

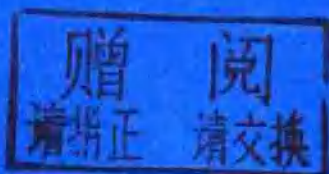
献给海军总医院建院40周年

献给海军总医院胸心外科建科15周年

450.53

海军总医院胸心外科 论文集

主编：姚松朝 张章渝



海军总医院胸心外科

1993.12 中国北京

献给海军总医院建院40周年
献给海军总医院胸心外科建科15周年

海军总医院胸心外科论文集

主编：姚松朝 张章渝

海军总医院胸心外科
一九九三 中国·北京

序

海军总医院胸心外科作为一个独立的科室已有十五年的历史，十五年来在党的改革开放政策指引下，医教研各项工作源取得了显著成绩。这个论文集是胸心外科同志们在临床及基础研究工作中辛勤耕耘的结果，有较高的学术价值，反映了胸心外科的长足进步和勃勃生机。此书出版正值海军总医院建院四十周年，姚松朝、张章渝二位主编嘱我做序，我怀着非常高兴的心情向读者推荐此书，并祝愿作者为胸心外科事业的发展做出更大的贡献。

杨 晔

1993年12月于海军总医院

前 言

海军总医院胸心外科是1978年正式建立起来的。在第一、二任主任骆明义教授和葛库教授老一辈创业者的开拓奋斗中已经走过了15个年头。15年来，胸心外科得到了较大发展，取得了长足进步。特别是改革开放以来，胸心外科在院党委、院首长的正确领导下，在各兄弟科室及全院同志的全力支持下，不仅手术数量、手术种类及手术难度明显增加，而且治疗效果也明显提高，还在科研、教学等方面取得了较好成绩。

自1983年以来，我科人员在繁忙的临床工作之余，积极撰写学术论文，多次出席国际性或全国性专业学术会议，先后在中央级、省市级、专业性杂志及其他一些杂志上发表学术论文近150篇。在这些论文中，相当一部分是与各兄弟单位、兄弟科室合作的结晶，借此机会向这些单位和科室的同志们表达我们的衷心谢意！现在我们将过去已经发表过的大部分论文汇编成册，其目的—一是以此献给海军总医院建院40周年、胸心外科建科15周年，二是向大家汇报我们过去所做的一些工作，以期上级领导、全院同志及国内同行对我们给予批评指正，帮助指导，推动我科今后工作的不断发展与进步。

15年来，我们始终得到了苏鸿熙、辛育龄、黄孝迈、黄国俊、康礼源、朱晓东、陈宝田等一批老专家、老教授的帮助与指导，也得到了国内其他一些知名专家、教授的帮助与指导，他们始终是我们的恩师。借此机会，我们一并向他们表示最诚挚的感谢和最崇高的敬意！

由于本汇编论文作者较多，内容安排不够全面，编审时间有限，定有许多不妥之处，诚恳希望同志们不吝批评指正。

姚松朝 张章渝

一九九三，十二月海军总医院

作者（以姓氏笔划为序）

马 聪	王 伟	王田贵	王湘生	王惠媛	王赋敏
贝亚军	化 冰	毛彦明	卢妙茹	石湘芸	向 丹
刘红卫	刘 忠	刘晓渝	刘翠红	刘继贤	孙 彬
孙玉鹤	李 义	李 辉	杜大思	毕少华	吴笑田
吴醒身	苏鸿熙	陈卫党	陈宏志	陈宝田	陈其发
陈海燕	张 宇	张陈娅	张海荣	张晓东	张章渝
房世全	周 峥	宫颖鹏	季海平	孟昭亨	郑丽娟
郑 辉	姚松朝	骆明义	赵云涛	姜湘伟	费宇行
贾 群	贾善浩	唐文琬	钱 毅	黄孝迈	曹联民
崔海葵	葛 库	解水本	薛利亚	Hennessy	Walsh

