

基底部较大,直径8 cm,部分浸透浆膜。大小弯区和幽门区淋巴结肿大,肿物与周围组织无粘连,行胃大部切除术。术后病理所示:胃溃疡型腺癌(中度分化)已侵及肌层。胃壁淋巴结3/3阳性,大网膜淋巴结1/2阳性。临床病理分期 $T_4N_1M_0$ Ⅲ期。

五、讨 论

过去认为胃癌不适于放疗,原因是:胃癌绝大部分是腺癌,对射线不敏感;放疗胃区会加重消化的症状;放疗可损伤胃的邻近器官如肝、胰、肾等;以往用低能量射线,剂量不足,腹反应加重;设野无法包括全部肿瘤。近年来由于放射源的发展,装备的

改进及放射技术的进步,认为胃癌术前放疗是可行的与有效的,我们的实践亦证实这一点。

放射剂量:根据文献报导,术前有效剂量是2000拉德,适宜剂量为3000~4000拉德/3~4周。如果超过4000拉德,可引起不同程度的反应,影响手术的进行。本组病例的总剂量是3000~4000拉德40例,2000~3000拉德5例,4000拉德以上3例。剂量在3000拉德以上的病例中,均收到了不同的效果。而剂量在3000拉德以下者则效果不显著。可以看出,剂量在3000拉德范围为适宜。符合文献报导的情况。该剂量范围既有效又不妨碍手术的进行,本组病例中并未引起胃穿孔和胃出血的并发症。(本文插图见封四)

原发性三重恶性肿瘤一例

广西医学院附属医院妇产科

唐步坚 李启金 曾云英

原发性三重恶性肿瘤为同一患者在不同的部位、不同的时间发生三种原发性恶性肿瘤,我科1982年7月收治一例,且三重恶性肿瘤之一为癌肉瘤,更为特殊,特报告如下:

患者林××,女,62岁,住院号80343。1971年8月20日因发现左腹包块伴疼痛、便秘四个月入院。拟诊“结肠癌”于1971年8月27日在硬膜外麻醉下剖腹检查,术中见降结肠末段有一鸭旦大肿物,质硬,活动,与周围组织无粘连,肿物附近肠系膜可见数粒黄豆大淋巴结,其余未见特殊,作左半结肠切除和横结肠乙状结肠对端吻合术。病理诊断:“降结肠腺癌Ⅱ级,肿瘤广泛侵犯肌层,一处达浆膜层(病检号71~5156)”。术后10天开始CTX、5-Fu化疗,身体恢复良好,随后未再出现消化道症状。1975年4月23日因无意发现右侧乳腺无痛指头大肿块,在我院门诊活检,病理诊断:“右乳腺导管癌,已有管外浸润(病检号75-2929)”。1975年5月3日在硬膜外麻醉下行右侧乳腺癌根治术,病理诊断:乳腺小叶增生,小区导管明显增生,多处切片未见残余癌,右腋窝淋巴结慢性炎症(病检号75-3310)。术后恢复良好,一个月后开始5-Fu、Thio-Tipa化疗。1982年7月12日因阴道反复流血水

三个多月再次入院,入院前在我科门诊两次阴道涂片送细胞学检查,两次诊断性刮宫,一次宫颈组织活检均未查见癌细胞,1982年8月5日在硬膜外麻醉下再次剖腹探查,见子宫、双侧附件外观正常,子宫后方有一约 $12 \times 10 \times 8$ 厘米大的实质性包块,表面充血,高低不平,与子宫后壁、右侧附件、小肠及后盆腔广泛粘连,其余未见明显肿物,术中因患者体质差,无法长时间耐受手术,故仅行肿瘤姑息性切除。肿瘤标本大体观:切面鱼肉样,中央部分已有坏死。病理诊断:“癌肉瘤,可能来自子宫内膜(病检号82-6303)”。术后曾并发肠梗阻,经治疗痊愈出院,坚持5-Fu、CTX化疗。

讨论:临床上常需将原发多重癌与原发性癌的复发及转移相鉴别,本例三次恶性肿瘤均有其各自的病理特点,发生在不同的时间和不同的部位,且其间患者身体复原良好,故诊断可成立。遗憾的是第三次手术时未行全宫加双侧附件切除,未能了解到肿瘤的准确来源。对待多重恶性肿瘤患者,不应轻易放弃治疗机会,本例患者从第一次手术至今已十年有余,故对此类患者同样应持积极态度。

(1983年1月1日收稿)