

## 【诊断·治疗】

## 老年局部晚期直肠癌术前放疗同步希罗达化疗的临床观察

段伟<sup>1</sup>, 庞宝华<sup>2</sup>, 康婷<sup>1</sup>, 刘敏<sup>1</sup>

中图分类号: R815.6 文献标识码: B 文章编号: 1004-714X(2011)04-0493-01

**【摘要】** 目的 观察老年局部晚期直肠癌术前放疗同步希罗达化疗的疗效及不良反应。方法 24 例局部晚期直肠癌患者, 年龄 65~70 岁。希罗达从放疗第 1 天开始服用, 1 500mg/m<sup>2</sup>/d, 间隔 12h, 分 2 次口服, 连续服用 14d, 休息 7d 为一个周期, 共治疗 2 个周期, 同步进行 6 MV X 射线盆腔照射 (45~50) Gy/5 周; 不能手术者肿瘤区加量至 (64~66) Gy/(6~7) w。结果 24 例可评价疗效, 完全缓解 (CR) 3 例 (12.5%), 部分缓解 (PR) 10 例 (41.7%), 总有效率 54.2%。病情稳定 (SD) 9 例 (37.5%)。10 例 (41.7%) 患者接受了手术治疗。常见不良反应为腹泻、食欲减低、骨髓抑制, 少数患者出现了手足综合征, 但多为 I~II 级。经对症处理后均好转。结论 联合希罗达同步放化疗在老年局部晚期直肠癌患者中效果较好, 耐受性良好。

**【关键词】** 老年直肠癌; 放射治疗; 希罗达

近年来由于生活水平的提高, 直肠癌在我国的发病率可能有上升趋势。局部晚期直肠癌术前同步放化已成为标准治疗。我科自 2007 年 10 月~2009 年 6 月共收治 24 例老年局部晚期直肠癌患者, 给予术前放疗同步希罗达化疗, 现将结果报告如下。

## 1 资料和方法

1.1 一般资料 选择 2007 年 10 月至 2009 年 6 月在我科治疗的 24 例老年患者为研究对象, 其中男 15 例, 女 9 例, 年龄 65~70 岁, 中位年龄 67.5 岁。均经病理学检查确诊: 高分化腺癌 10 例, 中分化腺癌 8 例, 低分化腺癌 6 例, 卡氏评分 (KPS) > 70 分。经外科确认局部肿瘤固定无法行手术切除, 患者均经盆腔 CT 或 MRI 检查, 有能准确测量的肿瘤病灶, 且无肝、肺、脑等远处转移。患者治疗前查血常规、肝肾功能基本正常。

1.2 治疗方法 选择 24 例老年局部晚期直肠癌患者, 放疗同步口服希罗达, DT50Gy 后行盆腔 MRI 或 CT 检查, 请外科会诊能否行手术切除, 若能 4~6w 后行手术切除, 若不能或不愿手术者则加量至 64~66Gy。放疗和希罗达化疗的方法如下。

1.2.1 化疗方法 希罗达 1 500mg/m<sup>2</sup>/d, 间隔 12h, 分 2 次口服, 连续服用 2 周, 休息 1 周为 1 个疗程; 放射治疗期间, 共用药两个周期。

1.2.2 放疗方法 采用常规等中心 3 野照射, 照射范围包括大体肿瘤、骶前软组织、髂内血管周围淋巴引流区。照射野采用 1 个后野、2 个侧野。后野的上界为 L5 椎体下缘, 下界为闭孔下缘, 肿块位于下段的, 则下界位于肛门口。外界真骨盆外放 1cm, 2 个侧野后界包括骶骨外侧皮质, 前界在钡剂显示直肠前壁前 2~3cm 处。患者采用俯卧位, 三个野的剂量比为 2:1:1, 侧野用 30 度楔形板。6MV-X 射线常规分割, 真骨盆达 DT50Gy 后, 不能手术者缩野, 肿瘤区加量至 DT 64~66Gy。

## 1.3 评价标准

1.3.1 疗效判定标准 根据世界卫生组织实体瘤疗效评价标准, 分为完全缓解 (CR): 所有病灶完全消失, 至少维持 4 周; 部分缓解 (PR): 肿瘤缩小 50% 以上, 至少维持 4 周; 无变化 (SD): 肿瘤缩小不足 50% 或增大未超过 25%; 病变进展 (PD): 一个或多个肿瘤病灶增大超过 25% 或出现新病灶。CR+PR 为有效。本组患者以放疗结束后 1 个月盆腔 CT 或 MRI 评价疗效。

1.3.2 不良反应 根据 WHO 标准, 不良反应分为 4 度: 1 度

是指轻微反应; 2 度是指中度反应; 3 度为严重反应; 4 度是可以致命的严重不良反应。治疗期间每周查血常规一次, 每周期化疗前后查肝肾功能、心电图, 并详细记录治疗期间患者的不良反应。

1.4 统计学方法 应用 SPSS15.0 统计分析软件, 两组间比较采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 治疗效果 治疗组 24 例患者根据 WHO 疗效评定标准, 全组 CR 3 例, 占 12.5%, PR 10 例, 占 41.7%; 总有效率 (CR+PR) 54.2%。无变化 (SD) 9 例, 占 37.5%。病变进展 (PD) 2 例, 占 8%。临床症状改善情况: 疼痛完全缓解 16 例 (66.7%), 明显减轻 5 例 (20.8%), 减轻 2 例 (8.3%), 加重 1 例 (4%)。13 例 (54.2%) 患者变为可手术切除, 其中 1 例拒绝手术, 2 例因高血压、糖尿病不能耐受手术而行根治性放疗。最终有 10 例患者 (41.7%) 接受了手术治疗, 另 2 例在治疗中发现病情进展。

