住院患者110例。纳入标准:(1)经临床表现、影像学及病理检查确诊为四肢恶性骨肿瘤;(2)生存期3个月以上;(3)卡氏评分>70分,意识清楚,无认知和语言交流障碍;(4)均择期行手术治疗,无相关手术禁忌证;(5)患者均签署知情同意书。排除标准:(1)合并其他恶性肿瘤;(2)肝、肾等重要脏器功能严重异常;(3)合并神经系统病变或精神病史。本研究经医院伦理委员会批准。采用随机数字表法将上述患者分为观察组与对照组,每组55例。观察组男38例,女17例;年龄14~76(43.29±6.34)岁;文化程度:中学及以下40例,大专及以上15例。对照组男41例,女14例;年龄15~74(44.73±5.36)岁;文化程度:中学及以下38例,大专及以上17例。两组基线资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 按骨科常规护理,入院宣教,保持病室整洁、干净,与患者充分沟通交流,建立良好护患关系。需卧床制动者密切观察生命体征,卧床期间指导开展深呼吸锻炼;定期更换床单及被罩,避免局部持续受压。指导轻度疼痛者采取适当体位,以缓解疼痛,避免加重症状。疼痛较重或无法耐受者依据世界卫生组织(World Health Organization, WHO)三阶段止痛原则遵医嘱应用止痛药物。护理操作时尽量一次性完成,减少刺激患者。指导患者规律作

息,通过转移注意力等手段使其尽量放松心情。留置尿管者实施会阴护理,定时更换尿袋,嘱多饮水,以防泌尿系统感染。指导患者合理膳食,满足其机体营养所需;密切观察病情,有变化及时对症处理。术后应禁烟酒。室内合理通风,避免因不恰当通风引发感冒。室温应维持在25~28℃。指导患者抬高患侧肢体,避免切口受压。如需放置引流,引流管需低于手术切口水平,以防引流液逆流,避免引流管受压或折弯等。

1.2.2 观察组 在常规护理基础上实施贝克认知疗法^[5],由主管护士独立完成一对一治疗,具体实施步骤如下:(1)评估心理状态。患者入院后主管护士积极主动与其沟通,取得患者信任,建立良好护患关系,为实施贝克认知疗法打好基础。鼓励患者充分表达自我想法,评估其心理状态。(2)识别自动思维。向患者介绍贝克认知疗法相关知识及治疗目的,采用参照说明或举例说明等方法分析情绪、认知与行为相互作用的循环链,消除患者疑虑,以积极心态接受干预。鼓励患者宣泄不良情绪,告知患者错误认知和不良情绪会导致恶性循环,影响疾病治疗及术后康复。通过交谈找出诱发不良情绪的原因,制定有效对策打破上述循环链。(3)识别认知性错误。认真倾听患者诉求,询问其患病后的实际想法,心情低落时所思所想等。交流时注意识别患者的自动思维和认知曲解,主管护士引导患者识别那些在愤怒、悲观和焦虑等负面情绪之前出现的介于外部事件与个体对事件不良情绪之间的特殊想法和思维。可采用提问来引导患者想象,发掘并识别患者的自动性思维和认知上的曲解,帮助患者调节其情绪,同时修正其认知性错误。(4)真实性检验。主管护士与患者共同进行真实性检验,即与患者共同检验假设的推论与逻辑性是否合理。此检验包括认知和行为两个方面,让患者发现其消极认知和信念不符合逻辑及实际情况。主管护士可与患者一起进行一些不带主观判断的追根究底式的提问,使患者在问答过程中逐渐认识到自己的错误观点,并开始动摇与否定自己的错误认知和信念,改变错误想法,培养正确的心态。例如可问患者患恶性骨肿瘤后对其自身意味着什么,除面临死亡之外还有什么问题等,通过类推的方法步步查找,告知患者其已陷入“恶性骨肿瘤=死亡”的思维沼泽,可反复向患者强调“骨肿瘤仅是一种慢性疾病”、“骨肿瘤并不可怕”或介绍“之前来复查者已手术10多年了”等,让患者认识到“恶性骨肿瘤=死亡”的想法是错误的,无

法通过真实性检验。(5)去中心化。恶性骨肿瘤患者受自身疾病影响易滋生焦虑、抑郁等负性情绪,感叹命运不公,觉得自己是人们注意的中心,同时面临死亡威胁,感觉自己脆弱无力。主管护士可通过讲解疾病相关知识、励志故事、既往治疗成功案例等消除其负面情绪,使其积极配合治疗,早日回归社会。

