

食管多原发癌 17 例治疗体会

何枝生 曾来铎 匡裕康 吴九发 阴兵林 林群 王东升 黄建 王兆阁

(江西省肿瘤医院 南昌 330029)

摘要:目的:探讨食管多原发癌的临床特点及治疗方法。方法:回顾分析1994年10月~2005年7月我科手术治疗食管多原发癌17例。手术方式为左开胸食管胃弓下吻合术1例,二切口/三切口食管胃颈部吻合术16例(二切口11例、三切口5例)。结果:本组17例术后病理证实为食管多发性原发癌,且病理类型均为鳞癌。本组2个原发灶的12例,3个病灶的2例,5、13及15个病灶的各为1例;其中仅有1例术前经上消化道钡餐造影发现多个病灶,2例手术中发现多个病灶,其他14例均在术后病理检查时才发现为多原发癌。全组随访1、3、5年的生存率为100%(17/17)、38.5%(5/13)、22.2%(2/9)。结论:食管多发性原发癌不属于转移癌,治疗上仍首选外科治疗。由于食管癌可能存在多个病灶,术前或术中难以发现,手术方式宜采取三切口/二切口,食管大部分切除,区域淋巴结清扫、颈部食管胃吻合术,必要时可行结肠代食管术。

关键词:食管多原发癌;手术疗法;体会

中图分类号:R 735.1

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)03-0072-02

我院于1994年10月~2005年7月间手术治疗食管多发性原发癌共17例,现分析报告如下:

1 临床资料

1.1 一般情况 本组17例,其中男性14例,女性3例;年龄43~72岁,平均年龄56岁。本组有进食梗阻感15例,进食胸骨后烧灼感2例,自觉病程1周~半年。

1.2 治疗方法 本组病例全部在我科行手术治疗,手术方式为左开胸食管胃弓下吻合术1例,二切口/三切口食管胃颈部吻合术16例(左颈左胸二切口11例、左颈右胸腹正中三切口5例)。术后放疗2例、化疗5例。

1.3 肿瘤部位及类型 按Warren等提出的多原发癌诊断标准:(1)每一肿瘤必须证实为癌;(2)癌之间的分隔必须清楚;(3)每一个肿瘤均不是转移癌^[1]。本组17例术后病理证实为食管多发性原发癌,且病理类型均为鳞癌,其中高分化7例、中分化6例、低分化4例。本组病灶位于食管上段3例,食管中段6例,食管下段6例,食管上段及中段均有的2例;其中2个原发灶的12例,3个病灶的2例,5、13及15个病灶的各为1例;本组仅有1例术前经上消化道钡餐造影发现多个病灶,2例手术中发现多个病灶,其他14例均在术后病理检查时才发现为多原发癌。因此,必须及早投入活血化瘀药,以通瘀化滞,抗肝纤维化,防肝硬化,截断恶性发展。临证时务必做到:一是随证选用:如兼湿热未尽者,佐以清热利湿;兼肝气郁结者,佐以疏肝理气;兼脾气虚弱者,佐以健脾益气;兼肝肾阴虚者,佐以滋养肝肾;兼脾肾阳虚者,佐以温补脾肾等。二是按病程、病情选用:对病程短、病情轻者,可用丹参、郁金、元胡、当归等和血通络药;对病程较长、病情较重者,可用赤芍、桃仁、田七、红花等活血通络药;对病程长、病情重者,可用山棱、莪术、穿山甲、地鳖虫等破血散结药。对没有症状和体征、肝功能正常的慢性HBsAg携带者,或经治疗肝功能恢复、症状消失的患者,要按微观检测结果进行辨病治疗,以达未“病”先防,或防止病情反弹。基于这种思路,上述两个久治难愈的病例,由于及早采用实脾和化瘀的治法,终于取得满意的疗效。

2.4 分证论治与体质因素相结合 体质乃先天禀赋,与生俱来,很大程度上决定病邪入侵机体的反应和转归。乙肝乃湿热疫毒入侵所致,然“湿”为阴邪,易伤阳气;“热”为阳邪,易

时才发现为多原发癌。

1.4 结果 全组随访:术后生存1年者17例,1年的生存率为100%(17/17);术后生存3年者5例,3年生存率38.5%(5/13);术后生存5年者2例,5年生存率22.2%(2/9)。

