

放射治疗与食管支架解除食管癌进食困难的对照研究

张旭光 姜 平 祖茂衡 崔 宁 马广勤

自从 1994 年以后,国内越来越多的学者使用食管支架治疗食管癌所引起的进食困难。大宗病例已达 300 余人^[1],为食管癌姑息治疗作出了很大努力。随着放置支架的增多,对其性能的熟悉,其副作用日益受到重视。由于食管支架仅能解除梗阻性进食困难,其本身可能引起瘘,出血等并发症,而食管支架并不是唯一的解除梗阻的办法,我们期望探索出放置支架的最适合指证,减少不必要的操作和经济负担。为此,我们将二组分别行外放疗和食管支架治疗的晚期食管癌病例进行对照研究,比较其解除进食困难的效果。报告如下。

材料和方法

本组所收集病例为 1995 年 1 月到 1997 年 6 月间我们行外放疗或/和食管支架治疗的病人,计 160 例,诊断标准以食管钡餐或/和 CT,食管镜及病理检查为标准。男 129 例,女 31 例;年龄 40~82 岁,中位年龄 57 岁;鳞癌 152 例,腺癌 6 例;位于胸腔上段 19 例,中段 53 例,下段 43 例;术后吻合口狭窄 15 例;并发食管气管瘘 16 例,胸腔瘘 2 例;纵隔淋巴结转移 35 例,远处转移 12 例(肝,肺,脑)。放疗剂量 > 40GY 者为 A 组,计 105 例,= <40GY 者为 B 组,计 14 例。放射线为 Co-60, γ -线,加速器 6-15MEV X-线,其中 12 例行 192 铱后装治疗 4-6GY/次 X1-3 次。食管支架组为 C 组,计

38 例。胸腔上段 5 例,中段 19 例,下段 14 例,食管-胃吻合口狭窄 3 例;使用 STRECK 支架 23 例,STENT 支架 18 例,带膜支架 28 例,不带膜支架 13 例;支架由 ULTRAFLEX 公司,龙舟公司等公司提供。放疗后放置支架者为 D 组,计 2 例;放置支架后放疗者为 E 组,计 1 例。以正常进食,可进半流计,可饮水,不可饮水为指标评价食管狭窄程度,分别评分 0,1,2,3^[2]。每次观察时间评分与开始治疗时评分相减,表示进食困难改善程度。出现瘘,大量出血,剧烈咳嗽,支架脱落等不评分,单独列出。住院期间 1 天,1,2,4,8 周为观察时间,出院后以 6,12 月两次复诊时间为观察时间。

结 果

放疗病人开始治疗后 1 天均无改善,0/105,1 周时 32% 病人 (33/105) 进食较前通畅,2 周时达 71%, 75/105, 4 周时达 92%, 96/105, 8 周时达 97%, 102/105, 6 月时为 94%, 93/99, 12 月时为 90%, 85/94。其中放疗中食管气管瘘 3 例,放疗后两月会厌功能失调进水呛咳者 1 例,放疗后 3 月因进食梗阻而行食管支架治疗者 2 例。食管支架组病人在开始治疗后 1 天均进食较前改善,1~2 周后进食通畅程度达到最好水平并稳定下来。但部分病人出现了各种影响进食的不适。详见附表。

附表 各组影响进食并发症对照

	食管- 气管瘘	食管- 胸腔瘘	食管大 量出血	剧烈咳 嗽憋喘	支架移 位滑脱	会厌功 能失调	支架食 物堵塞	支架塌 陷	合计
A+B	9	2	0	0	0	1	0	0	12
C+D+E	4	0	1	2	3	1	3	1	15

A+B 与 C+D+E 卡方检验: $X^2 = 14.488$ $P < 0.001$

作者单位: 22106 徐州医学院肿瘤研究所(张旭光,姜平),徐州医学院一附院介入放射科(祖茂衡)徐州市第四人民医院介入放射科(崔宁)解放军第 97 医院介入放射科(马广勤)