1.3 评价指标

1.3.1 心理状态评分 采用汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Scale, HAMA)^[7]和汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale, HAMD)^[8]于干预前(入院当天)和干预后(出院当天)评估两组患者的心理状态,上述量表是精神科临床上应用较广泛的他评式量表,主要用于评定神经症和其他患者焦虑、抑郁症状的严重程度,其总分可以较好地反映患者焦虑、抑郁症状的严重程度。其中 HAMA 包括 14 个项目,各项目均采用 5 级评分法评分(0~4 分),评分 >14 分提示焦虑症状有临床意义。HAMD 包括 24 个项目,总分 <8 分提示无抑郁症状,评分越高提示抑郁症状越重。上述评分均由我院 2 名经专业培训的护士进行独立评分,取其均分为实际得分。

1.3.2 自我效能感评分^[9] 采用中文版癌症自我管理效能感量表(Strategies Used by People to Promote Health, SUP-PH)于干预前后评价两组患者的自我效能感,共有 28 个条目 3 个维度(正性态度、自我减压和自我决策),各维度分为“无信心”、“有点信心”、“有信心”、“很有信心”和“非常有信心”5 个级别,分别评分 1~5 分,总评分范围 0~140 分,分值越高提示自我效能感越强。

1.3.3 生活质量评分^[10] 采用欧洲癌症研究与治疗组织研制的癌症患者生活质量核心调查问卷第 3 版(quality of life-core 30 questionnaire version 3.0, QLQ-C30 V3.0)于干预后评定患者的生活质量,该量表

临床效度及实用性较好,用于评定中国肿瘤患者生活质量状况具有可行性。共包括 30 个条目 15 个项目,包括功能领域 5 个(躯体功能、社会功能、情绪功能、角色功能和认知功能),症状领域和单项条目共 9 个(疲倦、疼痛、恶心呕吐、失眠、气促、便秘、食欲丧失、腹泻、经济困难),总体健康状况 1 个。各项目评价分为“没有”、“有点”、“相当”、“非常”4 个级别,分别评分 1~4 分。功能领域各维度和总体健康状况评分越高提示生活质量越好,症状领域和单项条目评分越高提示生活质量越差。

1.4 统计学方法 应用 SPSS20.0 统计软件进行数据分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 *t* 检验;计数资料以例数表示,无序分类资料组间比较采用 χ^2 检验,有序分类资料采用秩和检验。*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组干预前后心理状态评分比较 观察组干预后 HAMA 和 HAMD 评分均低于干预前及干预后对照组,差异均有统计学意义(*P* < 0.05)。见表 1。

表 1 两组干预前后心理状态评分比较[($\bar{x} \pm s$),分]

组别	例数	HAMA		HAMD	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	55	49.77 ± 7.30	43.58 ± 7.25 *	50.79 ± 7.11	45.76 ± 6.39 *
对照组	55	50.14 ± 6.23	47.93 ± 6.24 *	51.27 ± 6.98	49.03 ± 5.62 *
<i>t</i>	-	0.286	3.373	0.357	3.721
<i>P</i>	-	0.776	0.001	0.722	0.000

注:与同组干预前比较, * *P* < 0.05

2.2 两组干预前后自我效能感评分比较 两组干预后 SUP-PH 量表各维度评分均高于干预前,观察组干预后 SUP-PH 量表各维度评分均高于对照组,差异均有统计学意义(*P* < 0.05)。见表 2。

表 2 两组干预前后自我效能感评分比较[($\bar{x} \pm s$),分]

组别	例数	正性态度		自我减压		自我决策	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	55	36.94 ± 4.60	51.27 ± 7.46 *	19.89 ± 2.84	35.44 ± 5.22 *	5.06 ± 0.89	12.20 ± 1.86 *
对照组	55	37.20 ± 3.56	43.78 ± 6.49 *	20.37 ± 2.16	26.50 ± 3.74 *	4.79 ± 0.94	7.64 ± 1.18 *
<i>t</i>	-	0.332	5.618	0.998	10.323	1.547	15.353
<i>P</i>	-	0.741	0.000	0.321	0.000	0.125	0.000

注:与同组干预前比较, * *P* < 0.05

2.3 两组干预后生活质量评分比较 干预后观察组 QLQ-C30 V3.0 各维度中躯体功能、社会功能、情绪功能、角色功能、认知功能和总体健康状况评分均

高于对照组,食欲丧失评分低于对照组,差异均有统计学意义(*P* < 0.05)。见表 3。

表3 两组干预后生活质量评分比较 $[(\bar{x} \pm s), \text{分}]$

组别	例数	躯体功能	社会功能	情绪功能	角色功能	认知功能	疲倦	疼痛	恶心呕吐
观察组	55	73.88 ± 7.40	63.02 ± 8.99	80.22 ± 5.47	69.87 ± 7.30	81.38 ± 8.46	34.50 ± 6.89	15.60 ± 9.06	16.78 ± 8.54
对照组	55	69.81 ± 7.79	56.42 ± 8.78	72.84 ± 5.74	65.79 ± 7.49	74.50 ± 8.76	35.78 ± 6.04	16.77 ± 9.80	17.90 ± 8.93
<i>t</i>	-	2.809	3.895	6.903	2.893	2.389	1.234	0.563	1.523
<i>P</i>	-	0.006	0.000	0.000	0.005	0.028	0.220	0.552	0.132

