DOI: 10.16016/j.1000-5404.1997.03.038

成形手术治疗,效果满意,无吻合口瘘和再狭窄发生。因此,我们认为采用狭窄成形术治疗吻合口狭窄具有简单、实用、疗效肯定的优点。

关键词 半哈状切口;吻合口狭窄

中图法分类号 R592

参考文献

1 Bains M S, Ginsberg R J, Jones H W G *et al*. The Clamshell Incision: An Improved Approach to Bilateral Pulmonary and Mediastinal Tumor. Ann Thorac Surg, 1994; 58(1): 30

2 Borst H G. Anastomatic leakage stenosis and reflux after esophageal replacement. World J Surg, 1978; 2(6): 861

3 喻德洪.胃肠吻合器的进展(文献综述).国外医学外科分册, 1982; 9(2): 92

4 邵令方,李章才,王明福等.食管癌和贲门癌6129例外科治疗结果分析.中华外科杂志, 1987; 25(8): 452

5 卫功栓,邵令方,高宗人等.食管生建术应用器械吻合的经验及其评价(附784例分析).中华胸心血管外科杂志, 1996; 12(1): 42

6 孙玉鹗,于长海,戴为民.机械吻合在外科中的应用91605例经验总结).中华胸心血管外科杂志, 1996; 12(1): 20

(收稿: 1996-09-17;修回: 1996-11-06)

(编辑 张大春)

全身化疗与内、外照射加局部化疗治疗晚期胰腺癌

A clinical approach on treating advanced pancreatic cancer by systemic chemotherapy or internal and external radiation plus local perfusion chemotherapy

郑成位* 张旭焰 黄明德 王代科** 周月庆** 黄 杰 (第三军医大学附属大坪医院放射肿瘤科)重庆, 630042

提 要 目的:观察全身化疗与内、外照射加局部化疗对晚期手术不能切除的胰腺癌的治疗效果。方法:23例使用全身化疗病人(I 组),11例使用组织间插植内照射与外照射配合局部灌注化疗病人(II 组)。结果:II 组临床症状改善,包块消退,生存率等明显优于I 组,经 χ^2检验,($P < 0.01$)两组差别具有显著性。结论:综合疗法是治疗术中不能切除的晚期胰腺癌的有效方法之一。

1991年 5月至 1994年 5月本院放射肿瘤科与肝胆外科合作,对不能手术切除的晚期胰腺癌患者 34例进行治疗,其中单纯化疗 23例,使用组织间插植(内照射)加外照射配合局部灌注化疗 11例,全部病例均作了随访。

1 材料与方法

男性 27例,女性 7例,年龄最大者 76岁、最小 42岁。解剖分布胰头癌 28例、胰体癌 6例。单纯化疗 3例均经 CT诊断胰腺癌不能手术切除并拒绝使用放疗。11例经手术探查不能切除即施行了组织间插植并银夹标记及药泵的植入。

单纯化疗组(I 组):采用 FC方案:5-FU 300 mg/m^{2}静脉滴注(VD) 2次/周× 6, CBDCA 100 mg/次/d V D,第 1 4周 1~ 5 d休息 3周再进行下一疗程治疗。

内、外照射配合灌注化疗组(II 组):本组手术探查不能切除后,根据肿瘤大小及部位在肿瘤边缘放置银夹 3~ 4枚作标记,在肿瘤包块组织间插植 2~ 4根施源管,在肿瘤的背面及插管表面各放 1枚银夹,作治疗计划照片时测算深度使用。经胃十二指肠动脉插入全埋式药泵又称埋植式给药装置(四川康科公司制造)导管至十二指肠上动脉,并将注药囊埋入上腹皮下组织内。腹壁另穿孔引出施源管,腹腔放置引流。术中即经药泵注入 5-FU 500 mg、阿霉素 10 mg。术后 3~ 7 d即行内照射(本组使用 Ir^{192}放射源),第一次每天组织吸收总剂量(DT) 600 cGy,第 5天起 2次/d,每次 400 cGy。内照射完毕后即拔出施源管。内照射第 2周即施行药泵注入阿霉素 10 mg和 5-FU 500 mg,每两周一次,共四次。内照射一周后经模拟定位机定位,本组使用 6MV直线加速器前后垂直野照射,115 cGy/次,2次/d,一周 5 d, DT

