

## 放射介入联合治疗妇科恶性肿瘤的临床效果观察

黄 锋

(上海市奉贤区中心医院放射科, 上海 201499)

**摘 要:** **目的** 探讨放射介入联合治疗妇科恶性肿瘤的临床效果。 **方法** 选取 2014 年 1 月至 2015 年 1 月在我院治疗的妇科恶性肿瘤患者 81 例,根据治疗方式分为观察组 42 例(行放射介入联合治疗)和对照组 39 例(行腹腔镜切除术),观察两组患者临床症状缓解、肿块消退等效果。 **结果** 观察组临床症状缓解 0~2 级为 34 例,总有效率明显高于对照组(80.95% vs 56.85%) ( $P<0.05$ );观察组肿块消退总有效率明显高于对照组的(73.81% vs 46.15%) ( $P<0.05$ );两组生存率(1、2 年)及并发症差异无统计学意义。 **结论** 放射介入联合治疗妇科恶性肿瘤有较好治疗疗效,值得在临床推广。

**关键词:** 妇科恶性肿瘤; 放射; 介入; 临床效果

**中图分类号:** R737.3 **文献标识码:** A

## Clinical Observation of gynecologic malignant tumors Treated by Combination of Radiation and Intervention

HUANG Feng

(Department of Radiology, Shanghai Fengxian Center hospital, Shanghai 201499, China)

**Abstract:** **Objective** To investigate the clinical effect of combined therapy of radiation and intervention with gynecologic malignant tumors. **Methods** 81 cases of gynecologic malignant tumor patients was selected in our hospital from Jan 2014 to Jan 2015, according to the treatment methods were divided into the observation group 42 cases (radiation and intervention therapy) and control group 39 cases (laparoscopic surgery), the clinical symptoms remission, tumor regression in the two groups of patients were observed. **Results** The clinical symptoms remission 0~2 level in the observation group was 34 cases, total effective rate of the observation group was significantly higher than the control group (80.95% vs 56.85%) ( $P<0.05$ ); Compared to the control group, the regression total effective rate was significantly higher (46.15% vs 73.81%) ( $P<0.05$ ); There was no significant difference in survival rates (1 and 2 years) and complication rate between the two groups. **Conclusion** Radiation intervention treatment of gynecologic malignant tumors with a better therapeutic effect, and is worthy of promotion.

**Key words:** gynecologic malignant tumors; radiation; intervention; clinical effect

随着社会进步人民生活水平的提高,妇科恶性肿瘤已成为妇科常见肿瘤,主要包括卵巢瘤、子宫颈癌和子宫内膜瘤等,严重威胁女性的生命<sup>[1]</sup>。手术切除、局部放射治疗及药物化疗是其传统治疗方法<sup>[2]</sup>。随着放射诊断学设备的日渐完善和放射介入技术的成熟,放射介入技术在临床治疗妇科恶性肿瘤方面得到了较为广泛的应用,而且其在减轻患者痛苦,提高生存质量,延长生存时间等方面具有更

明显的优势而被广大患者所接受<sup>[3]</sup>。为了进一步探讨放射介入联合治疗妇科恶性肿瘤的临床有效性和安全性,为今后临床治疗提供一定的参考,本文对本院治疗的 81 例妇科恶性肿瘤患者结果报告如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2014 年 1 月~2015 年 1 月在本院治疗的妇科恶性肿瘤患者 81 例,年龄 31~62 岁,平均年龄(51.07±9.52)岁。纳入标准:(1)均经

CT、彩超、妇科及术后或活检病理证实;(2)入选前未接受过任何治疗;(3)病理分期<Ⅱa期;(4)患者及家属知情同意并签署同意书。排除标准:(1)有心、肝、肾功能障碍,凝血障碍;(2)依从性差,不能配合治疗及随访。根据治疗方式的不同分为观察组 42 例和对照组 39 例,两组患者在年龄,病理类型等一般资料比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),见表 1。

