

- [9] Kawai S, Hiroshima K, Tsukamoto Y, et al. Small cell carcinoma of prostate expressing prostate-specific antigen and showing syndrome of inappropriate secretion of anti-diuretic hormone: an autopsy case report[J]. Pathol Int, 2003, 53(6): 892-896.
- [10] Mackey JR, Au HJ, Hugh J, et al. Genitourinary small cell carcinoma: determination of clinical and therapeutic factors associated with survival[J]. J Uro, 1998, 159(12): 1624-1629.
- [11] Bolton DM, Chiu ST, Clarke S, et al. Primary small cell carcinoma of the prostate: unusual modes of presentation

[J]. Aust N Z J Surg, 1994, 64(2): 91-94.

- [12] Debras B, Chautard D, Delva R, et al. Small cell carcinoma of the prostate, complete remission after chemoradiotherapy: report of a case[J]. Prog Urol, 1994, 4(4): 569-571.
- [13] Ishizu K, Tsushimi M, Shimajiri S, et al. Small cell carcinoma of the prostate successfully treated with combined chemotherapy and radiotherapy: a case report[J]. Hin-yokika Kiyō, 2002, 48(2): 97-100.

(收稿日期: 2013-03-28 修回日期: 2013-06-12)

• 短篇及病例报道 •

激光去除文唇后严重瘢痕形成致小口畸形 1 例报道

戴 霞, 黄祥玉, 李 喆, 李世荣

(第三军医大学附属西南医院整形美容科 400038)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2013.27.055

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2013)27-3332-02

文唇术是纹饰美容领域开展最为广泛的操作之一, 因文唇术后唇形不佳、唇色不均匀、色料褪色或发生晕染等要求去除纹饰的人群数目也逐年上升, 激光作为去除文唇的首选治疗, 效果显著、安全可靠, 然而操作和术后护理不当, 仍可造成严重并发症。作者近日于门诊经诊 1 例激光去除文唇后出现严重红唇瘢痕致小口畸形患者, 现报道如下。

1 临床资料

患者, 女, 48 岁, 2012 年 5 月 10 日因“激光去除文唇后红唇凹凸不平合并张口困难 1 年余”来院就诊。既往于 2001 年在某美容院行文唇术, 术后唇形、色泽等较好, 2010 年 2 月因唇色变暗于美容院行激光去除文唇治疗(激光类型不详), 治疗后红唇肿胀明显, 有淡黄色分泌物, 予局部涂抹金霉素眼膏处理, 1 周后表面干燥形成痂壳, 约 3 周后创面痂壳脱落, 创面愈合, 未就医。近 1 年逐渐发现红唇黏膜下有包块形成, 红唇外观凹凸不平, 张口困难。查体: 上下唇唇红线不明显, 下唇为重, 边缘可见浅表瘢痕, 色白, 质软, 不高出皮面; 红唇可见瘢痕组织散布, 表面凹凸不平, 唇珠处低平。张口时, 红唇干湿交界处瘢痕呈环状挛缩, 张力明显, 上唇轻微内翻。触诊可于上下红唇组织内扪及不规则质硬包块, 轻微压痛。患者闭嘴时可见上下唇线均不明显, 红唇有明显瘢痕组织形成, 同时因瘢痕收缩, 左侧上、下唇局部凹陷; 嘴角外观尚正常(图 1)。