目 录

食管外科

1. 成人良性食管气管与食管支气管瘘的手术治疗.....	(3)
2. 消化道重复癌的外科治疗(附15例报告).....	(5)
3. 多发性食管癌及食管贲门双原发癌—附11例报告.....	(8)
4. 食管平滑肌瘤470例分析.....	(10)
5. 食管良性狭窄的外科治疗(附336例综合分析).....	(14)
6. 食管(贲门)癌1272例外科治疗经验.....	(17)
7. 显微外科在食管重建术中的应用—附4例报告.....	(19)
8. 食管贲门癌切除术后几种少见并发症的防治.....	(21)
9. 302例食管和贲门癌切除术后并发症分析.....	(23)
10. 食管癌手术前后血清超氧化物歧化酶动态变化的临床观察.....	(26)
11. 食管、贲门癌切除术后并发腹腔出血二例报告.....	(27)
12. 应用显微外科技术治疗食管贲门癌切除术后严重吻合口狭窄的体会.....	(29)
13. 食管源性胸痛诊断的现状(综述).....	(31)
14. 食管腺癌与Barrett's食管(综述).....	(33)
15. The Role of endoscopy in diagnosis of Barrett's esophagus.....	(36)
16. 胃肠功能检查的方法及临床应用(讲座).....	(39)
17. Malignant Barrett's Oesophagus	(44)
18. Carcinoma arising in Barrett's esophagus	(50)
19. 食管(贲门)癌手术连续326例无吻合口瘘的治疗经验.....	(57)
20. 食管(贲门)癌手术治疗1032例术后并发症分析.....	(59)
21. 240例食管癌和贲门癌手术并发症分析.....	(62)
22. Barrett食管腺癌.....	(64)
23. 食管下段柱状上皮化的外科治疗.....	(65)
24. 冲击波所致食管破裂一例报告.....	(67)
25. 食管癌及贲门癌并存四例.....	(68)
26. 显微外科技术在食管重建术中应用4例报告.....	(69)
27. 多发性食管平滑肌瘤一例.....	(70)
28. 一个以消化道癌为主的癌瘤家族.....	(71)
29. 食管癌和食管平滑肌瘤同时并存一例.....	(72)
30. 食管癌切除术中应用KR—Ⅱ型开放喷射呼吸机致心跳骤停一例.....	(73)
31. 食管癌切除术后并发胃壁坏死穿孔2例.....	(73)
32. 食管(贲门)癌切除术后并发腹腔出血4例报告.....	(74)

肺、气管、纵隔外科

1. 胸心手术病人超氧化物歧化酶变化的临床观察.....	(79)
2. 肺内畸胎瘤(3例报告及国内17例分析).....	(81)
3. 肺结节病(7例报告).....	(84)
4. 外伤性支气管断裂的诊治体会.....	(86)
5. 心胸手术后乳糜胸的治疗(附14例报告).....	(88)
6. 隐性肺癌(T _x N ₀ M ₀)的诊断与治疗(附3例报告).....	(90)
7. 支气管成形肺叶切除术治疗肺部恶性肿瘤8例报告.....	(93)
8. 双原发肺癌的外科治疗.....	(95)
9. 240例原发性肺癌的外科治疗.....	(98)
10. 血清HCG对肺癌诊断价值的探讨.....	(100)
11. 磁共振成像对肺癌的诊断价值(综述).....	(104)
12. 外科治疗小细胞肺癌的现代观点(综述).....	(106)
13. 肺癌标记物临床应用研究进展(综述).....	(108)
14. ⁶⁷ 镓扫描在肺癌诊断和分期中的地位(综述).....	(112)
15. 单侧隔离肺高温灌注治疗肺癌(综述).....	(115)
16. 在体隔离肺高温灌注的实验研究.....	(117)
17. 肺癌脑转移的外科治疗.....	(120)
18. 1例外伤性右主气管断离二次吻合成功.....	(122)
19. 小儿胸腔内巨大神经节细胞瘤.....	(123)
20. 支气管结肠瘘1例.....	(124)
21. 骨形成性气管病1例.....	(125)
22. 白塞氏病合并食管气管瘘一例.....	(126)
23. 肺和其他脏器重复癌七例报告.....	(127)
24. 纵隔支气管囊肿五例报告.....	(128)
25. 隐性肺癌的诊断与治疗.....	(129)
26. 原发性肺平滑肌肉瘤一例报告.....	(130)
27. 胸腺瘤合并单纯红细胞性再生障碍性贫血.....	(131)

