

基底部较大，直径8cm，部分浸透浆膜。大小弯区和幽门区淋巴结肿大，肿瘤与周围组织无粘连，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_{4a}N₁M₀Ⅲ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道的症状；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12×10×8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、小肠及后盆壁广泛粘连，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：临幊上常需将原发多重癌与原发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）