

体位引流治疗食管癌纵隔穿孔 21 例分析

江 浩 梅步铎 彭开桂

摘 要:目的 探讨使用体位引流的方法治疗食管纵隔瘘的疗效。方法 收集 1992 年元月~1996 年 3 月收治的食管癌纵隔瘘 21 例,用模拟定位机观察瘘道方位,以此安排引流时的体位。结果 21 例食管纵 隔瘘经过体位引流和内科治疗后,1 月内胸痛症状缓解 18/21 例,发热症状消退 7/9 例。模拟定位机下吞稀钡透视证实穿孔愈合 18 例,愈合率 85.7%。21 例的 3、6、12 月生存率分别为 90.5%、66.7%、33.3%。结论 体位引流治疗能促使食管纵隔瘘的愈合,穿孔愈合与瘘道的形状、粗细、长短、走行和是否并发纵隔炎等因素有直接关系。

关键词:食管癌;食管纵隔瘘;体位引流

我科自 1992 年元月~1996 年 3 月总共收治食管癌患者 1461 例,发生食管穿孔 46 例,其中穿入纵隔发生食管纵隔瘘 21 例。我们试用体位引流治疗并取得良好效果,现报道如下:

1 材料与方法

1.1 一般资料 男 13 例,女 8 例。年龄 47~72 岁,平均 61 岁。食管 X 光分型:髓质型 14 例,溃疡型 7 例。穿孔发生位置:上段 2 例,中段 11 例,下段 8 例。穿孔发生时间:放疗前发生的穿孔 3 例,放疗疗程中穿孔 13 例,放疗结束后穿孔 5 例。

1.2 瘘道分型 (1)单纯型,瘘道走行方向单一无分支,瘘管长度小于 5cm,瘘管较细直径小于 1cm。(2)复杂型,有下列条件之一者为复杂型:瘘道走行呈螺旋状、不规则形或有分支,瘘管直径 1cm 以上,长度超过 5cm。

1.3 临床表现 患者皆有轻中度吞咽困难,不同程度的胸痛,发热 9 例。穿孔皆经食管条片或模拟定位机下钡透证实。21 例 Kamofsky 氏评分皆大于 60 分。

1.4 治疗方法 (1)普通内科治疗:应用广谱抗菌素、激素、维生素及支持疗法,并要求患者进软食或半流质。(2)体位引流治疗:在模拟定位机下吞稀钡剂透视,并作 360 度旋转球管不间断观察穿孔瘘道,确定瘘道的方位。然后根据确定的瘘道方位来安排患者治疗时的体位,使得瘘道口向下,瘘道底部位于最高端,充分引流瘘道内的分泌物和食物,减少瘘道内污染。体位引流治疗的时间要求每天不少于 4 次,每次大于 2 小时,每天总时间不少于 8 小时。如体位合适,进食和睡眠时尽量采取治疗体位。

体位治疗方法采用卧位,并根据穿孔方位确定采用左侧位、右侧位、仰卧位或俯卧位,并通过调整头足的高度来最大限度地引流穿孔瘘道。21 例食管纵隔瘘患者皆在体位引流的同时结合内科治疗。

2 结果

疗效判断标准:(1)愈合:症状完全消失,钡透下无瘘道和溃疡发现。(2)基本愈合:症状消失,钡透下瘘道愈合,仅存浅表溃疡(深度小于 1cm)。未愈:钡透下仍有瘘道或较深溃疡(深度大于 1cm)存在。

本组 21 例食管纵隔瘘经过体位引流和内科治疗后,1 月内胸痛症状缓解 18/21 例,发热症状消退 7/9 例。一月内模拟定位机下吞稀钡透视证实穿孔愈合 18 例(含基本愈合 6 例)。愈合率 85.7%。3 例未愈合者皆为瘘口较大,瘘道较深且走形不规则,并伴有发热及纵隔障炎。18 例穿孔愈合患者中除放疗后穿孔愈合 3 例,其余 15 例皆在穿孔愈合后进行放射治疗,采用常规放疗方法 2Gy/次,每周 5 次,放疗肿瘤剂量 DT40~70Gy。放疗中无再次穿孔发生。瘘道愈合详情见表 1。

表 1 一般资料与瘘道愈合情况

	穿孔时间		发热		瘘 道	
	放疗前后	放疗中	有	无	单纯型	复杂型
愈合	3	9	4	8	11	1
基本愈合	2	4	2	4	2	4
未愈	3	0	3	0	0	3
总例数	8	13	9	12	13	8
P 值	< 0.05		> 0.05		< 0.05	

