

53 例术后宫颈癌患者近期疗效观察 *

王义善¹ 杨柯¹ 胡蓉蓉¹ 谷金² 赵腾达³

(1 滨州医学院附属解放军第 107 医院全军肿瘤无创诊疗中心 山东烟台 264002; 2 山东省巨野县人民医院 巨野 274900; 3 滨州医学院 山东滨州 256603)

摘要:目的:观察三维适形放射治疗(3DCRT)联合热疗对宫颈癌的临床疗效,微波热疗次数与疗效关系及 3DCRT 联合热疗与放射并发症的关系。方法:53 例患者中,采用 3DCRT 29 例(3DCRT 组),3DCRT 联合热疗治疗 24 例(3DCRT 联合热疗组)。治疗结束后,统计分析两组临床疗效及放射反应的差异,并分析微波热疗次数与疗效关系。结果:3DCRT 组有效率为 72.41%,3DCRT 联合热疗组有效率为 83.33%;微波热疗次数 ≥ 4 次有效率为 90.00%, < 4 次有效率为 75.00%;放射并发症近期反应中,3DCRT 组直肠反应的发生率为 37.9%,3DCRT 联合热疗组发生率为 29.2%;3DCRT 组膀胱反应发生率为 17.2%,3DCRT 联合热疗组发生率为 12.5%;远期放射反应中,3DCRT 组轻、中度放射性直肠炎发生率为 13.8%,3DCRT 联合热疗组发生率为 8.3%;3DCRT 组放射性膀胱炎发生率为 10.3%,3DCRT 联合热疗组发生率为 8.3%。两组之间差异有显著性($P < 0.05$)。结论:3DCRT 联合热疗能更有效地控制肿瘤的发展,更有效地控制放射并发症;微波治疗次数与疗效呈正相关。

关键词:3DCRT; 热疗; 宫颈癌; 综合治疗

中图分类号:R 737.33

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.03.036

宫颈癌是女性最常见生殖道恶性肿瘤之一,其发病率仅次于乳腺癌,严重威胁着妇女的健康与生命。据报道,全球每年大约有 50 万新发病例,其中 80% 在发展中国家^[1]。在我国,每年新增宫颈癌患者约 13.15 万,占全世界新发病例的 28.20%,其发病呈明显年轻化趋势^[2]。解放军第 107 医院全军肿瘤无创诊疗中心对 24 例宫颈癌患者采用 3DCRT 联合热疗治疗,所有患者经病理和临床确诊,治疗效果满意,并与 29 例宫颈癌患者采用 3DCRT 进行对比观察。现报道如下:

1 对象与方法

1.1 临床资料 2005 年 4 月~2009 年 5 月在解放军第 107 医院全军肿瘤无创诊疗中心住院治疗的宫颈癌术后患者。所有病例按 FIGO(1994)分期标准进行临床分期。纳入标准:(1) 所有患者均为 Ia~IIb 期宫颈腺癌或鳞癌。(2) 常规血、尿及肝肾功能检查正常,心肺功能良好。(3) 术前均未行任何与肿瘤有关的处理。(4) 均行手术治疗。排除标准:(1) 转移性肿瘤、非上皮来源肿瘤、合并其他全身性疾病。(2) 伴发其他恶性肿瘤或有任何恶性肿瘤病史、有远处转移者。(3) 术前接受放疗或化疗治疗者。(4) 因各种原因未完成本研究中计划治疗方案者。符合上述纳入标准的 53 例患者,年龄 29~50 岁,中位年龄为 43 岁,其中腺癌 14 例,鳞癌 39 例。将所有患者按治疗方案的不同分为两组,3DCRT 组 29 例,3DCRT 联合热疗组 24 例。两组在年龄、病理类型、放疗剂量方面无显著性差异,具有可比性。

1.2 治疗方法 3DCRT 组采用三维适形放射治疗(3DCRT),所有患者均仰卧位,范围从胸 8 至阴道残端下方。3DCRT 联合热疗组在放疗前给予

WE-2012-A 型 915 MHz 多功能微波热疗机热疗,温度控制在 $(42 \pm 1)^\circ\text{C}$,时间为升至要求温度后持续 30~40 min,每周 3 次,2~3 周为 1 个疗程。微波热疗均于放疗前 2 h 内进行。