心脏、血管外科

1. 体外循环期间胰岛素、C肽和胰高血糖素变化的临床研究.....	(135)
2. 体外循环心内直视手术对心血管调节肽影响的初步临床研究.....	(137)
3. 体外循环心内直视手术期间血管紧张素转换酶变化的观察.....	(140)
4. 体外循环期间血浆心钠素含量变化的动态观察.....	(142)
5. 体外循环心内直视手术期间甲状腺功能的观察.....	(145)
6. 体外循环病人外周血T淋巴细胞亚群及免疫球蛋白的变化临床研究.....	(148)

7. P物质在体外循环心内直视手术期间的变化	(151)
8. 低温体外循环中血细胞及血小板电镜观察	(153)
9. 体外循环期间血浆乳酸盐代谢的改变	(155)
10. 体外循环与内皮素和降钙素基因相关肽的临床与实验研究	(159)
11. 体外循环期间肾素—血管紧张素—醛固酮系统改变的临床研究	(162)
12. 内皮素在体外循环心脏直视手术期间的变化	(166)
13. 心脏手术病人血浆铜、锌含量和免疫功能	(169)
14. 骨钙素RIA在体外循环心内直视手术期间测定结果的初步研究	(172)
15. 体外循环心内直视手术期间体内内源性类洋地黄物质变化的临床研究	(174)
16. 体外循环心内直视手术期间TXB ₂ 和6酮-PGF ₁ 变化的观察	(177)
17. 血清超氧化物歧化酶在体外循环心内直视手术期间动态变化的临床研究	(180)
18. 体外循环期间细胞内外钾离子含量改变的初步观察	(183)
19. 体外循环心内直视手术中意外损伤的救治	(186)
20. 310例心脏直视手术几种并发症分析	(188)
21. 心肺联合移植(综述)	(190)
22. 经皮气囊主动脉瓣成形术(综述)	(195)
23. 心磁图及其临床应用(综述)	(197)
24. 胰岛素与心肌保护(综述)	(200)
25. 外科治疗顽固性心动过速的新进展(综述)	(202)
26. 球囊导管瓣膜成形术的研究(综述)	(204)
27. 心腔粘液瘤(综述)	(207)
28. 人工心脏瓣膜临床应用近况(综述)	(211)
29. 前列环素在体循环手术中的变化(综述)	(216)
30. 内源性类洋地黄物质的作用与疾病的关系(综述)	(219)
31. 三房心(综述)	(223)
33. 心肌缺血后再灌注损害(综述)	(226)
34. 动力性心肌成形术—外科治疗心力衰竭的新途径(综述)	(228)
35. 体外循环下心脏直视手术中几种少见并发症的处理	(231)
36. 保留全部二尖瓣装置的二尖瓣替换术	(233)
37. 室间隔缺损并存其他心脏畸形的外科治疗(附18例报告)	(234)
38. 小儿双腔右心室的外科治疗(附3例报告)	(238)
39. 体外循环心内直视手术中心脏大血管损伤的处理	(240)
40. 小儿先天性室间隔缺损的外科治疗—附100例临床分析	(241)
41. 心脏直视手术后心律失常16例分析	(244)
42. 小儿室间隔膨出瘤(附4例报告)	(246)
43. 心脏瓣膜替换术80例体会	(248)
44. 电子计算机定量估计心脏的电变化转变为机械变化的过程	(250)
45. 19例心内直视手术中意外损伤的救治	(253)