21 例患者生存时间 2.5~26 月,小于 3 月 2 例,3~6 月 5 例,6~12 月 7 例,1 年以上 7 例,现仍存活

作者单位:233004 蚌埠,安徽省肿瘤医院放射治疗研究中心

4 例(详见表 2)。17 例死亡患者的死亡原因局部未控或复发 10 例、远处转移 5 例、死于心脏疾病 1 例。
表 2 一般资料与生存率

	穿孔时间		纵隔炎		瘰 道	
	放疗前后	放疗中	有	无	单纯型	复杂型
小于 3 月	1	1	1	1	0	2
3~6 月	3	2	4	1	1	4
6 1~12 月	3	4	3	4	5	2
大于 12 月	1	6	1	6	7	0
总例数	8	13	9	12	13	8

3 讨论

食管癌穿孔是食管癌患者较为严重的并发症,虽发生率低,但一旦发生则预后不良。食管纵隔瘻虽较穿入气管和大血管的生存期略长^[1],但由于瘻道不愈合,易发生药物难以控制的纵隔障炎,且由于穿孔存在患者精神压力较大,多数病人在穿孔后三月内死亡^[2]。

由于单纯内科治疗的瘻道愈合率低,放置胃管和胃造瘻等手段的痛苦较大,病人不易接受。我们根据外科伤口引流的原理自 1992 年 1 月始用体位引流加内科治疗的方法治疗食管纵隔瘻,并取得了较好的疗效。且方法简单,实施方便,痛苦小,病人易于接受。

其原理简单:食管纵隔瘻的癌灶多侵及食管肌层和外膜,瘻口和瘻道往往合并炎症,且组织脆,瘻道多数时间处于开放状态,这就为引流提供了条件。

当采用体位引流时瘻道内的分泌物和食物残渣在重力作用下顺瘻道排出从而使得瘻道有愈合的机会。再加上抗炎和支持疗法,食管纵隔瘻的愈合则成为可能。瘻道一旦愈合,患者的症状会明显好转,精神状态也会大为改善,这为进一步的治疗创造了机会。

从本文的结果看,放疗中的食管纵隔瘻比放疗前后的瘻道易于愈合($P<0.05$),且生存期较长。可能是因为放疗中的食管纵隔瘻是由于肿瘤组织质脆,放疗敏感性高,放疗中肿瘤组织脱落坏死而引起穿孔,且瘻道刚刚发生大多较细较短,多数为单纯型瘻道,易于愈合。另外瘻道的愈合与瘻道的粗细、长短、走形等因素相关($P<0.05$)。发热亦影响瘻道的愈合,但由于病例数较少,无统计学意义($P>0.05$)。

食管纵隔瘻愈合后,放射治疗仍然是有效的治疗方法之一。放疗后仍能取得一定的生存率,且放疗中再发穿孔的可能性不大。

食管癌穿孔多为放疗禁忌^[3]。体位引流治疗能促使瘻道愈合,这能明显改善病人的精神状态,提高生存质量,并为进行下一步的治疗创造条件。

参考文献:

[1] 肖泽芬,杨纵贻,吕宁,等.放射治疗食管癌穿孔预后因素的分析.中华放射肿瘤学杂志,1997,4:219
[2] 谷铎之,殷蔚伯,刘泰福,等主编.肿瘤放射治疗学.北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1993,501~502

Analysis of Postural Drainage Treatment for Esophagomediastinal Fistula: a report of 21 cases

JIANG hao MEI Bu-duo PENG Kai-gui
Anhui Province Tumor Hospital, Anhui Bengbu 233004

Abstract: Objective To evaluate therapeutic effectiveness of postural drainage for esophagomediastinal fistula. **Methods** From January 1992 to March 1996, there were 21 patients for esophagomediastinal fistula among 1461 patients for esophageal carcinoma. Fistula position of 21 cases were defined by rotating simulator boom to observe the fistula in barium swallow examination, then according to the fistula position to arrange postural drainage. **Results** In one month, chest pain remission 85. 7%(18/21), abatement of fever 77. 8%(7/9), fistula healing 85. 7%(18/21). 3、6、12 month survival rates of 21 cases were 90. 5%、66. 7%、33. 3%. **Conclusion** Postural drainage could impel esophagomediastinal fistula to heal, influencing factor of esophagomediastinal fistula healing were the shape the length the diameter of the fistula and mediastinitis.

Key words: Esophageal carcinoma; Postural drainage; Esophagomediastinal fistula