2 讨论

肿瘤发生的原因可能有:偶然发生、病毒感染、环境因素、放射线致癌和肿瘤的免疫学因素等。现在认为在致病因素的长期作用下癌的发生不是一个点,而是出自一个面,同一器官的不同部位可先后发生癌变^[2]。因此,食管可发生多原发癌。刘复生(1997)报告在526例手术切除食管癌标本常规检查中,有57例为多原发癌,多原发食管癌的发生率为10.8%^[3]。本组病例均为食管多原发癌,而且食管上、中、下三段均可存在病灶,病灶相距较远的可达7cm,大部分较邻近。

食管癌的诊断一般依赖胃镜及食道吞钡,但由于部分病例病灶比较邻近,或部分病例食管狭窄严重及操作者满足发现一个病灶,胃镜很难发现多原发癌病例,而吞钡由于受钡剂及病灶的影响亦很难诊断。本组仅有1例术前经上消化道钡餐造影发现多个病灶,2例手术中发现多个病灶,其他14例均在术后病理检查时才发现为多原发癌。因此,我们要求对乙肝患者,应提前配合选用清热养阴药,常用银花、连翘、石斛、麦冬或玄参、天冬、枸杞、生地等。如对病例2属阴盛或阳虚内寒之体质者,应提前配合选用温阳补气药,常用黄芪、党参、茯苓、白术或淫羊藿、巴戟天、补骨脂、冬虫夏草等。鉴于慢性乙肝大多虚实相兼,与纯虚证有别,务必做到补阴不宜过于滋腻,补阳不宜过于刚燥。

2.5 治本病与治并发症(症)相结合 慢性乙肝日久,其免疫反应、免疫复合物也会损害肝外脏器组织,出现并发症(症),如乙肝相关性肾炎、关节炎、皮肤病、脉管炎及干燥综合征等。治疗这类病人,要详察病情,两病(症)兼顾,关键在分清主次、轻重、缓急,既治原发病,又治继发病,方可提高疗效。病例2就是典型成功案例。

(收稿日期:2007-01-29)

中西医结合治疗梅尼埃病 27 例体会

徐明录 秦顺朵

(鹤壁职业技术学院医学院 河南鹤壁 458030)

摘要:目的:探讨梅尼埃病的中西医结合治疗方法。方法:对 27 例梅尼埃病患者进行中西医结合治疗的治疗观察,疗效分析。结果:27 例患者中,痊愈 18 例,有效 8 例,无效 1 例,总有效率为 96.3%。结论:中西医结合疗法对梅尼埃病副作用小,疗效显著,具有推广意义。

关键词:中西医结合疗法;梅尼埃病;眩晕;东莨菪碱;利多卡因;半夏白术天麻汤;天麻钩藤饮

中图分类号:R 764.33

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)03-0073-02

梅尼埃病又称内耳眩晕病,主要症状为膜迷路积水所致的发作性眩晕、波动性听力减退、耳鸣,常常伴有恶心呕吐等胃肠道症状。本病发病率高,约占各类眩晕患者的 25%,好发于青壮年,男性及脑力劳动者发病率较高,本病属中医学“眩晕”范畴。2001~2006 年,笔者采用中西医结合治疗梅尼埃病 27 例,疗效满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 27 例中男 15 例,女 12 例;其中 20~29 岁者 2 例,30~39 岁者 4 例,40~49 岁者 12 例,50~59 岁者 9 例。

1.2 辨病依据 (1)反复发作的发作性眩晕。(2)眩晕发作时伴有耳鸣、听力减退,眩晕严重时可有恶心、呕吐等自主症状。(3)耳聋属感音性耳聋。(4)眩晕发作时,眼震为水平旋转型,眼震持续时间一般不超过 24h。(5)排除其他与眩晕有关的器质性病变。(6)没有听神经以外的神经系统症状,或没有其他与眩晕有关的中枢神经系统障碍。

1.3 辨证要点^[1]