1.3 疗效标准 根据 WHO 实体瘤的近期疗效标准评价。完全缓解(CR):可见病灶完全消失,至少维持 4 周以上。部分缓解(PR):肿块缩小 $> 50\%$,维持 4 周以上,无新病灶出现,无任何病灶的增长恶化。无变化(NC):肿块缩小 $< 50\%$ 或增大 $< 25\%$,无新的病灶出现。恶化(PD):肿块增大 $> 25\%$ 或出现新病灶。

1.4 统计学处理 采用 SPSS13.0 统计软件包进行处理,采用 χ^2 检验。

2 治疗结果

2.1 客观疗效 所有患者在治疗结束或 1~2 个月内复查 CT,其中 3 例因经济等原因中断治疗。3DCRT 组有效率为 72.41%,3DCRT 联合热疗组有效率为 83.33%,经统计学处理,两组差异有显著性($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 53 例宫颈癌患者临床疗效 例

组别	n	CR	PR	NC	中断	CR+PR	有效率(%)
3DCRT 组	29	10	11	5	3	21	72.41
3DCRT 联合热疗组	24	12	8	4	0	20	83.33

注:两组有效率比较, $P < 0.05$ 。

2.2 微波热疗次数与疗效的关系 53 例患者中,24 例参与了微波热疗,根据肿瘤大小、病理类型、体质状况等的不同,有计划有针对性地进行热疗。根据热疗次数的不同,可分为两个组, ≥ 4 次 20 例,有效率为 90.00%; < 4 次 4 例,有效率为 75.00%:两组之间差异有显著性($P < 0.05$)。见表 2。

(下转第 59 页)

* 基金项目:全军科技攻关计划基金资助项目(06G034)

前 PTCO 引流 2 周, 并未能使肝脏得以充分的恢复, 免疫功能亦未能恢复, 而需要更长时间。Sewnath 等^[5]、连佩忠^[6]认为术前减黄不但没有减少手术的危险性, 反而会增加术后并发症的发生, 增加住院时间及治疗费用, 因此认为术前减黄并非必要。

梗阻性黄疸病人多有营养不良、维生素 K 缺乏, 使免疫功能低下, 组织修复力减弱, 是术中术后出血、术后切口裂开、感染和吻合口瘘的主要因素。故手术前后应加强静脉营养疗法 (TPN), 减少切口裂开及各种瘘等并发症。为降低感染率, 应加强技术操作, 减少污染, 预防感染, 围手术期须正确使用抗生素, 根据 2003 年卫生部《应用抗生素药物防治外科感染的指导意见》, 手术时应预防性应用抗胆道常见的革兰氏阴性杆菌和厌氧菌 (如脆弱类杆菌) 的第三代头孢霉素类抗生素。

总之, 对梗阻性黄疸患者应积极处理凝血机制障碍, 纠正贫血及低蛋白血症, 减轻内毒素血症, 积

极防治肝肾综合征的诱发因素, 及时发现导致急性肾小管坏死的危险因素, 避免使用肾毒性药物, 保护肾功能, 控制和预防感染, 术中选择合适的术式, 解除胆道梗阻, 尽快恢复肝脏功能, 术后加强营养, 监测肾功能, 积极处理并发症。

参考文献

- [1]Pitt HA.Factors affecting mortality in biliary tract surgery [J].Am J Surg,1981,141:66
- [2]Dixon JM,Armstrong CP,Dutty SW,et al.Factors affecting morbidity and mortality after surgery for obstructive jaundice:a review of 373 patients [J].Gut,1983,24(9):845
- [3]Pain JA.Perioperative complications in obstructive jaundice:therapeutic considerations[J].Br J Surg,1985,72: 942
- [4]黄志强.现代腹部外科学[M].长沙:湖南科学技术出版社,1995. 413-414
- [5]Sewnath ME,Birjmohun RS,Rauws EA,et al.The effect of preoperative biliary drainage on postoperative complications after pancreaticoduodenectomy[J].Am Coll Surg,2001,192:726-734
- [6]连佩忠.恶性梗阻性黄疸术前胆道引流对预后的影响[J].中国基层医药,2002,9(12):1 080

(收稿日期: 2011-03-11)

