

· 临床研究 ·

微波加局部化疗后支架治疗高龄、高度梗阻食管癌患者

许孝新 王善政 张洪福

食管癌是老年人常见的恶性肿瘤之一,但患者年龄大,就诊时间晚,多因体质衰弱或伴发其它系统疾病失去手术和放疗机会。我院自 2002 年 2 月至 2003 年 11 月,为 41 例高龄、高度梗阻食管癌患者放置食管支架,并联合内镜下微波组织凝固(microwave tissue coagulation, MTC)、局部注药和免疫综合治疗,疗效满意。现报道如下。

资料与方法

一、一般资料

41 例患者中,男 27 例,女 14 例;年龄 75~92 岁,中位年龄 79 岁。均经上消化道泛影葡胺造影和食管镜检查,病理确诊为食管癌,其中高分化鳞癌 25 例,中分化鳞癌 13 例,低分化鳞癌 3 例;髓质型 28 例,溃疡型 10 例,缩窄型 3 例;肿瘤位于胸上段 9 例,胸中段 21 例,胸下段 11 例。所有患者均有不同程度的胸骨后胀痛及不适感。患者进食情况根据吞咽困难分为 5 级:0 级为能进普食,Ⅰ级为能进软食,Ⅱ级为能进半流质,Ⅲ级为能进流质,Ⅳ级为完全梗阻不能进食。术前Ⅳ级 8 例,Ⅲ级 31 例,Ⅱ级 2 例。其中食管气管瘘 3 例,食管纵膈瘘 1 例。

术中采用国产 GIS-105 上消化道内窥镜、MFMT-Ⅱ型多功能微波治疗仪、SK-90 食管贲门狭窄扩张器和国产 NiTi 记忆合金双蘑菇头覆膜食管支架(常规支架为 27 mm × 18 mm × 25 mm,特制细支架为 23 mm × 15 mm × 23 mm,蘑菇头高度 5 mm)。应用美迪泰克公司产 WF-2416 型胃镜注射针和自制导引置换器。

二、方法

治疗前经 X 线造影确定病变部位和长度。经内镜活检孔插入钢丝导引,达狭窄区远侧。对置入钢丝导引困难者,可先置入“泥鳅导引”,再用导引置换器置入钢丝导引。沿导引用扩张器依次扩至 9~11 mm,再次插入胃镜,经胃镜活检孔用内镜注射针多点注药。药物选择:丝裂霉素 C (2 mg) + 5-FU (250 mg) + 阿霉素 30 mg + 艾迪注射液 10 ml。术后口服利多卡因、庆大霉素和生理盐水混合液,常规应用止血药物。间隔 5~7 d 扩张、注药 1 次,一般完成 4 次后,置入支架。支架放置前,10 例患者行扩张加注药 42 次,每例平均 4 次;31 例行 MTC 加注射治疗 125 次,平均 4 次。所有患者放置支架均一次成功,术后 3~7 d,支架完全扩张 34 例。

对重度狭窄或病灶完全阻塞食管腔者,在内镜直视下,先从病变近端基底部用内镜注射针多点注射药物,每点注入 1~2 ml。拔出注射针,插入微波天线,采用顺行或逆行 MTC^[1]。间隔 5~7 d 行 MTC、注药 1 次,直至食管腔能通过镜身,自病变下端至上端注药后,置入支架。治疗过程均在严密心电监护下进行。所有患者术后均采用艾迪注射液静脉滴注,50 ml/d,20 d 为 1 个疗程,未行放射治疗和全身化疗。

结 果

41 例患者治疗后进食均得到显著改善,达 0 级者 31 例,Ⅰ级 8 例,Ⅱ级 2 例。患者的胸骨后胀痛及不适感于 7 d~1 个月消失,加用止痛药物有效。本组治疗过程中无大出血、穿孔等严重并发症,部分患者置入支架后有少量血性呕吐物,经止血、止吐药物治疗后 3 d 基本消失。治疗后 3 个月,39 例行内镜检查,3 例见支架上缘出现粘膜颗粒状增生,病理证实为炎症及粘膜增生,无进食降级患者;治疗后 4~6 个月,观察 39 例患者,4 例出现不同程度的进食降级,其中 1 例由 0 级降为Ⅱ级,2 例由Ⅰ级降为Ⅱ级,1 例由Ⅱ级降为Ⅲ级。支架近端查到肿瘤细胞 2 例,再行 MTC 及注药治疗有效,再狭窄率 11.11% (4/36)。治疗后 6 个月内死亡 5 例,其中 4 例为食管瘘者。术后 6、12 和 24 个月生存率分别为 87.80% (36/41), 38.71% (12/31) 和 26.67% (4/15)。因心脏病、肺感染等并发症死亡 9 例,因转移或恶液质死亡 14 例,2 例于治疗后 3 个月消化道大出血死亡,目前全组病例仍存活 16 例。

