DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.06.028

一高压区。随访1~3.5年效果满意。我们采用这一方法治疗48例,经31例随访观察,远期手术优良率达90.32%,取得了满意近期及远期疗效。

通过本组的治疗,我们体会这一手术具有以下优点:①将折叠的胃底缝合于两侧肌层切开边缘,不仅防止切开肌层再次连接愈合引起狭窄,而且保持了末端食管高压区的长期存,起到良好的抗反流作用。②本组病例均采用绕食管后方胃底部分折叠,使切开的粘膜充分暴露,有利于进食通畅。术后LESP仍保持在(16.45±4.12)mmHg,虽较术前稍有降低,但统计学无显著差异($P>0.05$)。维持在正常稍低水平,因而术后吞咽困难得到明显缓解。③本组48例于部分胃底折叠后,采用大网膜覆盖于切开的暴露粘膜上,不仅消除膨出粘膜裸露及过度膨出形成憩室,而且起到良好的保护作用。如遇粘膜破裂,修补后覆以大网膜,可防止瘘的发生。本组有3例粘膜破裂,均经上述处理,术后恢复顺利,无食管瘘发生。④本组病例均采用经腹入路,即可以采用气管插管静脉复合麻醉,亦可采用持续硬膜外麻醉,采用持续硬膜外麻醉亦能达到良好的麻醉效果。

参考文献:

[1] Hunt D R, Wills V L, Weis B, *et al*. Management of esophageal perforation after pneumatic dilation for achalasia[J]. J Gastrointest Surg, 2000, 4(4):411-415.

[2] Pasricha P J, Ravich W J, Hendrix T R, *et al*. Intrasphincteric botulinum toxin for the treatment of achalasia[J]. N Engl J Med, 1995, 332(12):774-778.

[3] Pasricha P J, Rai R, Ravich W J, *et al*. Botulinum toxin for achalasia: lone-term outcome and predictor of respones[J]. Gastroenterolgy, 1996, 110(5):1 410-1 415.

[4] 蒋耀光. 食管失驰缓症[J]. 重庆医药, 1998, 18(1):46.

[5] Richter J E. Comparison and cost analysis of different treatment strategies in achalasia[J]. Gastrointest Endosc Clin N Am, 2001, 11(2):359-370.

[6] Wills V L, Hunt D R. Functional outcome after Heller myotomy and fundoplication for achalasia[J]. J Gastrointest Surg, 2001, 5(4):408-413.

[7] Jordan P H Jr. Longterm results of esophageal myotomy for achalasia[J]. J Am Coll Surg, 2001, 193(2):137-145.

[8] Richards W O, Sharp K W, Holzman M D. An antireflux procedure should not routinely be added to a Heller myotomy[J]. J Gastrointest Surg, 2001, 5(1):13-16.

(编辑 郭建秀)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2003)06-0530-01

Ⅲ期上皮性卵巢癌58例临床分析

A clinical analysis of 58 cases of Ⅲ epithelial ovarian cancer

许 红,王中弥,左 馨 (云南省昆明市第一人民医院妇产科,昆明 650011)

上皮性卵巢癌(Epithelial ovarian cancer, EOC)是最常见的原发性卵巢恶性肿瘤,发现时多为晚期,预后差。近年来,随着对癌细胞减灭术的认识和技术上的提高以及铂类为主的联合化疗的广泛运用,5年生存率有所提高,有30%左右[1,2]。回顾近15年诊治的卵巢恶性肿瘤,将资料完整且随访的Ⅲ期上皮性卵巢癌病例的治疗及预后因素总结如下。

1 临床资料

58例上皮性卵巢癌选自经手术治疗,有病理组织学分型且获得随访的病例,按国际妇产科联盟1988年原发性卵巢癌的分期标准[3],其中组织学分型,浆液性腺癌25例,粘液性腺癌6例,子宫内膜样癌9例,透明细胞癌4例,混合性癌及其他14例。