表 1 两组一般资料比较

| 组别           | 例数 | 年龄(岁)      | 病理类型  |      |     |
|--------------|----|------------|-------|------|-----|
|              |    |            | 子宫颈瘤  | 子宫内瘤 | 卵巢瘤 |
| 观察组          | 42 | 50.13±5.13 | 12    | 20   | 10  |
| 对照组          | 39 | 51.72±6.10 | 16    | 14   | 9   |
| $t/\chi^2$ 值 |    | -1.273     | 1.574 |      |     |
| $P$ 值        |    | 0.762      | 0.455 |      |     |

**1.2 治疗方法** 对照组 39 例病人采用腹腔镜下子宫切除和广泛盆腔淋巴结切除术方法。主要操作步骤包括:将患者放置平卧姿态,头部降低、臀部抬高;超声刀顺输尿管走向,缓慢前移,至近骶韧带子宫附着处停止,依次离断圆韧带、骨盆漏斗韧带、阔韧带前叶以及子宫膀胱返折腹膜,之后经膀胱宫颈间隙推至膀胱,逐次对髂总、髂外、腹股沟深淋巴结进行清扫,寻找闭孔神经,然后离断子宫动脉和膀胱宫颈韧带,通过输尿管隧道前叶到达膀胱后离断子宫主韧带,经阴道取出子宫及清除的淋巴结,最后腹腔镜下冲洗盆腔,彻底止血,放置腹腔引流<sup>[4]</sup>。

观察组采用 Seldinger 穿刺法,选用 5.0F Cobra 导管经一侧股动脉插管,分别将导管插入双侧髂内动脉及双侧子宫动脉造影,进一步明确诊断肿瘤区域分辨出肿瘤供血血管、正常组织供血血管以及肿瘤侵犯范围,以便确定如何分配化疗药物及栓塞剂的剂量<sup>[5]</sup>。顺铂是妇科恶性肿瘤放射介入治疗的主要化疗药物,再联合其他化疗药物比如:表柔比星 20~40 mg,阿霉素 20~40 mg,丝裂霉素 10~20 mg,卡铂 100~400 mg,5Fu250~1 000 mg,环磷酰胺 200~800 mg,视患者病情,一般可选择 2~4 种联合用药。栓塞剂选用明胶海绵或超液态碘化油。

**1.3 疗效标准** 妇科恶性肿瘤症状主要包括:患者腹部肿胀疼痛、有肿瘤引起的肛门坠胀、阴道分泌物异常、不规则出血以及便秘等。临床症状缓解标准分为 5 个级别,其中完全缓解为 0,明显缓解为 1,中度缓解为 2,轻度缓解为 3,未缓解为 4。总有效

率为 0、1、2 的总和。肿块消退标准:CR 为病灶完全消失,PR 为病灶缩小 $\geq 50\%$ 以上,NC 为病灶缩小 $< 50\%$ 或增大 $< 25\%$ ,PD 为病灶增大 $\geq 25\%$ 或出现新病灶。总有效率为 CR 和 PR 之和。

**1.4 统计学处理** 数据整理分析采用 SPSS19.0,计量资料采用  $\bar{x}\pm s$  表示,组间比较使用  $t$  检验,计数资料比较使用  $\chi^2$  检验,等级资料比较采用 Mann-Whitney U 检验。检验水准  $\alpha=0.05$ 。

2 结 果

**2.1 两组患者临床症状缓解情况** 观察组治疗后 2 周临床症状缓解总有效率为 80.95%,明显高于对照组的 56.85% ( $P<0.05$ ),见表 2。

表 2 两组患者临床症状缓解情况(例)

| 组别  | $n$ | 0 级 | 1 级 | 2 级 | 3 级 | 4 级 | $z$    | $P$   |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------|-------|
| 观察组 | 42  | 13  | 13  | 8   | 6   | 3   | -3.171 | 0.002 |
| 对照组 | 39  | 5   | 4   | 12  | 10  | 8   |        |       |

