

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^[1]。本文资料提示 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 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 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 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] Rorth M. Therapeutic alternative in clinical stage non³/seminomatous disease[J]. Semin Oncol, 1992, 19 (2): 190.
- [3] Willams SD, Roth BJ. 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; 瘻; 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活检。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-胸胃瘻, 转至 B 院。经 14 天准备后, 剖右胸行气管食管瘻切断, 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, 证实瘻管再通。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-胸胃瘻,

瘻口大小 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, 明确瘻部位、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瘻口, 左主支气管袖式切除重建。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, 形成漏或瘻。单纯切除炎症瘻口很难获得成功, 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, 促进瘻口愈合, 不失为一微创治愈瘻的有效措施。

(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