46. 先天性冠状动脉畸形5例·····	(254)
47. 心脏间隔瘤样膨出合并室间隔缺损一附二例报告·····	(255)
48. 直视二尖瓣切开术后左室后壁破裂一例报告·····	(256)
49. 先天性冠状动脉畸形3例·····	(257)
50. 动脉导管未闭术后继发高血压及上消化道出血·····	(258)
51. 室间隔缺损并存畸形的外科治疗·····	(259)
52. 区一110人工肾透析器在体外循环中的应用·····	(260)
53. 小儿心脏直视手术后重症心律失常的临床护理体会·····	(261)
54. 对心脏瓣膜替换术后病人服用抗凝药物的指导·····	(263)

其 他

1. 14例类癌诊治报告·····	(267)
2. 老年胸部非血管疾病的外科治疗(附150例分析)·····	(270)
3. 犬急性脑缺血时脑电图电子计算机频谱分析·····	(272)
4. 多发性原发性癌23例·····	(276)
5. 放射性核素闪烁照相技术在下消化道出血定位诊断中的应用(综述)·····	(278)
6. 滑肋综合症(综述)·····	(280)
7. 爱滋病研究简介(综述)·····	(282)
8. 1254例门诊外科小手术分析·····	(288)
9. 胸内异位肾合并肾囊肿误诊误治一例教训·····	(289)
10. 原发性三重癌一例·····	(290)
11. 海军航空兵机务人员腰腿痛调查·····	(291)
12. 肝外胆管癌12例报告·····	(293)
13. 多原发性癌16例·····	(295)
14. 严重胸部外伤并发呼吸窘迫综合症的诊治与处理·····	(297)
15. 老年病人术后高血压原因分析及护理·····	(298)

食管外科

成人良性食管气管与食管支气管瘘的手术治疗

姚松朝 葛 库

(中国人民解放军海军总医院胸外科)

〔摘要〕 本文报告7例成人良性食管气管、支气管瘘的手术治疗经验。2例为先天性，2例为感染性，另外3例为创伤性。全组均行手术治疗，包括：(1) 瘘管切除、瘘口修补(3例)；(2) 肺切除、瘘口修补(2例)；(3) 经右胸食管切除，经胸骨后食管胃颈部吻合术(1例)；(4) 带蒂食管壁瘘口修补术(1例)。随访表明，全组手术效果良好。

关键词 气管食管瘘 胸部外科手术

良性食管气管瘘(Trachoesophageal fistula, TEF)和食管支气管瘘(Broncho-esophageal fistula, BEF)可由先天因素、创伤和感染等原因引起，诊断和治疗有时较为困难。我院近20年来共收治7例，疗效满意，现报告如下，并着重讨论其诊断和手术治疗的经验教训。

临床资料

本组7例成人良性TEF和BEF的简要临床资料见附表。

附表 7例食管气管、支气管瘘简要临床资料

例号	性别	年龄(岁)	症状与体征	X线检查	内镜检查	手术方法	病理	随访
1	女	53	反复“左下肺炎”伴进食后呛咳(Ono征)3年4个月	支气管碘油造影证实为BEF	—	瘘管切断，瘘口分开修补术。瘘管约0.4×0.8cm大小	先天性瘘管，可见上皮组织	随访12年，良好
2	男	42	反复“右下肺炎”1年9个月，Ono征(—)	支气管碘油造影证实为右下支气管，BEF	—	右下肺叶切除，食管瘘口修补术。瘘管约0.6×1.0cm	先天性瘘管右下肺支扩症	随访8年，10个月，良好
3	男	32	吞咽困难10余年，加重3月，伴胸骨后疼痛，Ono氏征(—)	食管钡餐造影示食管病变伴食管气管瘘，BEF	食管镜检查为食管炎	食管部分切除，食管胃弓上吻合术。带蒂食管壁修补气管瘘口，瘘口约1.0×1.3cm	食管增殖型及干酪性结核	随访1年，3个月，恢复工作
4	女	40	反复口腔溃疡11年，发烧、关节痛伴结节性红斑2个月，Ono氏征(+)，临床诊为白塞氏征	食管钡餐造影证实为BEF	两次同时行纤支镜及食管镜检查均未见瘘口	瘘管切断，瘘口修补，下叶肺背段切除术，瘘管0.5×1.5cm	非特异性炎性瘘管，未见上皮组织	随访7年，4个月，情况良好