* 郑成位,男,45岁,副教授、副主任医

** 大坪医院肝胆外科

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

为(3500~4000)cGy,DT总量为(56~60)Gy,并对病人体重、食欲、饮疼痛情况进行观察,作血胆红质检查。

2 结果

2.1 治疗前后CT与B超检查相比

按肿瘤消退情况在全程结束时两组观察近期肿块消退率,病人存活时间进行χ检验,结果见表1 2

表1 两组晚期胰腺癌包块消退结果(%)

症状	组别	
	Ⅰ	Ⅱ
完全缓解(CR)	0/23(0)	2/11(18)
部分缓解(PR)	1/23(4)	7/11(64)
轻度缓解(MR)	13/23(57)	2/11(18)
无变化 (NC)	9/23(39)	0/11(0)

$P<0.01$Ⅱ组同Ⅰ组相比

表2 Ⅰ、Ⅱ组生存率结果(%)

时间	组别	
	Ⅰ	Ⅱ
6个月	14/23(61)	16/11(91)
1年	5/23(77)	9/11(82)
2年	4/23(17)	5/11(45)
3年	0/23(0)	3/11(27)
中位生存期(月)	10.5	18.8

$P<0.01$Ⅱ组同Ⅰ组相比

2.2 病人症状改善及实验室检查数据比较结果见表3

表3 34例晚期胰腺癌症状改善与实验室数据比较(%)

观测项目	组别	
	Ⅰ	Ⅱ
体重增加	2/23(9)	9/11(82)
食欲改善	4/23(17)	10/11(91)
疼痛减轻	12/23(52)	2/11(18)
疼痛消失	0/23(0)	9/11(82)
血总胆红质下降	7/23(30)	2/11(18)
血总胆红质正常	0/23(0)	9/11(82)

2.3 其它

Ⅱ组病人有2例出现胰漏,经处理7d~10d完全愈合

3 讨论

胰腺癌是常见的消化道肿瘤之一,早期症状隐匿,缺乏特异性临床表现,多数患者就诊时多属晚期,而手术切除率低,并有学者认为手术切除也无助于胰腺癌的治疗[1,2]。因此化疗的使用特别是灌注化疗加照射治疗是提高生存率的重要手段,本组单纯化疗与文献报道化放疗中位生存期相似,为10.5月[2,3]。单纯化疗仅使一些症状轻微改善,因此,需要探索新的治疗手段。组织间插植加外照射配合灌注化疗(简称综合治疗)治疗晚期胰腺癌具有一定的价值。本组第Ⅱ组3年生存率达27%,平均生存期为18.8月,而且肿块消退明显,症状改善显著。综合治疗的优越性在于:① 提高了手术探查的意义与实用价值,虽不能切除,也能有效的使用组织间插植及药泵的埋入。② 组织间插植内照射使肿瘤区形成高剂量率的治疗,利于肿瘤消退、减少外照射总剂量,从而减少并发症的发生。③ 手术中银夹标记使治疗范围更精确,有利于治疗计划的实施。④ 局部灌注化疗,便全身症状减轻,能够提高放疗的敏感性[1,4]而提高治疗效果。

组织间插植及药泵埋入需注意的问题:大于5cm的胰腺包块大多中央有坏死形成液体囊腔,可用空针穿刺抽吸干净,依肿瘤大小及解剖情况确定插植施源管数量、距离。本组管距为1 cm~2cm,用15号钝头针穿刺成孔后放置施源管,并沿管作一荷包缝合固定以防止胰漏。术中不能钳夹施源管,引出尽量减小角度,腹壁固定要牢靠,必需安放腹腔引流条。药泵埋入应使用两个,防止某一个栓塞或脱出,插管应确切到位,固定牢靠,防止药漏皮下。每次化疗后用肝素盐水5ml冲洗。在放置银夹标记时,肿瘤四周要放置,前后也要放置准确,利于摄片制定治疗计划,也可鉴别施源管的治疗距离及脱落后的误照。

本组综合治疗组无严重并发症发生,仅有二例出现胰漏,经引流一周后愈合,其原因可能为高剂量率的局部治疗使小胰腺管闭塞所致。本组使用外照射为超分割照射,其更符合生物学效应,可减轻局部的反应而增加DT量。使用内照射,减少外照DT量,避免了消化道并发症的出现,均顺利完成了全疗程的治疗。因此综合治疗是值得采用的治疗晚期胰腺癌的有效手段。