58例术中残留癌灶<1 cm 38例,>1 cm 20例。术后行CAP或CP方案化疗52例,未行化疗6例,8例化疗少于4疗程,41例为6~10疗程。其中18例术前行3~4疗程化疗,治疗前后有腹水者34例,无腹水者24例,有2例治疗后腹水得到控制。

按随访情况计算1~5年生存率,对残留癌灶大小、腹水情况、辅助化疗情况以及组织学类型进行预后分析。

统计学方法:采用χ^2检验。

2 结果

58例Ⅲ期上皮性卵巢癌经治疗后5年生存率为20.69%。残留癌灶<1 cm,5年生存率为28.95%,明显高于残留癌灶>1 cm组。化疗(以铂类为主的联合化疗)明显提高5年生存率,且配合术前化疗与单行手术治疗生存率有明显差别,分别为27.78%,0%。有难治性腹水的5年生存率低,为4.55%,可控制腹水的5年生存率为33.33%,无腹水者5年生存率为29.17%。组织学分型中以透明细胞癌预后最差,5年生存率为0%。粘液性癌最好,为50%。

3 讨论

本组资料显示Ⅲ期EOC癌细胞减量术后残留癌灶<1 cm者生存率提高,5年为28.95%。但较同类文献[2,4]报道稍低,可能系术者对残留癌灶大小判断有差异或病例数量相对少以及组织学分型不同,腹水情况,年龄,原发肿瘤大小,子宫肌层受侵深度等相关因素影响。

作者简介:许 红(1966-),女,云南省昆明市人,主治医师,主要从事妇科肿瘤方面的研究,发表论文5篇。电话:(0871)3178841

收稿日期:2001-11-12;修回日期:2002-03-23

(下转533页)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

效[2]。APC 是利用高频电流以单极技术通过电离的有导电性的氩气(氩等离子体)无接触地引导到需要治疗的组织产生凝固效应。内镜下氩气刀最大的优点是凝固深度的自限性, 一般不超过 3 mm, 不会出现穿孔。其次是氩离子束可以自动导向需治疗的组织表面, 而不一定沿氩气流原来的方向, 也不一定是喷头所指的方向, 它可以进行轴向、侧向和自行逆向凝固, 几乎可到病变的每一个角落, 对息肉等病灶的处理非常自如, 有独特的优势。APC 对胃肠道息肉治疗价值主要体现在两个方面, 其一是对那些不能或不易进行圈套切除的扁平或宽基息肉更显其优势, 因其凝固深度自限性和氩离子流自动搜索病变及全方位性, 对这类十分常见的息肉治疗起来得心应手, 不需考虑穿孔及出血的可能性。同时对有蒂息肉也能发挥独到作用, 小于 1 cm 的有蒂息肉, 使用 APC 数秒钟息肉便凝固消失。对那些采用圈套电切的息肉, 如蒂部保留太长或断端出血, APC 也可作为首选治疗方法[3]。APC 治疗消化道息肉, 其大小最好小于 1 cm, 可以迅速治愈。1 ~ 2 cm 息肉, 则需多点喷凝, 若息肉大于 2 cm 时, 特别是扁平宽基息肉, 尽管多点多处喷凝, 但仍难以完全有效地处理息肉。对扁平息肉每次喷凝不应超过 5 s, 但对有蒂息肉可延长每次喷凝时间, 只要喷头对准息肉, 不用担心会损伤肠壁, 发生穿孔的危险性。APC 的并发症少, 主要是轻微腹痛、腹胀及烧灼感, 可能是粘膜下神经丛受刺激或凝固面受胃酸胃蛋白酶的影响所致, 一般不需处理, 皆可于 1 ~ 2 d 后缓解, 也可适当使用粘膜保护剂或抑酸剂, 减少上述并发症出现[4]。尽管本组病例未发生穿孔并发症, 但我们遇到 3 例胃肠粘膜下气肿, 皆因连续在上次喷凝处再次喷凝, 由于氩气流压力大易被挤入粘膜下, 尤其是在粘膜层薄、粘膜下层疏松的胃底和结肠更易发生, 该并发症不需特殊处理, 3 ~ 5 d 多能自然吸收。3 例患者 1 周后复查粘膜下气肿皆消失, 局部粘膜色泽正常, 无气肿痕迹。

内镜下氩气刀临床适应证广, 使用方便, 疗效明显, 并发症少, 安全可靠。与传统的凝固法相比, 有明显的优点, 尤其是其凝固深度的自限性及凝固的自动导向性。内镜下氩气刀可以替代内镜下激光、微波治疗手段, 有较高的临床使用价值。

参考文献:

[1] 李益农, 陆显华. 消化内镜学[M]. 北京: 科学出版社, 1995. 82—105.

