

规治疗方法已是一个不争的事实。

期病例以化疗为主。化疗后肿瘤残留予以手术切除,病理阳性者进行二线化疗,阴性者观察;如肿瘤残留位于不能切除部位时进行二、三线化疗或局部放疗<sup>[1]</sup>。本文资料提示Ⅲ期病例的治疗效果差,无5年生存,主要因化疗强度不够等所致。应更新观点,按照一致的治疗原则对这类病例进行治疗。

本文资料提示Ⅲ期病例中胚胎癌的5年生存率及5年无病生存率均低于畸胎瘤,而Ⅳ期病例,二者的治疗效果则相当,提示早期睾丸癌中畸胎瘤的预后优于胚胎癌。

提示睾丸癌易复发和转移,且有些病例治疗后未控进展;复发进展后再治5年生存率为26.5%,其中胚胎癌与畸胎瘤各为25.9%、28.6%;有、无穿刺

细胞学检查者各为27.3%、26.1%;以上比较均无差异( $P > 0.05$ )。应当重视复发进展后的再治疗,可参考Ⅲ期病例的治疗原则来进行治疗,不能不加重视而给予消极的姑息治疗策略。

睾丸癌患者无论初治后还是复发进展再治后无病生存5年以上较少复发,基本可作治愈论。

#### 参考文献:

- [1] 汤钊猷. 现代肿瘤学[M]. 第2版. 上海: 上海医科大学出版社, 2000.1209-1218.
- [2] RorthM.Therapeutic alternative in clinical stage non<sup>3</sup>/seminomatous disease[J]. Semin Oncol, 1992, 19(2): 190.
- [3] WilliamsSD, RothBJ. Chemotherapy of testicular cancer: a review[J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 1992, 22(1): 213.

(刘红武校对)

## 短篇·个案 ·

### 食管癌多次手术治愈1例

程邦昌, 毛志福, 王土生, 康敢军

关键词: 食管癌; 瘘; 手术

中图分类号: R735.1; R730.6

文献标识码: D

文章编号: 1000-8578(2003)04-0330-01

#### 1 资料与方法

病例 女性, 57岁。2001年7月因患食管中段鳞癌在A院经左颈、胸径路行食管切除, 左颈食管-胃吻合术。术后进食正常。嗣后接受常规放疗6周, 化疗3周。每月随诊作纤维胃镜, 对可疑病变区取组织病检。次年3月, 内窥镜检后, 突发剧烈咳嗽、咯血, 进食后呛咳, 两肺吸入性肺炎, 诊断为左主支气管-胸胃瘘, 转至B院。经14天准备后, 剖右胸行气管食管瘘切断, 邻近纵隔胸膜覆盖修补。2周后开始经口进食, 再发呛咳, 呕吐, 呼吸困难, 证实瘘管再通。作空肠造口供给营养。5月转邻省C院。检查证实为左主支气管-胸胃瘘,

瘘口大小0.6 cm, 距隆突2.5 cm。3次内镜取组织病检未发现癌变。拟定放置带膜记忆合金支架, 因支架难以到位固定和难以耐受, 仅行全身支持治疗。6月转入武汉大学人民医院。术前经治疗控制肺部感染, 纠正低蛋白血症, 明确瘘部位、大小。于双腔气管插管, 两肺交替通气, 吸-静平衡麻醉下, 先剖腹游离截取带蒂横结肠袢, 经胸骨后通道上提至左颈, 作颈食管-结肠吻合。原计划切除左胸残胃和瘘口, 左主支气管式切除重建。因第1、3次手术后颈胸腹创面均感染, 附加放疗后的组织纤维化, 腹部广泛致密粘连。且本次手术已历时11小时, 才完成食管改道, 根据当时患者血流动

力学处于代偿期, 恐难耐受更长时间的手术。决定行幽门成形, 经胃窦插入特制双腔套管。术后5周, 经口进软食。治愈出院。随访6月, 生活质量大为改善。

#### 2 讨论

随着社会的发展和进步, 人们不仅要求提高疾病的治愈率, 更要求术后有良好的生活质量。食管癌患者接受手术、放疗和化疗后再出现严重并发症是否需再次手术? 为医患面临的难题。本例经二省4所三甲医院先后4次手术, 迄今随访6月, 生活质量改善, 足以说明, 只要具备手术适应证, 则力争创造条件, 接受再手术。笔者认为, 放疗区组织血供欠佳, 若于此区多次取组织, 可能导致溃破、穿孔, 形成漏或瘘。单纯切除炎性瘘口很难获成功, 若加支气管袖式切除重建, 成功几率增大。气管隆突区放置裤形支架难以到位和定位固定。结肠重建食管可解决经口进食, 也阻断了口腔唾液进入呼吸道。残胃内置双腔套管持续负压吸引, 保持胸胃粘膜紧贴, 促进瘘口愈合, 不失为一微创治愈瘘的有效措施。

(贺文校对)

收稿日期: 2002-10-20; 修回日期: 2003-02-12

作者单位: 430060 武汉大学人民医院胸心外科