续表

例号	性别	年龄(岁)	症状与体征	X线检查	内镜检查	手术方法	病理	随访
5	男	24	误服“火硷”后吞咽困难伴进食后呛咳1年	T ₂ 以下食管不规则狭窄,T ₄ 水平可见TEF	纤支镜见隆突上4cm处有白色分泌物间断涌入气管	经右膈食管切除,经胸骨后食管胃颈部吻合术,食管瘘口修补术。瘘管0.4×1.9cm	食管瘢痕性狭窄	随访6个月,良好,恢复工作
6	男	50	化学性灼伤后吞咽困难进食后呛咳1年半	食管钡餐造影示中下段狭窄,T ₆ 水平BEF	—	食管部分切除、食管胃吻合术,食管瘘口修补术,瘘管约0.7×0.8cm	食管瘢痕狭窄	随访15年,良好
7	男	47	“鱼刺卡喉”后异物感5个月,进食后呛咳2个月	食管钡餐造影示BEE	—	瘘管切断,瘘口分开修补术。瘘管约0.6×1.7cm	炎性食管组织	随访13年2个月,良好

讨 论

一、食管气管、支气管瘘的形成原因：成人良性TEF和BEF的发生原因，多由先天性、创伤、感染和导管压迫等四种因素引起。在胚胎第四周时，由内胚层形成喉气管沟，逐渐呈管状与食管分开；若与食管不完全分开，生后即形成先天性TEF和BEF。但有些患者至成人才出现症状，其原因许多学者曾提出一些不同假设，但均不能作出满意解释。本组例1和例2已分别为53岁和42岁才得以确诊，可能与瘘管较细，肺部症状较轻、易被忽视有关。感染性TEF和BEF，以结核为最多见，其机制为：（1）支气管旁淋巴结的干酪样坏死物破入邻近纵隔器官；（2）原有的气管结核性溃疡侵蚀到食管^[1]。至于食管或气管梅毒性溃疡、肺的局灶性感染、感染性支气管囊肿以及非特异性感染（如白塞氏病、克隆氏病）等，均可使支气管周围的感染淋巴结与近食管发生粘连、牵拉而形成食管憩室或穿通，使呼吸道和消化道相通。由创伤引起的TEF和BEF，以非穿透性伤较穿通伤更为多见，吞服烈性腐蚀性药物、器械检查和异物引起也较常见。至于气管导管压迫造成的TEF或BEF，最常见的原因是带气囊的导管持续压迫气管所致，它既有机械因素，又有生物因素，更有患者的当时状态。文献报告此类情况有逐渐增多趋势。

二、食管气管、支气管瘘的诊断：本病的临床特点是进食数秒后突发窒息感，同时伴有呛咳。一般进流汁食物更易诱发咳嗽，部分患者仰卧位进食可避免突然的咳嗽发作。其他症状有慢性咳嗽、咯血、咽下困难等。继发性病变为反复发生的肺炎、支气管扩张和肺脓肿，亦有报告可发生支气管结石症。胸片检查常见有肺实质浸润、支气管扩张和胸膜反应性的反复感染征象。

对可疑病例施行支气管碘油造影和钡餐检查，诊断即可明确。但是，由于本病的症状大多集中在呼吸系统，因此常忽视对食管的检查，易造成漏诊和误诊。在单独行气管镜和食管镜检查时，有时可窥见瘘口。本组例5在行纤维气管镜检查时，见距隆突上4cm之气管后壁右侧可见2cm长凹状沟，其中部有白色分泌物间断涌入气管，此即为瘘口，与钡餐造影和手术所见相符。但是，本组例4曾三次同时纤维食管和纤维气管镜检查，均未能看到瘘口，也未见粘膜糜烂和溃疡，最后还是经食管钡剂造影确诊。