**2.2 两组患者肿块消退比较** 观察组治疗后 2 个周期治疗后 4 周肿块消退总有效率为 73.81%,明显高于对照组的 46.15%,两组肿块消退差异有统计学意义( $P<0.05$ ),观察组肿块消退效果明显高于对照组,见表 2。

表 3 两组患者肿块消退比较(例)

| 组别  | $n$ | CR | PR | NC | PD | $z$    | $P$   |
|-----|-----|----|----|----|----|--------|-------|
| 观察组 | 42  | 17 | 14 | 8  | 3  | -2.786 | 0.005 |
| 对照组 | 39  | 7  | 11 | 13 | 8  |        |       |

**2.3 两组 1、2 年生存率比较** 观察组 1、2 年生存率分别为 95.24% (40/42) 和 88.10% (37/42),对照组 1、2 年生存率分别为 89.74% (35/39) 和 76.92% (30/39),两组 1、2 年生存率比较差异无统计学意义。( $\chi^2=0.89$  和  $1.766, P>0.05$ )。

**2.4 两组并发症情况比较** 观察组出现尿潴留和尿路感染 1 例,臀部及会阴皮肤溃烂坏死 3 例,并发症发生率为 7.14%;对照组出现术中血管损伤致出现过多 3 例,阴道间隙及膀胱宫颈韧带损伤 4 例,并发症发生率为 17.95%,两组并发症比较差异无统计学意义( $\chi^2=1.223, P>0.05$ )。

### 3 讨 论

在妇科恶性肿瘤患者中一部分患者由于其肿瘤病灶大,腹腔淋巴结有转移等原因而无法进行手术治疗,另外全身静脉化疗及放疗因其副反应重,疗效差对晚期肿瘤患者的治疗有一定的难度<sup>[6]</sup>。因此对妇科恶性肿瘤患者中不可切除或接受静脉化疗及放疗后复发的来说最有效的一种治疗方法即为放射介入技术。所谓放射介入技术是指借助放射诊断学设备(数字减影X线机CT机核磁共振机和常规X线机等)将特定的器械通过微小的创口或人体腔道导入人体病变部位进行治疗的临床应用技术,其主要包括化疗灌注和化疗栓塞<sup>[7]</sup>。

手术治疗是指通过开腹、腹腔镜、经阴道等不同的途径进入腹腔对病灶甚至包括病灶寄生的子宫进行切除,从而达到彻底治疗的目的<sup>[8]</sup>。放射介入治疗相对于手术跟治疗来说具有无需开刀损伤小、无需全身麻醉、效果好恢复快而且最大程度上保护和保留了正常组织和器官等优点,尤其对于晚期手术无法根治的恶性肿瘤,放射介入治疗可以把药物最大程度的局限在病变部位以减少对身体其他器官的副作用<sup>[9]</sup>。大量研究表明,化疗灌注方法可使盆腔组织内药物浓度较外周血高4~22倍,对肿瘤细胞具有更轻强的杀伤力,而对全身免疫系统影响较小<sup>[10-11]</sup>。另有报道显示,无论化疗灌注还是化疗栓塞,或是化疗灌注加栓塞相结合都可以通过选择性阻断血管对肿瘤供血,提高病灶局部血药浓度,从而遏制了肿瘤的快速生长,使其易与周围组织剥离,可以大大提高后期手术的安全性、成功率和生存率,并能降低肿瘤的复发率和转移的可能性<sup>[12-13]</sup>。

上述研究结果显示,观察组中在临床症状缓解和肿块消退情况两方面均比对照组要好得多,进一步证实了放射介入治疗效果以及对器官的损伤低等优点。妇科肿瘤血供多来自髂内动脉,抗癌药物经髂内动脉灌注进入病变动脉内,大大提高了盆腔病灶部位的药物浓度。有研究报道,化疗灌注后病灶部位的血药浓度是全身静脉给药的8~9倍,从而控制肿瘤生长,同时减少淋巴结转移的可能,增强抗肿瘤效果<sup>[14-15]</sup>。