讨 论

食管支架能够为大多数病人即时解除进食困难,病人均表示满意。尤其对严重狭窄,长期不能进食的病人(甚至不能进水),确实收到立杆见影的效果。支架放置后支架的扩张力量得到持续释放,通畅程度会有进一步改善。但是往往有一些并发症影响病人进食。一例中上段食管放置支架后 6 周接受放疗,DT30GY 后(2GY/次 X15 次),病人出现严重哮喘,咳少量白色粘痰,心跳加快,血气分析显示低氧高二氧化碳血症,进食后呕吐。放疗无法进行下去。还有一例放置支架后 2 周出现会厌功能失调,饮水即呛咳,改用软食仍不能改善,食管造影见泛影葡胺从口咽下即流入气管,考虑支架压迫,肿瘤侵蚀了会厌支配神经。此外,如瘘,出血,支架移动,堵塞,塌陷等,与放疗比较而言,其发生率是较高的^[3,4]。

二、放疗治疗食管癌已取得了相当成熟的经验,多数病人在放疗 2 周即 DT = 15 - 30GY 时就可以达到改善进食的目的^[5],至放疗结束时,绝大多数病人有显著效果。本组放疗结束时有食管造影者 69 例,与放疗前相比,平均扩张了 20mm。如配合放疗还可取得更好的疗效^[6]。当然与食管支架相比,不如其来得快;有时效果并不那么明显,往往要 2 周,甚至 4 周后才能有效。我们的体会是如果 4 周时仍改善不明显,往往是放疗效欠佳者,多需要后装治疗补充放疗剂量,而且放疗后复发较多较早。但 4 周前有效的病人,多能迅速改善进食,并保持稳定,不需要其它措施来改善食管通畅。

由于放疗是通过杀灭瘤细胞改善梗阻的,病人和医生均有信心和耐心等待其疗效的出现。即使效果较差,也可以考虑气囊扩张,支架等措施补救。本组观测时间为一年,6~12 周复发梗阻率为 17.2% (21/119),王鹤皋报告^[7]根治性放疗后复发的病人中,一年后复发的为

11.5% (9/78); 通过手术治疗,外放射治疗相当一部分病人仍可取得满意疗效。所以我们认为放疗治疗应优先于食管支架治疗。

三、放置食管支架要从严掌握适应证。对食管癌病人宜先行放疗,待放疗不能解决问题时或部分解决问题时再放支架不迟。即使是严重梗阻者,通过气囊扩张就可以争取到 2~3 周的进食机会,而这段时间由放疗改善进食是足够的了。这样就可以避免相当一部分病人放置支架。减轻病人的经济和心理负担。

四、在放疗等治疗手段采取后仍有梗阻者,在评分为 2 分或以上者,宜选用粗细适中,弹力较小带膜支架,放置后 1 周内要复查支架有无移位。如果支架滑脱到胃内,食管已有一定宽度,取出支架后不必再放。在出现瘘时,要在胃镜下使用粘合剂如 TH-100 堵瘘。在大量出血,剧烈咳嗽时,要及时取出支架,局部止血,或使用止咳剂,不要犹豫。

参考文献

1. 吴雄. 几种特殊类型食管支架的临床使用. 第四届全国介入学术年会论文汇编, 172.
2. Cwikiel W, Stridbeck H, tranberg KG, et al. Malignant esophageal stricture: treatment with a self-expanding national stent. Radiology, 1993, 187: 661.
3. 杨仁杰, 张宏志, 黄俊等. 被覆支架成形术在食道癌姑息治疗中的应用. 中华放射学杂志, 1995, 29: 461.
4. 翟仁友, 戴可定. 食道支架治疗食管良恶性狭窄. 中华放射学杂志, 1995, 29: 465.
5. 王兰香, 陈宗祥. 全梗阻食道癌的根治性放疗. 中华放射肿瘤学杂志, 1996, 5: 51.
6. 乔学英, 周国安, 乔田奎等. 中晚期食管癌治疗合卡铂的远期疗效. 中华放射肿瘤学杂志, 1997, 6: 118.
7. 王鹤皋, 戴建平, 邱志钧等. 根治性放疗后食管复发的手术切除和再程放疗的比较. 中华放射肿瘤学杂志, 1996, 5: 2.