讨 论

失去手术和放疗机会的高龄、高度梗阻食管癌患者,多因不能进食而致饥饿、衰竭死亡。以往姑息治疗的方法有食管腔内 MTC^[2]、激光、扩张以及采用胃或空肠造瘘术等。MTC、激光和扩张对疏通食管梗阻有一定的疗效,但常在较短时间内再度梗阻^[1],且激光易致食管穿孔;胃或空肠造瘘因不能解决经口进食问题,多不被患者及家属所接受,近年来已较少采用。自 1983 年 Frimberger^[3]应用自膨式金属内支架治疗食管狭窄以来,食管支架已被公认为是一种安全有效的姑息治疗方法^[4],吞咽困难即刻缓解率可达 98%^[5],实现了晚期食管癌患者由口进食的迫切愿望。但食管高度狭窄的患者,钢丝导引不易通过狭窄区,是支架置入失败的主要原因^[6]。对此类患者采用内镜下 MTC 疏通疗法,就可以顺利地使钢丝导引通过狭窄区,同时 MTC 对食管腔内肿瘤可起到直接杀灭的作用,并且可增加机体的免疫功能。另外,肿瘤细胞经 MTC 后,其细胞膜通透性增加,有利于局部注射药物的吸收^[7]。

Acunas 等^[8]报道,置入支架仅能暂时缓解消化道梗阻,而不能控制肿瘤生长;支架置入术后再狭窄,主要因肿瘤生长造成。文献报道,单纯置入支架后 3~6 个月,再狭窄率达 20%~37%^[9]。支架联合放、化疗可有效地抑制肿瘤生长^[6],但高龄且心肺功能差的患者,因其不能耐受放疗和全身化疗的毒副反应,肿瘤生长得不到控制,支架的疗效多不能长久维持。置架前在内镜下局部注射化疗和免疫药物,可直接杀死癌细胞,且肿瘤组织的药物浓度高于全身其它组织,全身毒副反应小。化疗和免疫药物除杀死局部肿瘤细胞外,还可通过 Fas 和 TRAIL 凋亡系统诱导癌细胞凋亡^[10],从而达到有效地抑制肿瘤生长的目的。本组在联合治疗后,4~6 个月再狭窄率 11.11%,说

明肿瘤的生长得到了一定的控制。

病变位于胸上段,尤其是累及颈段食管的高龄、高位食管癌患者,其治疗是一个棘手的问题。我们在内镜直视下,先行 MTC 疏通和注药,待狭窄改善后置入支架。以支架上端蘑菇头定位于食管上括约肌下 15 mm 为标准,对 3 例肿瘤累及颈部食管的患者置入了特制细支架,在内镜下观察,支架上端最高部位距门齿 16.5 cm。有效地缓解了患者的进食梗阻症状,术后无明显吞咽不适。

我们认为:(1)对凸入食管腔内的病灶行 MTC,可直接杀灭肿瘤细胞,疗效类似于局部切除肿瘤组织;基底部可多点注药,注药应针对食管腔外肿瘤组织。(2)对食管狭窄段扩张的内径以不超过 1.1 cm 为宜,在使用 7-9 号扩张器扩张的过程中,患者如出现剧烈胸痛感,应转为 MTC 疏通治疗。(3)对于病情复杂的食管气管瘘,应仔细辨认瘘口,先行血管介入性导引试探,如通过顺利且无呛咳,则用导引置换器,更换为钢丝导引,结合影像学检查无误后,方可进行扩张,扩张后即刻注药,并放置支架。此类患者往往肺感染及全身衰竭严重,应以堵瘘和改善全身状况为治疗目的。(4)MTC 和注射治疗后放置覆膜食管支架,不仅能长久地维持患者进食通畅,而且可有效地预防 MTC 和局部注药可能导致的食管穿孔。(5)多数高龄患者因食管高度狭窄,仅能进食流质食物甚至滴水不入而来院就诊,体质衰弱,治疗前应积极改善患者全身状况,特别注意控制呼吸道感染。

41 例患者经联合治疗后,取得了较好的近期疗效,生存 12 个月以上者达 38.71%,24 个月以上者达 26.67%,远期疗效需进一步观察。该联合治疗措施,尽管仍属姑息治疗,但安全有效,为高龄高梗阻食管癌患者开辟了一条生存之道,虽然因各种原因失去了手术和放疗机会,但仍可通过内镜综合治疗,改