为了避免漏诊，我们体会：（1）对支气管扩张或肺脓肿，尤其发生于下叶肺的患者

应仔细而反复询问有无进食后呛咳史(Ono征);(2)对疑有本症的患者,术前行食管造影时,应多变换体位,观察造影剂通过情况,以确定有无TEF和BEF的存在;(3)在因化脓性疾病或肺囊肿等手术时,要仔细解剖纵膈食管处,注意有无本症存在。

三、食管气管、支气管瘘的治疗: Thomas 收集 46 例未经手术者全部死亡^[1],其主要原因为反复肺部感染,营养不能维持,慢性消耗衰竭致死。所以,本症一经确诊,原则上应尽早积极手术。手术方法包括:切断瘘管分别修补气管和食管、先切除病肺再修补瘘口和食道重建三大类。单纯结扎瘘管效果不好,我们曾有这样的失败教训。本文例 4 系一白塞氏病合并 BEF 患者,发现食管支气管瘘后 4 个月曾行瘘管结扎,结果术后仍有 Ono 征,钡剂造影仍有瘘管存在。再次手术行瘘管切断、瘘口修补、下叶背段肺切除后方彻底治愈。因此,在处理 BEF 时,不宜单纯结扎瘘管,也不宜在瘘管切断后采用结扎方法闭合瘘口,以防结扎后组织坏死、线结松脱而引起胸膜瘘及脓胸。至于瘘口的修补方法,可根据瘘的大小、位置等取不同手术方式。刘锴^[2]报告经右胸入路,行瘘口旷置、结肠代食管术。贾书斌等^[3]应用上述方法治疗 2 例 BEF,认为此法手术简单、创伤小,效果满意。我们对一名男性 24 岁食管化学烧灼严重狭窄伴食管气管瘘的患者行经右胸食管切除、气管瘘口修补,将胃经胸骨后间隙送至左颈部,行食管胃颈部吻合术,取得了满意效果。我们体会,此法具有下列优点:(1)将病变食管全部切除,消除了有可能恶性变的隐患,(2)胃代食管较结肠代食管更为安全、简便;(3)不需作胃造瘘等附加手术。本组另外 5 例 BEF,2 例作了瘘管切断、食管气管分别修补术,2 例作了肺段或肺叶切除、食管瘘口修补术,还有 1 例因支气管瘘口较大,利用带蒂食管壁修复获得成功。全组有 2 例术后发生并发症,例 5 术后并发喉返神经损伤和乳糜胸,乳糜胸经右胸原切口进胸行胸导管结扎后治愈,声音嘶哑半年后恢复。例 4 第一次手术失败,二次手术后治愈。全组病例随访 6 个月~15 年,均情况良好,恢复工作。

参 考 文 献(略)

(原文刊登于中华外科杂志 1990;28(10):612)

消化道重复瘤的外科治疗

(附 15 例报告)

姚松朝

(中国人民解放军海军总医院胸外科)

〔摘要〕 在我院 1964 年 3 月至 1986 年 12 月收治的 26 例多原发恶性肿瘤中,有消化道重复瘤 15 例(57.7%),其中同时性重复瘤 9 例,非同时性重复瘤 6 例,全部经手术和病理检查证实。本组的脏器组合以食管和贲门最多(11 例),其次为结肠和胆囊(2 例)。病理组合为十二指肠癌和腺癌(53.3%),腺癌和腺瘤(26.7%)为多见。作者还对本症的诊断、鉴别诊断及治疗进行了讨论。

关键词 消化系统肿瘤 重复瘤

重复癌是指在同一患者,同时或先后发生两种以上互不连接的原发性恶性肿瘤。目前本病诊断大多沿用Warren和Gates1932年提出的三条标准:(1)肿瘤须为恶性;(2)每个肿瘤都有其独特的病理形态;(3)必须排除他瘤的转移。消化道是多原发恶性肿瘤的好发部位。我院1964年3月至1986年12月收治的26例多原发恶性肿瘤中,有消化道重复癌15例(57.7%),其中同时性重复癌9例,非同时性重复癌6例。全部病例均经手术或病理检查证实符合上述诊断标准,现报告如下。