由于高浓度大量的化疗药物快速注入患者的臀下动脉、阴部内动脉,容易致使患者的坐骨神经及股神经缺血损伤出现尿潴留或尿路感染现象,还会导致臀部及会阴部皮肤粘膜组织疼痛、缺血、坏死、溃

瘍。本研究中,观察组42例患者中只有4例患者发生并发症,其中1例为尿潴留和尿路感染,3例为臀部及会阴皮肤溃烂坏死。但通过抗炎、换药等处置均痊愈。然而对照组中出现的3例术中血管损伤致出血过多和4例阴道间隙及膀胱宫颈韧带损伤并发症对患者生命和今后生活质量带来较大威胁和不便。这一临床结果表明放射介入治疗妇科恶性肿瘤较手术治疗有更高的安全性和稳定性。

综上所述,在现行妇科恶性肿瘤治疗方法中放射介入治疗是不仅安全、有效、而且副作用相对较小,值得临床推广。

#### 参考文献:

- [1] Hansen A, Rosenbek Minet LK, SØgaard K, et al. The effect of an interdisciplinary rehabilitation intervention comparing HRQoL, symptom burden and physical function among patients with primary glioma: an RCT study protocol[J]. BMJ Open, 2014, 4(10): 4889-4892.
- [2] 高琨, 黄蕾, 李力. 妇科肿瘤放疗所致尿瘘处理[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2014, 30(7): 517-521.
- [3] 魏丽惠. 妇科恶性肿瘤诊治发展现状和策略[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2014, 30(1): 1-2.
- [4] 张亚军, 孙庆芬, 顾彩霞, 等. 某院妇科手术部位感染目标性监测及干预[J]. 中国感染控制杂志, 2013, 12(3): 205-207.
- [5] 石莉, 周树林, 姜涛, 等. 妇科恶性肿瘤相关的多发性原发性恶性肿瘤30例临床分析[J]. 中华妇产科杂志, 2014, 49(3): 199-203.
- [6] 彭楠, 张培海, 韩建奎, 等. 18F-FDG PET/CT检测妇科恶性肿瘤腹膜后淋巴结转移的临床价值[J]. 实用妇产科杂志, 2015, 31(1): 30-34.
- [7] Klement R J, Sweeney R A. Impact of a ketogenic diet intervention during radiotherapy on body composition: I. Initial clinical experience with six prospectively studied patients[J]. BMC Research Notes, 2016, 9(1): 1-13.
- [8] 张宇慧, 周顺科. 子宫肌瘤介入治疗近展[J]. 介入放射学杂志, 2013, 22(4): 340-345.
- [9] 葛倩倩, 陈秀芹. 术中开放后腹膜对妇科恶性肿瘤患者术后淋巴囊肿形成的影响[J]. 中国现代医学杂志, 2016, 26(13): 85-88.
- [10] 何秀丽, 兰竹, 孔德娜, 等. 超声介入治疗妇科恶性肿瘤术后盆腔淋巴囊肿的疗效分析[J]. 中国临床医学影像杂志, 2013, 24(9): 668-669.
- [11] 程晓东, 谢幸. 妇科恶性肿瘤手术后淋巴回流障碍的预防与处理[J]. 实用妇产科杂志, 2014, 30(9): 652-653.

