DOI:10.16016/j.1000-5404.1995.06.042

加,妨碍组织修复。

2.1.2 胸腔手术对心肺侵扰较大,术中出血、术后创伤出血、渗液易造成血容量不足和血液动力学变化。本组有一例术中出现低血压(8～6/6～5 kPa),长达30 min。胃底粘膜血流量减少,低血压时尤为明显;儿茶酚胺等血管活性物质分泌增加,引起胃粘膜血管平滑肌收缩,组织灌注趋于不足,造成胃粘膜缺血、糜烂、出血[3,4]。

2.1.3 胸科病人多合并有不同程度的低肺功能,术后呼吸功能受限,有效呼吸面积减少,肺部感染时气体弥散功能下降,以及小气道痉挛、阻力增加,更加重体内缺氧,使胃粘膜受损。本组5例术前均有中度肺功能低下,术后PaO_2曾一度降至8.0 kPa以下。

2.2 诊断与治疗

术后应激性溃疡所致的上消化道出血,其出血部位多在胃底和胃体部,表现为浅表性糜烂或溃疡,很少发生穿孔。临床症状以上腹隐痛、柏油样大便为主,出血量较大者可呕吐咖啡样物或鲜血。上腹不适常为胸部创伤症状所掩盖;止痛、镇静剂又使病人对体内各种不良刺激反应迟钝,加上此病发生率低,易被疏忽。本组病例有以下特点:①缺乏消化道前驱症状;②突然呕血、便血;③多在术后一周内发生。故对肺功能低下、失血较多、缺氧、术前使用过大量激素等药物者,应密切注意其腹部症状和大便性状的变化,以利早期诊断。胃镜可助确诊,但不列为常规检查。

治疗上应首先预防与治疗发生应激性溃疡原因的疾病,有选择地应用H_2受体拮抗剂及复方丹参[5]。一经确诊,应:①补充血容量,输新鲜血;②对低肺功能者,持续低流量吸氧至出血停止后3～5 d;③静滴H_2受体拮抗剂,保证有效血药浓度,胃液pH平均控制在4.0为宜,症状缓解后,仍口服维持半月;④正肾冰盐水可与制酸剂、云南白药、白芨配合,交替使用,或使用口服凝血酶,止血效果满意。本组近年病例使用凝血酶3～5 d即可收效。

因原手术死亡率及手术治疗本身的并发症高,多不主张手术治疗。但对突然呕血800 ml以上,保守治疗2～3 d无效者,急诊胃镜检查确定出血部位后可考虑手术。胃大部切除术的治愈率可达85%以上。

关键词 胸腔手术;上消化道出血;溃疡

中图法分类号 R655.06;R573.1

参考文献

1 杨 林,张大为.肺癌肺叶切除术后消化道并发症二例.中华肿瘤杂志,1990;12(4):287
2 赵洪昌.肺癌术后并发应激性溃疡一例报告.中日友好医院学报,1990;4(4):249
3 段志泉,何三光,沈 魁.应激性溃疡的诊断与治疗.中华外科杂志,1984;22:400
4 Thomas AM. Mechanisms of stress－related mucosal damage. Am J Med,1987;83(6A):8
5 尹仲瑜,万元廉,熊 霞等.丹参对胃粘膜屏障的作用.中华外科杂志,1990;5(28):298

(收稿:1995-02-24;修回:1995-08-13)

内照射结合外照射治疗晚期口腔癌初步观察

Preliminary study of brachytherapy combined with teletherapy in treating advanced oral cancer

付尚志 徐维邦 李启明 (第三军医大学附属新桥医院肿瘤中心)重庆,630037

本科从1990年2月至1993年3月共收治口腔癌24例,采用Ir－192高剂量率内照射结合外照射进行治疗,并对病人病灶控制、颈淋巴结消退、并发症,生存质量及近期疗效进行了观察分析。

1 资料与方法

1.1 临床资料

24例口腔癌中,男性19例,女性5例,年龄最小47岁,最大81岁,平均63岁。癌症分期依据1978年UICC的TNM分期法:Ⅲ期15例,Ⅳ期9例。舌体癌11例,口底癌7例,颊癌3例,硬腭癌2例,下牙龈癌1例。2例有下颌骨破坏,全部病例均为鳞癌。

1.2 治疗方法

1.2.1 内照射 ①组织间插针19例,舌体癌11例,口底癌5例,颊癌3例。②组织间置软管3例,口底癌2例,下牙龈癌1例。一般插针或置软管均为3～5根,间距1.5～2 cm。③病灶表面敷贴治疗硬腭癌2例。以上内照射病例均在模拟机摄正侧位片,经治疗计划系统优选最佳治疗方案,每次剂量5～8 Gy,共2～4次,总量10～25 Gy,每次间隔5～7 d。