图 1 闭口正面观

患者张嘴时可见瘢痕组织于红唇干湿部交界处形成明显

张力线, 上唇尤为明显并轻微内翻, 口角因局部组织弹性差, 牵拉束缚明显(图 2)。



图 2 张口正面观

2 讨 论

文唇术是用相关设备刺破唇部的皮肤后, 用文色液来改变唇部的明暗关系勾画唇线及为唇着色, 以达到美化唇部的效果。文唇术后并发症早有总结报道, 包括出血、淤青、肿胀、肝炎、病理性瘢痕形成、局部感染(细菌性、疱疹病毒性)、过敏反应/肉芽肿形成、核磁共振反应等^[1]。而文唇术后瘢痕形成, 主要与纹刺操作过深、感染有关^[2]。本患者在文唇后数年未发现不适, 排除了因纹刺操作过深、纹刺术后感染、过敏反应/肉芽肿后引起红唇瘢痕的可能; 在进行“激光”去除文唇后出现一系列症状, 患者并未及时就医, 故只能根据其描述推测红唇瘢痕形成可能的原因如下: (1) 激光类型选取不当, 或操作时功率选取过高导致激光的局部效应对软组织造成了严重损伤, 导致后期瘢痕形成。(2) 创面护理不当造成局部轻微感染, 加重了瘢痕的形成。

对要求洗唇和唇形不理想而要求修改唇形者, 目前多采用调 Nd:YAC 激光进行治疗^[2]。该激光在治疗外源性色素疾病时, 光能被被皮肤细胞中的色素颗粒吸收, 使色素颗粒化并碎裂, 而细胞框架可被完整地保留下来, 在其后的炎症反应中, 颗粒碎末被巨噬细胞吞噬, 并排出体外, 而被清除了色素颗粒的细胞可在完整的细胞框架的基础上, 迅速得到修复^[3]。根据作

者的经验,采用倍频 Nd:YAG 激光均匀照射文唇处,激光波长 532 nm、脉宽 5~7 ns 和重复频率 10 HZ,光斑直径 4.0 mm,能量密度 0.7~1.9 J/cm²,间隔 1 个月重复治疗,直至文色完全消失。采用这一方法治疗部位不出血,无瘢痕形成,且痛苦少,方法简便、快捷。

在本病例中,患者唇红组织瘢痕形成严重,合并小口畸形。但患者闭口时口角形态正常,张口困难主要因红唇瘢痕形成完整套环,红唇弹性降低造成,故治疗上以加强张口功能锻炼为主;待红唇部瘢痕进一步软化稳定后,红唇凹陷部位可行局部脂肪颗粒移植填充或胶原、玻尿酸注射填充治疗。

参考文献:

- [1] De Cuyper C. Permanent makeup: indications and compli-
• 短篇及病例报道 •

cations[J]. Clin Dermatol, 2008, 26(1): 30-34.

- [2] 廖烈兰. 调 QNd:YAG 激光修改文唇 28 例临床体会[J]. 广西医学, 2006, 28(2): 272-273.
[3] Choudhary S, Elsaie ML, Leiva A, et al. Lasers for tattoo removal: a review[J]. Lasers Med Sci, 2010, 25(5): 619-627.

(收稿日期: 2013-03-08 修回日期: 2013-05-09)

非手术治疗老年食管癌患者的临床疗效分析

杨 莉, 唐友明

(四川省江油市人民医院肿瘤科 621700)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2013.27.056

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2013)27-3333-03

食管癌是世界上最常见的 6 大恶性肿瘤之一, 位居中国癌症患者死因的第 4 位。食管癌的主要治疗手段有手术、放疗和化疗^[1]。对于一些高龄食管癌患者, 由于伴随疾病的存在使手术风险明显增高, 手术受益率也显著下降。单纯放疗或放、化疗结合成为高龄食管癌患者主要治疗手段。本研究收集本科室 2006 年 7 月至 2010 年 7 月应用单纯放疗或放、化疗结合治疗的高龄食管癌患者资料, 回顾性分析其疗效及影响因素, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集本院肿瘤中心 2006 年 7 月至 2010 年 7 月拒绝手术或不可手术的进行根治性放疗或放、化疗的高龄(年龄大于或等于 70 岁)食管癌患者 52 例, 其中男 36 例, 女 16 例, 发病年龄 70~85 岁, 平均 74.3 岁。入组条件: (1) 经上消化道造影、电子显微胃镜证实为食管癌, 病理为鳞状细胞癌和腺癌; (2) 年龄大于或等于 70 岁, Karnofsky > 60 分; (3) 无心、肝、肾等主要脏器严重功能障碍, 预计生存期大于或等于 3 个月; (4) 无穿孔征象; (5) 拒绝手术或经多学科会诊认为不宜进行手术治疗的食管癌初治患者。患者均签署放、化疗同意书。临床分期采用 2012 年美国国立综合癌症网络(NCCN)指南 TNM 分期标准, 其中 I/II 期 13 例、III 期 30 例、IV 期 9 例。