1.3.1 痰浊中阻证 眩晕反复发作,伴有恶心,呕吐痰涎,耳鸣,听力减退,头重如裹,胸闷不舒,胃纳欠佳。舌淡,苔白腻,脉象弦滑。

1.3.2 肝阳上亢证 眩晕反复发作,伴有耳鸣,听力减退,眩晕发作多与情绪有关,平素急躁易怒,头昏头胀,面红耳赤,口苦咽干,胸胁胀满。舌红苔黄,脉象弦数。

1.3.3 肾精不足证 眩晕发作频繁,伴有严重耳鸣,听力减退,平素表现精神萎靡,腰膝酸软,心烦失眠,五心烦热。舌红苔少,脉沉细数。

1.3.4 气血亏虚证 眩晕时发,面色苍白,伴有耳鸣,听力减退,平素患者神疲嗜睡,表情淡漠,心悸气短,动则益甚。舌淡苔薄,脉细弱。

对于食管癌术前、术中、术后必须仔细检查,尤其是切缘部分,以免遗漏癌灶,而丧失根治机会。

从本组病例随访情况来看,多原发癌有别于转移癌,如果病期较早,手术彻底,病人仍可取得较长生存时间。本组 3 年生存率 38.5%(5/13),5 年生存率 22.2%(2/9),故我们主张积极采取根治性手术及配合其他的治疗。由于各种因素的制约,多发病灶术前、术中很少能完全诊断清楚,本组仅有 1 例术前经上消化道钡餐造影发现多个病灶,2 例手术中发现多个病灶,所以在不影响患者生存质量的情况下,食管切除应尽可能的长。我们认为手术方式宜采取三切口/二切口,

2 治疗方法

采用中西医结合方法。西药治疗:东莨菪碱、利多卡因、地塞米松和眩晕停联合用药^[2]。中医辨证论治:痰浊中阻证选用半夏白术天麻汤加减,肝阳上亢证选用天麻钩藤饮加减,肾精不足证选用杞菊地黄丸加减,气血亏虚证选用十全大补汤加减。每日 1 剂,水煎服,2 个月为 1 个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效判断标准 治愈:眩晕及其他症状消失,停药后随访 1 年无复发。有效:眩晕及其伴随症状明显减轻,或主要症状消失,但停药后偶有发作,其发作频率、程度均较前改善。无效:服药 10 剂后,眩晕及其伴随症状无改善。

3.2 结果 27 例患者中,痊愈 18 例,有效 8 例,无效 1 例,总有效率为 96.3%。

4 典型病例

患者,女,55 岁,因旋转性头晕伴恶心、呕吐、耳鸣 3d,于 2006 年 2 月 1 日就诊。自述 3d 前无明显诱因,突然出现头晕如乘舟车,伴耳鸣、恶心、呕吐、食少纳呆、神疲乏力,舌质红、苔白,脉滑。查体:T 36℃,P 80 次/min, BP 120/80mmHg, R 20 次/min,双眼球水平眼震,颈软,无抵抗,心肺未见异常,四肢活动自如,生理反射存在,病理反射未引出。头颅 CT 示:平扫未见异常。电测听检查:感觉性耳聋,重振试验阳性。

诊断:西医诊断为梅尼埃病,中医诊断为眩晕(痰湿中阻证)。治疗:西药以东莨菪碱、利多卡因、地塞米松和眩晕停联合用药。东莨菪碱 0.3mg,肌肉注射,4h 1 次,共用 3 次;利多卡因 50mg 加入 5%葡萄糖注射液 500mL,静脉点滴,每日 1 次,连用 3d;地塞米松 5mg 加入 5%葡萄糖注射液 40mL,静脉注射,每日 1 次,连用 3d;眩晕停 25mg,每日 3 次,口服,共服 15d。辨证论治:治宜健脾祛湿,化痰熄风。予半夏白术天麻汤加减治疗^[3]:半夏 10g,白术 10g,天麻 10g,云苓 10g,苍术 10g,陈皮 10g,茯苓 10g,甘草 10g。手术方式:食管大部分切除,区域淋巴结清扫、颈部食管胃吻合术,必要时可行结肠代食管术,以降低癌残端阳性率。临床资料证明,食管癌术后吻合口复发主要与切缘有关,距瘤缘 4cm 的残端阳性率在 5%以下,而达 8cm 的残端几乎无受侵。

参考文献

- [1]Warran, Lucio,sevei.Multiple primary malignamnt tumors, Divison of Cancer research[J].Perugia, 1974: 28
- [2]姚松朝.多发性食管癌及食管贲门多发性原发癌[J].胸心血管外科杂志,1978(3): 166
- [3]邵令方,张毓德.食管外科学[M].石家庄:河北科技出版社,1987. 387

(收稿日期:2006-07-04)