[2] Ginsberg G G, Barkun A N, Bosco J J, *et al*. The argon plasma coagulation[J]. Gastrointest Endosc, 2002, 55(7): 807—810

[3] Canard J M, Vedrenne B. Clinical application of argon plasma coagulation in gastrointestinal endoscopy[J]. Endoscopy, 2001, 33(4): 353—357.

[4] Norton I D, Wang L, Levine S A, *et al*. *In vivo* characterization of colonic thermal injury caused by argon plasma coagulation[J]. Gastrointest Endosc, 2002, 55(6): 631—636

(编辑　冯崇英)

(上接 530 页)

卵巢上皮性肿瘤是所有实性肿瘤中对化疗较敏感的肿瘤之一。以铂类为主的联合化术前运用不仅增加手术切除率, 而且提高 5 年生存率。本组 18 例患者入院时因腹水、体弱、原发肿瘤大或脉管受累等原因先行化疗, 其 5 年生存率明显高于未化疗只行手术组, 见表 1。

表 1　卵巢癌各种情况与各年生存率的关系

			生存率(%)				
		n	1 年	2 年	3 年	4 年	5 年
残癌灶	< 1cm	38	89.47	73.68	52.63	39.47	28.95
	> 1cm	20	65.00	30.00	15.00	10.00	5.00
化疗情况	未做	6	50.00	33.33	16.67	16.67	0.00
	< 4 次	11	63.64	36.36	18.18	9.09	9.09
	> 6 次	41	90.24	68.29	48.78	36.59	26.83
腹水情况	无	24	83.33	70.83	54.17	37.5	29.17
	可控	12	83.33	83.33	58.33	41.67	33.33
	难控	22	77.27	31.82	13.64	13.64	4.55
组织学类型	浆液性腺癌	25	88.88	60.00	40.00	28.00	16.00
	粘液性腺癌	6	83.33	66.67	66.67	50.00	50.00
	宫内膜样癌	9	88.89	55.56	44.45	44.45	33.33
	透明细胞癌	4	50.00	20.00	0.00	0.00	0.00
其他		14	71.43	64.29	35.71	21.43	14.29
合计		58	81.03	58.62	39.66	29.31	20.69

文献[5]报道腹水与晚期癌的预后无关, 本组资料显示经治疗后可控腹水与无腹水者无差别, 但合并有难治性腹水者 5 年生存率明显低于前二者($P < 0.01$), 是预后不良的征象, 预示肿瘤复发和耐药, 应为二次减灭术及更换化疗药物的指征。

关键词: 晚期上皮性卵巢癌; 癌细胞减灭术; 预后
中图法分类号: R737.31　　文献标识码: B

参考文献:

[1] 王世阆, 张崇淑, 彭红琪, 等. 135 例卵巢上皮癌的治疗及其预后因素[J]. 中华妇产科杂志, 1991, 26(6): 86—88.

[2] 藏荣余, 张志毅, 李子威, 等. 晚期上皮性卵巢癌的预后影响因素[J]. 复旦大学学报, 2001, 28(1): 47—50.

[3] 张天泽, 徐光炜. 肿瘤学[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1998. 1963—1980.

[4] Lawton F G. Neoadjuvant. Chemotheraphy combined with intervention with cytoreductive debulking surgery in advanced epithelial overian cancer[J]. Obs and Gyn, 1998, 73(1): 61.

[5] Jacob J H. Neoadjuvant chemotherapy and interval debulking for advanced epithelial ovarian carcinoma[J]. Gynee Oncol, 1991, 42(1): 142.

(编辑　薛国文)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net