善患者的生活质量,延长生存期。

参 考 文 献

- 1 许孝新,闫召华,霍裕民,等. 内镜下微波加扩张治疗食管胃吻合口狭窄 66 例报告. 中华消化内镜杂志,2000,17:250.
- 2 胡建章,丁溥训,张庆海,等. 内镜外科微波治疗深腔肿物的临床研究. 中华物理医学与康复杂志,2002,24:293-296.
- 3 Frimberger. Expanding spiral: a new type of prosthesis for the palliative treatment of malignant esophageal stenosis. Endoscopy, 1983,15: 213-214.
- 4 Siersema PD, Marcon N, Vakil N. Metal stents for tumors of the distal esophagus and gastric cardia. Endoscopy,2003,35:79-85.
- 5 廖家智,王天才,梁扩寰. 消化道支架临床应用进展. 胃肠病学,2002,1:50-52.
- 6 霍裕民,陈丽颖,许孝新,等. 微波凝固并放置支架治疗全梗阻性食管癌 26 例. 中华理疗杂志,2001,24:365-366.
- 7 谭开彬,高云华. 微波组织凝固对肿瘤的杀伤及免疫效应. 中华物理医学与康复杂志,2001,23:46-47.
- 8 Acunas B, Poyanli A, Rozanes I. Intervention in gastrointestinal tract: the treatment of esophageal, gastroduodenal and colorectal obstructions with metallic stents. Eur J Radiol, 2002,42:240-248.
- 9 唐坚强,吴良浩,章文叙,等. 食管内置入支架治疗食管恶性狭窄的并发症及处理. 中国肿瘤,2002,11:247-248.
- 10 Lacour S, Micheau O, Hammann A, et al. Chemotherapy enhances TNF-related apoptosis-inducing ligand DISC assembly in HT29 human colon cancer cells. Oncogene, 2003,22:1807-1816.

(修回日期:2004-11-20)

(本文编辑:熊芝兰)

直线偏光近红外线治疗血管性头痛及其对颅内血流的影响

成先柄 杨全兴 曾莉 邓卫康

血管性头痛是一种常见的头痛类型,其主要病理特征为反复发作性头痛,目前临床主要针对症状及预防两方面进行干预,但效果均不尽如人意。相关研究表明,星状神经节阻滞(stellate ganglion block, SGB)可调节机体自主神经功能,有效治疗各种类型头痛,故在疼痛的临床处理中应用较为广泛。我科应用直线偏光近红外线治疗仪进行星状神经节照射以治疗血管性头痛患者(共计 60 例),并对其治疗前、后的颅内血流速度进行了动态观察。现将结果报道如下。

资料与方法

一、临床资料

共选取 120 例头痛患者,均符合 1988 年制定的国际头痛分类及诊断标准^[1],所有患者均排除精神疾病、糖尿病、癫痫、凝血功能障碍、心血管及肾脏系统等疾病。患者在头痛发作期间,

口服多种止痛药物或采取其它疗法均不能有效缓解其头痛症状。从上述患者中,随机抽取 60 例组成观察组,其中男 24 例,女 36 例;年龄 15~68 岁,平均(30.7±12.6)岁;病程 6 个月~25 年,平均(6.0±5.8)年;头痛类型包括无先兆性偏头痛(32 例)、先兆性偏头痛(10 例)、丛集性头痛(8 例)、月经期血管性头痛(8 例)及眼肌麻痹型偏头痛(2 例);头痛的部位及性质如下:一侧或双侧颞区疼痛 22 例,一侧颞区+枕区疼痛 18 例,一侧颞区+前额+眼眶疼痛 8 例,前额+顶区+枕区疼痛 6 例,全头痛 6 例;有 48 例患者头痛发作时呈搏动性跳痛,剩下的 12 例在发作时则有胀痛、刺痛及头麻木感;本组患者月平均发作次数为 3.3 次,累积约 15.23 h。另外的 60 例患者则归为对照组,其中男 25 例,女 35 例;年龄 16~70 岁,平均(31.3±12.7)岁;病程 5 个月~25.5 年,平均(5.9±5.7)年;头痛类型包括无先兆性偏头痛(31 例)、先兆性偏头痛(11 例)、丛集性头痛(9 例)、月经期血管性头痛(7 例)及眼肌麻痹型偏头痛(2 例);头痛的部位及性质如下:一侧或双侧颞区疼痛 23 例,一侧颞区+枕区