临床资料

本组15例重复癌临床病理资料见附表。

附表 15例消化道重复癌临床病理资料

例号	性别	年龄(岁)	病 理 诊 断	发生间隔	术后随访
1	男	64	食管中上段鳞癌,贲门胃癌腺癌 局部淋巴结转移	同时	术后23天死于消化道出血
2	男	56	食管下段鳞癌,贲门低分化腺癌 局部淋巴结转移	同时	术后2个月死亡
3	男	59	食管中段鳞癌,贲门腺癌	同时	失访
4	男	52	食管下段鳞癌,贲门粘液腺癌 局部淋巴结转移	同时	术后1年8个月死亡
5	男	59	食管中段鳞癌,贲门腺癌	同时	术后1年死亡
6	男	65	食管下段鳞癌,贲门粘液腺癌 局部淋巴结转移	同时	术后1年8个月死亡
7	男	68	食管中段鳞癌,食管下段鳞癌 局部淋巴结转移	同时	术后1.5年死亡
8	女	45	食管中上段鳞癌,贲门原位癌	同时	已存活2年3个月,目前仍存活
9	女	33	食管中段鳞癌,食管下段鳞癌	同时	术后1年3个月死亡
10	男	45	胃窦部腺癌,残胃分化差之腺癌,贲门粘液腺癌	6年2个月	第三癌后生存10个月
11	男	63	贲门腺癌 胆囊腺癌	7年3个月	第二癌后生存5个月
12	男	50	升结肠腺癌,横结肠腺癌	14年5个月	目前存活
13	女	58	降结肠腺癌,胆囊腺癌	7年4个月	第二癌后14个月死亡
14	男	64	贲门腺癌,食管中上段鳞癌	3年1个月	第二癌后已存活1年5个月
15	男	65	食管上段癌(放疗),贲门管状腺癌	3年2个月	第二癌后已存活10个月

讨 论

1. 多原发恶性肿瘤的发生率文献报告悬殊很大。1960年Macdona报道多原发性癌的发病率占癌肿患者总例数的10.7%,而1981年西士井英昭报告只占2.3%。国内多原发恶性肿瘤的发病率较国外为低,沈镇宙等(1965)报告为0.52%^[1],刘复生等(1979)为0.4%^[2],本组为0.35%^[3]。发生率低的原因可能为:(1)来医院就诊的晚期病例较多;(2)国内尸检率低;(3)与诊断技术水平、随诊检查及医生的重视程度有密切关系。

消化道重复癌在整个多原发恶性肿瘤中的比例,日本和本组均占第一位。例如山内等报告的1121例多原发癌中,以胃癌最多,占42.5%^[4]。西土井等报告的2725例多原发性癌中,消化系统癌占76%^[5]。本组26例多原发性癌,消化系统癌占一半以上(15例,57.7%)。但是,1973年国际多原发癌会议上所报道的材料中,多原发癌以乳腺癌、膀胱癌和皮肤癌多见。刘复生、沈镇宙等报告的多原发癌中,则以女性生殖系统癌为最多见。

本组消化道重复癌,男性12例,女性3例。年龄33~68岁不等,绝大多数分布于50~70岁组(93.3%)。

本组重复癌的脏器组合,以食管和贲门组合最多(11例),其次为结肠和胆囊组合(2例),其他还有胃、残胃、贲门组合(1例)和贲门、胆囊组合(1例)。

本组病例的病理特征是:15例中鳞癌和腺癌并存者8例(53.3%),腺癌和腺癌并存者4例(26.7%),双原发鳞癌2例(13.3%),还有食管鳞癌和贲门原位癌并存1例。15例中共有31个癌瘤,分布于食管者13个,贲门11个,结肠3个,胆囊2个,胃2个。