组别	例数	失眠	气促	便秘	食欲丧失	腹泻	经济困难	总体健康状况
观察组	55	30.44 ± 7.50	20.45 ± 10.17	14.27 ± 5.44	28.93 ± 9.85	8.79 ± 6.42	33.77 ± 11.90	68.20 ± 9.58
对照组	55	33.27 ± 7.52	22.88 ± 10.13	15.09 ± 6.77	32.96 ± 9.38	9.04 ± 6.30	34.00 ± 12.78	63.78 ± 9.34
<i>t</i>	-	0.043	0.534	0.957	2.197	0.975	0.764	2.579
<i>P</i>	-	0.964	0.715	0.364	0.030	0.364	0.440	0.018

3 讨论

3.1 恶性骨肿瘤严重危害患者身体健康,在造成生理痛苦的同时还会使患者产生巨大的心理压力,产生焦虑、抑郁、悲观、恐惧等不良情绪,进一步加重病情,形成恶性循环,对治疗和患者预后极为不利,甚至造成严重的社会及家庭负担^[11,12]。贝克认知疗法是一种完善的心理治疗体系,其认为个体的心境和行为由认知过程决定,治疗时通过纠正患者的错误认识可有效缓解负性情绪,改变不良行为^[13]。情绪是大脑将生理变化和对事件的知觉加以整合后产生的心理体验,认知是情感和行为的中介,情感障碍和行为障碍的产生与不合理认知有关。因此,要改变不良情绪及行为就必须纠正原来不合理的认知过程和错误的认知观念,这也是贝克认知疗法的核心和关键。同时,贝克认知疗法能使患者在意识到错误认知并不断纠正,逐渐强化正确认知,进而形成有益于治疗及康复的认知及行为,最终形成良性循环,从根本上缓解焦虑、抑郁情绪。本研究结果显示,干预后观察组 HAMA 和 HAMD 评分均低于干预前和干预后的对照组 ($P < 0.05$),表明贝克认知疗法能有效缓解骨肿瘤患者的焦虑、抑郁情绪,改善其情绪状态,与吴艳等^[13]的研究结果基本一致。

3.2 恶性骨肿瘤病死率较高,患者预后欠佳,临床上多采用手术切除并辅以放化疗治疗,以延长生存期,改善生活质量。但多数患者有明显疼痛及相关功能障碍,加之放化疗易引发多种不良反应,严重影响患者的治疗积极性、治疗信心乃至生活质量^[14]。自我效能感会影响个体自身潜能,增强个体应对能力,使其以积极心态面对自身疾病并实施有效自护,建立健康行为。研究^[11]指出,肿瘤患者的生活质量与其自我效能感密切相关,生活质量明显下降时会降低肿瘤患者的行为效率与能力,影响其对自我效

能的判断。而增强自我效能感能减轻心理压力,提高患者治疗信心,减少疾病对患者生理及心理的负面影响。贝克认知疗法能有效缓解患者的负性情绪,树立正确认知,增强治疗疾病的信心,使患者更好地调整情绪状态,提高自我效能感。本研究结果显示,经干预后观察组患者正性态度、自我减压及自我决策评分均高于治疗前和对照组,生活质量量表功能领域和总体健康状况评分均高于对照组,表明贝克认知疗法能有效增强骨肿瘤患者的自我效能感,改善生活质量。其可能机制为贝克认知疗法能及时纠正错误认知,终止不良情绪循环链^[15],改善患者的心理状态,激发与自身疾病斗争的信心和勇气,逐渐强化自我效能感,形成良性循环,进而调节其躯体、心理及社会功能,改善生活质量。

综上所述,实施贝克认知疗法能改善恶性骨肿瘤患者的心理状态,增强自我效能感,改善生活质量,效果显著,值得推广。但本研究样本量较小,观察时间较短,贝克认知疗法对骨肿瘤患者负性情绪的缓解作用及由此带来的一系列变化仍有待日后深入研究。

参考文献

- 1 陈艳平,沈芳,伊晓冬. 针对性护理对化疗期骨肿瘤患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2017,23(24):11-12.
- 2 王媛,刘宛荣. 骨肿瘤32例围术期护理的效果分析[J]. 实用医技杂志,2016,23(10):1145-1146.
- 3 项晶,刘小红,刘美,等. 贝克认知疗法在骨转移病人疼痛和治疗依从性中的作用[J]. 蚌埠医学院学报,2018,43(12):1642-1644,1648.
- 4 易平,蒋静. 强化护理干预对骨肿瘤化疗病人不良反应和生活质量的影响[J]. 全科护理,2018,16(34):4309-4310,4324.
- 5 杨鹏,周阳,余灿灿. 基于贝克认知疗法的心理干预对急性冠状动脉综合征病人情绪及生活质量的影响[J]. 全科护理,2019,17(23):2891-2893.