关键词 组织间插植(内照射),外照射,晚期胰腺癌,化疗灌注

中图法分类号 R735.9

参考文献

1 Singh S M, Lengnire W P, Peher H A. Surgicol Pallation

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

for pancreatoc Cancer The UCLA experience Ann Surg, 1990; 212(3): 132
2 吴祥德,宋振川.壶腹周围癌 150例临床分析.中华肿瘤杂志, 1993; 15(4): 296
3 Kalser M H, Ellenlerg S S. Pamcreatic canceradjurant cam-lined radiation and chemo therapy folluwing jcurative re-sectin. Arch Surg, 1985; 120(6): 899
4 谷酰之,殷蔚伯 主编.肿瘤放射治疗学.北京: 北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社, 1993 595~ 597

(收稿: 1996-09-11;修回: 1997-03-22)
(编辑 张大春)

视刺激疗法治疗弱视

Treatment of amblyopia by CAM stimulantor

陈 莉* 许立军 王 一 (第三军医大学附属西南医院眼科) 重庆, 630038

提 要 目的: 探讨 CAM疗法对弱视治疗的效果。方法: 3~ 12岁弱视患儿 150例 267眼,男女各半。屈光矫正后使用 CAM刺激仪治疗, 10次为一疗程。结果: 总有效率 67.7%,无效率 30.3%。屈光不正性弱视、小龄组、中心注视组,屈光度为轻、中度、轻度弱视疗效好。结论: 本疗法对某些类型弱视不失为一个好方法,方便实用,疗效可靠。

弱视是常见的儿童眼病,发生率高达 3% [1],它严重阻碍儿童视觉发育,危害极大,所以弱视的防治问题尤其显得重要。视刺激疗法(CAM)是 1978年开始用于治疗弱视的方法 [2],较传统的遮盖法具有更多的优点,但其疗效国际眼科界结论不一。为进一步探讨 CAM疗法对弱视治疗的效果,我们进行了临床观察。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 对象

屈光不正患儿 150例,远视力经戴矫正眼镜一月后,而矫正视力仍低于 0.9者。年龄 3~ 12岁,男 75例,女 75例。双眼 117例,单眼 33例。

1.2 方法

1%阿托品眼膏 3次/d涂眼, 3 d后行视网膜检影法验光,均予配镜矫正。使用天津产 CAM刺激仪,用患儿能识别的最高空间频率条栅邻近稍低频率条栅为其阈值。治疗时,单眼患者遮盖健眼,双眼患者分别遮盖。1次/d,每次 7 min, 10次为一疗程,本组病人 1~ 2疗程。

1.3 弱视定义、程度、分类及疗效评价

按中华医学会眼科学会全国儿童弱视斜视防治学组所定标准 [3]。屈光程度: 轻度± 3D以下。中度± (3~ 6) D,高度± 6D以上。复性散光度数以球镜与柱镜之和为屈光度,混合散光度数以负柱镜度计算。

2 结果

2.1 年龄分布

3~ 6岁 81例(54%), 7~ 12岁 69例(46%)。

2.2 屈光状态分布

复性近视散光 81眼(30.3%),复性远视散光 150眼(56.2),单纯远视散光 24眼(9%),混和散光 12眼(4.5%)。

2.3 屈光程度分布

高度 72眼(27%),中度 132眼(49.4%),轻度 63眼(23.6%)。

2.4 弱视类型

屈光不正性弱视 126眼(47.2%),屈光参差性弱视 126眼(47.2%),斜视性弱视 15眼(5.6%)。

2.5 弱视程度

轻度 66眼(24.7%),中度 120眼(45%),重度 81眼(30.3%)。

2.6 注视性质

中心注视 234眼(87.6%),旁中心注视 33眼(12.5%)。

2.7 治疗效果

CAM疗法治疗 267眼,总有效率 67.7%,(其中基本治愈率 33.7%,进步率 36%。)无效率 30.3%。

2.7.1 年龄与疗效 3~ 6岁 153眼,总有效率 74.5%基本治愈 72眼(47.1%),进步 42眼(27.4%),无效 39眼(25.5%); 7~ 12岁 114眼,总有效率 63.2%,基本治愈 18眼(15%)进步, 54眼(47.4%),无效 42眼(36.8%)。差异显著。$P < 0.001$

2.7.2 屈光状态与疗效 复性近视散光疗效最差。$P < 0.001$,见表 1

* 陈 莉 女, 43岁,主管技师

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