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

1.2.2 外照射　采用8MVX线或钴－60r线放疗原发灶、双上颈肿瘤量50～60 Gy/5～6 W，中下颈肿瘤量40～60 Gr/4～6 W，颈淋巴结未消退者局部用6～8Mevβ加肿瘤量10～15 Gy/1～2 W。

2 结果

2.1 病灶消退情况

疗毕原发灶完全消退为18/24(75%)例，部份消退为6/24(25%)例，颈淋巴结：完全消退13/16(81%)例，部份消退3/16(19%)例。

2.2 淋巴结情况

有2例Ⅱ期舌体癌病人疗后1～2月出现下颈淋巴结转移，1例舌体癌Ⅱ期病人疗后6月出现上颈淋巴结转移，2例Ⅳ期口底癌病人疗后2～3月出现颏下淋巴结转移，1例口底癌病人疗后患侧颈淋巴结清扫结果阳性。

2.3 并发症

1例口底癌患者颏下进针孔感染，3/11例舌体癌疗后舌肌明显萎缩，2例病人下颌骨穿孔。

2.4 生存率

随访5～30月，1年生存率16/24(66.7%)例，已经有10/16(62.5%)例生存超过24月，有8/24(33.3%)例疗后1年内死亡，其中死于肿瘤全身转移5例，肿瘤复发2例，脑中风1例。

3 讨论

3.1 该方法优点

口腔癌治疗失败的主要原因由于局部复发或未控制，单纯外照射难以达到病灶高剂量，而本文采用Ir－192高剂量率内照射结合外照射，能够使肿瘤区达到较高剂量，疗毕原发灶完全消退75%，部份消退25%，复发率2/24(8%)例，而这2例病人只进行2次内照射剂量14 Gy，考虑是内照射剂量偏低或者病灶范围估计不够，所以通过本方法治疗晚期口腔癌病灶消退满意，达到了较好的病灶控制效果，且所有病人语言功能保存，进食功能健在，生活质量满意。

3.2 颈淋巴结的治疗

口腔癌淋巴结转移多见颌下、上颈深淋巴结，舌癌有下颈深淋巴结转移现象。Drtroia[1]发现口腔癌颈淋巴结转移率：舌体癌为65%，口底癌为56%，颊癌为45%，蒋佩钰[2]报道舌癌临床颈淋巴结阴性，术后阳性占1/3。本组有2例Ⅱ期舌体癌疗后出现下颈淋巴结转移，是因为未进行下颈淋巴结预防性放疗，2例口底癌放疗后出现颏下淋巴结转移，考虑为采用面颈联合野照射原发灶与上颈，内照射时又未注意颏下剂量而引起颏下剂量不够，1例颈淋巴结清扫为阳性与1例舌体癌疗后上颈淋巴结转移可能为颈部放疗剂量偏低有关。作者认为对于口腔癌尤其是舌体癌无论临床有否颈淋巴结转移，有必要进行全颈根治性放疗或颈淋巴结清扫，对于口底癌颏下是外照射剂量的冷区，加内照射可弥补其剂量不足或设一个前野补量。

3.3 并发症分析

本文有1例颏下进针针孔感染，考虑为拔针时从口腔引起。所以口腔癌病人插植前一定要注意口腔的消毒，疗后要常规使用抗菌素预防感染。2例下颌骨穿孔，系由于本身有下颌骨破坏，疗后肿瘤变性、坏死所致。3/11例舌体癌疗后有明显舌体萎缩、动度差，是因病灶范围大疗后肿瘤退缩加之舌肌纤维化所致，所以内照射治疗口腔癌是安全有效的。

3.4 生存率分析

口腔癌单纯外照射剂量高，疗效差。李长青[3]报道5年生存率为13.3%，另有文献报导用镭针加外照射治疗舌体癌Ⅱ期五处生存率为36.5%，累及口底者为32.1%[4]。本文均为晚期口腔癌病人，采用内照射结合外照射，随访5～30月，1年生存率66.7%，已有10/16例生存超过2年，有1例口底癌疗前有下颌骨破坏疗后肿瘤消退，已无瘤生存30月，所以本法治疗晚期口腔癌达到较好的近期疗效。但死亡病例中多数死于远处转移，因此放疗后有必要配合化疗等综合治疗，可能会进一步提高生存率。

关键词　肿瘤；放射疗法；口腔

中图法分类号　R815；R139.8

参考文献

1 Drtroia JF. Nodal metastases and prognosis in carcinoma of the oral cavity. Otolaryngol Clinic North America，1972；5(2)：333

2 蒋佩钰. 口腔癌的颈淋巴结清扫术. 中华肿瘤学杂志，1988；10(2)：146

3 李长青. 口腔鳞癌241例总结. 中国放射肿瘤学，1989；3(4)：211

4 环素兰，刘泰福. 404例舌癌的放射治疗. 肿瘤，1986；6(1)：22

(收稿：1995-05-27；修回：1995-10-24)

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