(下转第84页)

仍无法排除诸如肿瘤大小、病理类型、化疗方案(FOLFOX6 vs.FOLFOX7)等差异对结果的影响,另一方面,本研究的脱落率高达10%,后期的随访工作稍显不足,因此进一步研究应继续收入样本,扩大样本量,延长患者的随访时间,以获得关于TS基因生物标志物与FOLFOX方案化疗疗效和安全性之间更多的数据,为结直肠癌的个体化治疗提高更充分的数据参考。

#### 参考文献:

- [1] 代珍,郑荣寿,邹小农,等.中国结直肠癌发病趋势分析和预测[J].中华预防医学杂志,2012,7(7): 598-603.
- [2] 张雷,傅仲学.结直肠癌新辅助治疗进展[J].重庆医学,2013,42(5): 581-583.
- [3] Hebbbar M, Chibaudel B, André T, et al. FOLFOX4 versus sequential dose-dense FOLFOX7 followed by FOLFIRI in patients with resectable metastatic colorectal cancer (MIROX): a pragmatic approach to chemotherapy timing with perioperative or postoperative chemotherapy from an open-label, randomized phase III trial[J]. Ann Oncol, 2015, 26(2): 340-347.
- [4] 黄展宝,颜丽萍,李弘,等.氟尿嘧啶缓释剂对人结直肠癌裸鼠促肿瘤凋亡的机制研究[J].安徽医科大学学报,2013,48(2): 107-110.
- [5] Sasako M, Terashima M, Ichikawa W, et al. Impact of the expression of thymidylate synthase and dihydropyrimidine dehydrogenase genes on survival in stage II/III gastric cancer[J]. Gastric Cancer, 2015, 18(3): 538-548.
- [6] Kobayashi H, Kotake K, Sugihara K. Prognostic scoring system for stage IV colorectal cancer: is the AJCC sub-classification of stage IV colorectal cancer appropriate[J]. Int J Clin Oncol, 2013, 18(4): 696-703.
- [7] 詹天成,李明,顾晋.解读美国结直肠医师协会2013直肠癌治疗指南[J].中华胃肠外科杂志,2013,16(8): 701-707.
- [8] 张京晶,孟琼,常巍,等.肿瘤临床疗效评价研究现状与进展[J].癌症,2010,29(2): 250-254.
- [9] 王明,李兴德,朱中成.DPYD, TYMS及MTHFR基因表达与直肠癌放化疗敏感性的关系[J].现代肿瘤医学,2015,23(12): 1697-1700.
- [10] 周守兵,蒋华,李文娟,等.胸苷酸合成酶,胸苷酸磷酸化酶的表达与培美曲塞时辰化疗的疗效分析[J].肿瘤防治研究,2012,39(10): 1202-1206.
- [11] Sulzyc-Bielicka V, Domagala P, Bielicki D, et al. Thymidylate synthase expression and p21WAF1/p53 phenotype of colon cancers identify patients who may benefit from 5-fluorouracil based therapy[J]. Cell Oncol, 2014, 37(1): 17-28.
- [12] 冯莉,王贵英.老年晚期结直肠癌患者肿瘤组织胸苷酸合成酶表达与氟尿嘧啶敏感性,副反应及预后的关系[J].中国老年学杂志,2014,35(6): 1474-1476.
- [13] 马韬,于颖彦,计骏,等.二氢嘧啶脱氢酶(DPD)与胸苷酸合成酶(TS)在结直肠癌中的表达及预后价值[J].现代肿瘤医学,2009,17(7): 1292-1295.

(本文编辑:蒋湘莲)

(上接第74页)

- [12] 金龙.积极推进妇产科介入放射学的临床应用[J].中国介入影像与治疗学,2015(7): 389-390.
- [13] D'Andrea MA, Reddy GK. Management of metastatic malignant thymoma with advanced radiation and chemotherapy techniques: report of a rare case[J]. World Journal of Surgical Oncology, 2015, 13(1): 1-5.
- [14] 马奔,曾北蓝.子宫动脉栓塞术所致严重并发症的思

考[J].中国实用妇科与产科杂志,2015,31(10): 915-918.

- [15] Perz J, Ussher JM. A randomized trial of a minimal intervention for sexual concerns after cancer: a comparison of self-help and professionally delivered modalities[J]. BMC Cancer, 2015, 15(1): 1-16.

(本文编辑:秦旭平)