1.2 方法

1.2.1 放射治疗 所有患者均采用西门子 6 MV 直线加速器进行三维适形放疗^[2]。三维适形放疗: 先采用真空垫进行体位固定, CT 扫描后拷贝影像资料勾画靶区, 原发肿瘤大体肿瘤体积(GTV)为原发肿瘤及局部肿大的淋巴结, 原发肿瘤临床靶体积(CTV)为 GTV 外扩 0.5~1.0 cm 的区域, 包括 GTV 及其临近区域、相应的淋巴引流区、肿瘤上下外扩 3.0 cm 的正常食管, 原发肿瘤计划靶体积(PTV)在 CTV 基础上外扩 0.5~1.0 cm。单次剂量 2.0 Gy, 每天 1 次, 1 周 5 次, 处方剂量 50~70 Gy, 中位处方剂量 64 Gy^[3]。要求参考剂量的 95% 等剂

量曲线覆盖 90% 的 PTV, 脊髓最大剂量小于 45 Gy, 全肺 V20 ≤ 30%, V30 ≤ 20%, 心脏平均剂量小于或等于 30 Gy。所有计划均经过副主任医师以上医师审核、优化、通过。

1.2.2 化疗 同步放、化疗患者仔细评估各器官功能状态, 有无并发症及化疗禁忌证以决定是否进行化疗。化疗方案: 顺铂(DDP) 20 mg/m² 静脉滴注 1~5 d, 5-氟尿嘧啶(5-FU) 650~1 000 mg/m² 静脉滴注 1~5 d; 28 d 为 1 个化疗周期, 化疗 2~4 个周期^[4]。在应用化疗同时常规应用西咪替丁、甘草酸苷保护胃及肝, 应用托烷司琼预防消化道反应, 应用 DDP 时要水化, 在心功能允许的前提下静脉输注足够液体量, 同时也在 DDP 前后应用甘露醇 150 mL 利尿, 保护肾脏。每周查血, 出现 IV 度骨髓抑制时化疗减量或改为单纯放疗。

1.2.3 支持治疗 给予必要的支持治疗, 包括: 疼痛治疗、营养支持治疗及放置胃管等。

1.2.4 并发症的管理 老年患者并发症较多, 是影响放、化疗耐受的常见原因。因此, 在治疗前应用多学科对老年食管癌患者进行全面评价, 制订出治疗方案后请心血管、呼吸科医师会诊指导治疗, 实现个体化治疗, 提高患者生存质量。

1.2.5 随访 患者完成治疗 6 周后开始随访, 3 个月 1 次, 持续 2 年, 然后每 6 个月 1 次至疾病进展或死亡。随访内容包括症状、体征及辅助检查(CT、食管造影、B 超等), 如果为复发病例最好有组织病理切片。

1.3 统计学处理 采用 SPSS17.0 软件进行统计分析, 用 Kaplan-meier 法计算生存率, 用对数秩和检验(Log-rank test 法)进行单因素分析, 应用 Cox 比例风险模型进行多因素回归分析影响预后的因素, 以 P < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结 果

入组患者单纯放疗剂量大于 54 Gy, 或者同步化疗 2 个周期以上及放疗剂量大于 50 Gy 的患者均可进行后续疗效评价^[5]。1 例患者因非放疗因素中断放疗, 剂量为 DT 50 Gy, 完