(上接第 57 页)

表 2 微波热疗次数与疗效的关系 例

微波热疗次数	n	CR	PR	NC	中断	CR+PR	有效率
≥4 次	20	12	6	1	1	18	90.00
<4 次	4	1	2	1	0	3	75.00

注: 两组有效率比较, $P < 0.05$ 。

2.3 放射并发症与治疗方法的关系 放疗近期并发症中出现最早、最多见的是直肠反应, 表现为大便次数增多、黏液便及腹痛等, 3DCRT 组发生率为 37.9%, 3DCRT 联合热疗组发生率为 29.2%, 两组差异有显著性 ($P < 0.05$); 膀胱反应主要表现为尿道刺激症, 3DCRT 组发生率为 17.2%, 3DCRT 联合热疗组发生率为 12.5%, 两组差异有显著性 ($P < 0.05$); 远期并发症主要表现为轻、中度放射性直肠炎和放射性膀胱炎, 3DCRT 组轻、中度放射性直肠炎发生率为 13.8%, 3DCRT 联合热疗组发生率为 8.3%, 两组差异有显著性 ($P < 0.05$); 3DCRT 组放射性膀胱炎发生率为 10.3%, 3DCRT 联合热疗组发生率为 8.3%, 两组差异有显著性 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 放射并发症与治疗方法的关系 例 (%)

组别	近期并发症		远期并发症	
	直肠反应	膀胱反应	放射性直肠炎	放射性膀胱炎
3DCRT 组	11 (37.9)	5 (17.2)	4 (13.8)	3 (10.3)
3DCRT 联合热疗组	7 (29.2)	3 (12.5)	2 (8.3)	2 (8.3)

3 讨论

目前, 放射治疗仍然是宫颈癌最重要的治疗手段之一。常规放射治疗采用体外全盆照射或 (和) 四野照射, 消化道和泌尿系统的急慢性并发症发生率较高, 三维适形放疗 (3DCRT) 是一种替代传统体外照射的有效方法, 该技术可减少盆腔内正常组织耐受量、降低急慢性并发症发生率, 弥补了常规放疗

的不足。此外, 热疗也是肿瘤的主要治疗手段。热疗治疗肿瘤是应用各种致热源的热效应, 将肿瘤区或全身加热至有效治疗温度范围并且维持一定时间从而杀灭肿瘤细胞的一种方法。热疗不但可以直接杀灭肿瘤细胞, 与放射治疗联合可增强放射对细胞的效应, 克服二者缺陷, 起到协调增敏作用。Nozoe 等^[3]对 136 例食管癌患者术前采用放热化疗治疗, 结果显示放热化疗比放化疗有效率明显提高。Jones 等^[4]将 108 例表浅肿瘤分为热疗组和单放组, 结果热疗组 CR 为 66.1%, 单放组 CR 为 42.3%, 差异具有显著性。热疗不但对肿瘤细胞具有优势互补的协调或相加作用, 还可以明显提高疗效^[5]。热疗作为一种新疗法, 在与放疗或化疗联合治疗肿瘤中取得的效果是毋庸置疑的, 肿瘤热放疗的综合治疗已经在国内外很多医院逐渐开展起来, 为临床治疗肿瘤开拓了广阔的应用前景。

参考文献

- [1]Ferlay J,Bray F,Parkin DM.Globocan 2002:Cancer incidence, mortality and Prevalence world wide [M].Lyon(France):International Agency for Research on Cancer(ICRC Press),2005.74-108
- [2]李连弟, 鲁凤珠, 张思维, 等.中国恶性肿瘤死亡率 20 年变化趋势和近期预测分析[J].中华肿瘤杂志, 1997,19(1):3
- [3]Nozoe T,Saeki H,Ito S,et al.Preoperative hyperthermochemoradiotherapy for esophageal carcinoma [J].Surgery,2002,131 (1Suppl):35-38
- [4]Jones EL,Oleson JR,Prosnitz LR,et al.Randomized trial of hyperthermia and radiation for superficial tumors [J].J Clin Oncol, 2005,23(13):3 079-3 085
- [5]Terashima.Hyperthermia of malignant tumors [J].Fukuoka Igaku Zasshi,2004,95(4):89-97

(收稿日期: 2010-09-09)