6 施晶晶,黄燕鹏,胡洁晶,等. KAP干预模式联合贝克认知疗法对桡骨远端骨巨细胞瘤患者术后负性情绪及生活质量的影响[J]. 中国医药导报,2018,15(14):129-131,136.

7 王纯,楚艳民,张亚林,等. 汉密尔顿焦虑量表的因素结构研究[J]. 临床精神医学杂志,2011,21(5):299-301.

8 戴红,许少芳,宋宝华,等. 重度抑郁障碍和广泛性焦虑障碍患者的色彩偏好及其对两者情绪水平的预测[J]. 中山大学学报(医学科学版),2015,36(3):427-431.

9 钱会娟,袁长蓉. 中文版癌症自我管理效能量表的信效度测评[J]. 中华护理杂志,2011,46(1):87-89.

10 谭诗生,李杭,罗健,等. 欧洲癌症研究与治疗组织研制的生活质量核心调查问卷第3版中文版生活质量调查问卷测评[J]. 中国临床康复,2006,10(4):23-27.

11 张华,阎琳,王淑云,等. 抑郁患者自我效能水平及其影响因素调查分析[J]. 中国临床新医学,2015,8(6):565-568.

12 侯芳,徐德臻,曹晓晴,等. 贝克认知疗法联合音乐放松训练在心脏手术患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2019,25(10):8-11.

13 吴艳,田薇,吴丽,等. 贝克认知疗法在恶性骨肿瘤保肢术患者心理护理中的应用[J]. 护理学杂志,2014,29(2):66-68.

14 马丽利,杜红梅,陈广栋. 强化护理干预对骨肿瘤患者不良反应和下肢功能的影响[J]. 中国肿瘤临床与康复,2017,24(4):502-505.

15 高琳,汪彬彬,张清,等. 贝克认知疗法对乳腺癌患者心理状态及睡眠质量的影响[J]. 护理学杂志,2017,32(12):82-84.

[收稿日期 2020-03-17][本文编辑 刘京虹 韦颖]

本文引用格式

杨艳. 贝克认知疗法在四肢恶性骨肿瘤围术期护理中的应用[J]. 中国临床新医学,2020,13(8):824-828.

新进展综述

革袋胃诊治现状及进展

武子镇, 邓靖宇(综述), 梁寒(审校)

基金项目: 国家自然科学基金项目(编号:81572372); 国家重点研发计划项目(编号:2016YFC1303202)

作者单位: 300060 天津,天津医科大学肿瘤医院胃部肿瘤科,国家肿瘤临床医学研究中心,天津市“肿瘤防治”重点实验室,天津市恶性肿瘤临床医学研究中心

作者简介: 武子镇(1994-),男,在读硕士研究生,研究方向:胃癌的临床及基础研究。E-mail:wzzxiaohao6@163.com

通讯作者: 梁寒(1961-),男,医学硕士,主任医师,教授,硕士研究生导师,研究方向:胃癌外科及围手术期综合治疗的临床研究。E-mail:tjlianghan@126.com

[摘要] 革袋胃是一种特殊型胃癌,呈弥漫性生长,恶性度高、进展快,通常预后差,属于弥漫浸润型(Borrmann IV型)胃癌,好发于女性。随着诊疗技术的提高,为部分革袋胃患者的诊治提供了新的希望。革袋胃的具体发病机制及疾病进展尚未完全明确,该文就近年来的革袋胃的诊治现状及进展进行综述。

[关键词] 胃; 肿瘤; 革袋胃; 预后

[中图分类号] R 735.2 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2020)08-0828-05

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2020.08.24

Current status and progress in diagnosis and treatment of linitis plastica WU Zi-zhen, DENG Jing-yu, LIANG Han. Department of Gastric Oncology, Tianjin Medical University Cancer Institute and Hospital, National Clinical Research Center for Cancer, Tianjin Key Laboratory of Cancer Prevention and Therapy, Tianjin's Clinical Research Center for Cancer, Tianjin 300060, China

[Abstract] Linitis plastica is a special type of gastric cancer with diffuse growth, high malignancy, rapid development and usually poor prognosis. It belongs to diffuse infiltration(Borrmann IV) gastric cancer, and is more common in women. The improvement of diagnosis and treatment technology provides a new hope for the diagnosis and treatment of some linitis plastica patients. The specific pathogenesis and disease progression of linitis plastica have not been completely clear, so we review the diagnosis and treatment status and progress of linitis plastica in recent years in this paper.

[Key words] Stomach; Tumors; Linitis plastica; Prognosis