2. 术前诊断问题:本组9例同时性重复中,除1例(附表中的例5)术前放射检查考虑为双原发癌外,其余8例均未能作出正确诊断。术前漏诊的原因主要有:(1)对多原发癌病变的认识和警惕性不够,往往满足于一种癌的诊断;(2)即使手术探查,也仅能发现一部分多原发癌,特别是“邂逅癌”或第一原发癌病变甚微小者(例8)更不易被发现,需要靠病理检查方能确诊;(3)造影技术不够完善也是漏诊的一个重要原因。例如钡剂难以通过癌瘤的高度狭窄部而影响癌瘤以下部位的检查;(4)与大癌紧邻的小原发癌常被解释为一个癌(例2、4、7)。非同期发生的消化道多原发恶性肿瘤,诊断一般无特别困难。但是,必须排除癌转移。

3. 消化道重复癌的误诊或漏诊率很高,尤其同一器官或同一系统的同时性癌误诊率更高。即使是不同器官的非同时性癌,也往往误诊为转移癌或晚期癌而放弃手术、延误治疗。提高消化道重复癌诊治水平的关键在于提高对多原发性癌的认识和警惕性,不断改善诊断措施,努力提高术前早期诊断率。较准确的手术探查并估计病变和切除范围,可以达到癌瘤的根治或基本根治。此外,术后坚持化疗,对控制消化道癌的发展、缓解症状、防止肝脏转移和延长生命也有一定效果。

消化道重复癌的预后很不理想。本组手术切除的死亡率为6.7%(1例)。在第二原发癌手术切除的病例中,仅有1例生存5年以上,其余均于术后2年内死亡。分析本组病例预后不好的原因可能是(1)本组重复癌多属晚期,侵袭范围广,浸润深度深;而且61.5%(8/13)的病例已有局部淋巴结转移;(2)手术者对重复癌认识不足,未能了解癌变范围,以致部分病例切除不彻底;(3)本组病例的患者大多为农民,术后不能坚持定期复查和进行后续治疗;(4)重复癌的多点来源无距离上的限制也是预后差的一个原因。作者体会,早期癌灶的发现,同时性或非同时性第二癌的积极手术以及化疗、放疗、中医中药等综合治疗可望提高重复癌的存活期。

参 考 文 献(略)

(原文刊登于中华外科杂志1990;28(6):333)

多发性食管癌及食管贲门 双原发癌

——附11例报告

姚松朝

(海军总医院胸外科)

〔内容提要〕自1978年12月至1986年4月期间,在我院收治的450例食管、贲门癌病人中,遇到11例食管、贲门部双原发癌,其中双食管癌2例,同时性食管、贲门双原发癌7例,非同时性食管、贲门双原发癌2例,全部病例经手术或病理证实。全组男性9例,女性2例,年龄:38~68岁,平均57.4岁。无一例术前作出正确诊断。随访结果表明多原发癌的手术效果不如单发癌。本文对其发病率、病因学、诊断及手术效果进行了讨论。

关键词 多原发癌 食管癌 贲门癌

1978年12月~1986年4月期间,我院共收治食管、贲门癌450例病人,遇到双食管癌2例,同时性食管癌、贲门癌并存7例,非同时性食管、贲门双原发癌2例,全部经手术或病理检查证实。现报道并讨论如下:

临床资料

本组临床资料见表1、表2。

表1 2例双食管癌及7例同时性食管、贲门双原发癌资料

例	性别	年龄 (岁)	术前诊断	手术发现癌瘤 数目及部位	病 理 诊 断				术后随访
					癌的部位与诊断	癌间距离 (cm)	淋巴转移	切端癌变	
1	男	64	食管中段癌	2个 中段 贲门	(1)中段 鳞癌 (2)贲门胃底 腺癌	3	局部(+)	(-)	术后23天死于上消化道出血
2	女	38	同上	1个 中段	(1)中段 鳞癌 (2)下段 鳞癌	2	(-)	(-)	术后15个月死亡
3	男	68	食管下段癌	2个 中段 下段	(1)中段 鳞癌 (2)下段 鳞癌	1.5	(+)	(-)	术后1年半死亡
4	男	56	食管中段癌	1个 下段	(1)贲门 低分化腺癌 (2)中段 鳞癌	2.5	(-)	(-)	失访
5	男	55	食管下段癌	1个 下段	(1)下段 胃癌 (2)贲门 低分化腺癌	0.5	局部(+)	(-)	存活2个月