2.2 不良反应 24 例晚期直肠癌患者接受希罗达治疗最常见的不良反应为腹泻、食欲减低和骨髓抑制, 少数出现了手足综合征和口腔炎。胃肠道反应表现为腹泻 9 例, 均为 I~II 度; 呕吐 8 例, 恶心 8 例, 均为 I~II 度。50% 的患者有轻至中度贫血和白细胞下降。1 例发生 3/4 级中性粒细胞减少, 无治疗相关死亡。手足综合征 2 例, 均为 I~II 度, 主要表现为指趾末端疼痛感、肿胀、感觉迟钝、麻木、个别患者手掌红肿、脱皮。

表 1 不良反应分级

| 不良反应   | 分级 |   |   |   |   |
|--------|----|---|---|---|---|
|        | 0  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 白细胞下降  | 12 | 6 | 5 | 1 | 0 |
| 恶心     | 16 | 6 | 2 | 0 | 0 |
| 呕吐     | 16 | 4 | 4 | 0 | 0 |
| 肝肾功能损害 | 24 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 腹泻     | 15 | 7 | 2 | 0 | 0 |
| 手足综合征  | 22 | 1 | 1 | 0 | 0 |

## 3 讨论

随着人类平均寿命的延长, 老年直肠癌日益增多。统计学分析发现<sup>[1]</sup>老年直肠癌患者中, 54% 接受了根治性手术, 7% 为姑息性手术, 12% 剖腹探查及短路手术, 27% 没有接受手术, 仅有 17% 的患者接受放射治疗以及 2% 的患者接受了化疗。这

作者单位: 1 陕西延安大学附属医院肿瘤科, 陕西 延安 716000; 2 陕西延安大学医学院预防医学教研室  
作者简介: 段伟 (1976~), 女, 主治医师, 陕西韩城人, 研究方向为肿瘤放化疗综合治疗。

## 自制子宫造影和输卵管再通装置的临床应用研究

张洪海 张洪军 刘亚军 杨晓燕 周春梅

中图分类号:R814.43 文献标识码:B 文章编号:1004-714X(2011)04-0494-02

【摘要】 目的 采用自制子宫造影和输卵管再通装置对输卵管阻塞的患者行子宫输卵管造影和再通术,并通过对照评价其临床效果。方法 输卵管阻塞患者 93 例,随机分为两组,分别采用自制子宫造影和输卵管再通装置导引(导引组)和常规装置导引(常规组)下行子宫输卵管造影和输卵管再通术,其中导引组 47 例,常规组 46 例,对比两组间的操作成功所用时间、再通成功率及并发症率。结果 导引组与常规组操作成功所用时间分别为  $(3.2 \pm 1.8)$  min 和  $(5.8 \pm 2.9)$  min ( $t=3.5947$ ,  $P=0.0007$ );再通成功率分别为 93.3% 和 89.3% ( $\chi^2=6.0497$ ,  $P=0.0139$ );两组并发症发生率为病例分别为 8.5% (4/47) 和 15.2% (9/46) ( $\chi^2=3.8571$ ,  $P=0.0495$ )。结论 采用自制引导器导引可明显缩短子宫输卵管造影和再通术的操作时间,增加成功率和减少并发症的发生率,值得在临床推广应用。

【关键词】 子宫输卵管造影; X 射线; 输卵管再通术

介入放射学中用于子宫造影和输卵管再通术方法很多,但各有优缺点<sup>[1]</sup>。我院采用自制子宫造影和输卵管再通装置(专利号:200920272418.2)开展此项工作,疗效满意。

## 1 材料与方法

1.1 病例资料 2008 年 11 月至 2010 年 11 月在本科室行子宫输卵管造影检查的 280 例患者,检出输卵管阻塞患者 93 例,年龄 25 ~ 38 岁,平均 27.5 岁,随机分为两组,分别采用自制子宫造影和输卵管再通装置导引(导引组)和常规装置导引(常规组)下行子宫输卵管造影和输卵管再通术,其中导引组 47 例,常规组 46 例,64 例有宫刮流产史,婚后未孕 2 ~ 6a,平均不孕期 2.5a。

1.2 输卵管再通术器械 常规组采用同轴导管施行输卵,导引组采用自制子宫造影和输卵管再通装置(见示意图 1)。

1.3 患者术前准备 术前常规行碘过敏实验,试验阴性者行输卵管造影检查。一侧或两侧输卵管不通者在月经干净后 3 d

进行输卵管再通术,术前常规消毒。

## 1.4 操作方法及过程

1.4.1 常规组 病人体位消毒等准备常规与宫腔输卵管造影相同。①在 X 射线电视监视下,将弯形导管鞘缓慢插入宫颈,遇有阻力调整方向,注入少量 60% 泛影葡胺证明导管鞘端进入子宫腔内。②经鞘芯内插入“J”型导丝,并使其导丝头端弯向一侧,然后退出鞘芯,跟 Cobrer 导管,将导管头插入到子宫角部,推注造影剂。③发现输卵管阻塞,导管内插入直头超滑导丝,在导丝的帮助下,头端缩细的导管尽量深入到输卵管峡部,此时加压推注造影剂常能获得再通。④若导丝深入输卵管缓慢往复运动,分离输卵管炎性粘连组织。退出导丝,造影证实造影剂进入腹腔,输卵管再通成功。⑤注入疏通液:庆大霉素 8 w u,地塞米松 5 mg,  $\alpha$ -糜蛋白酶 5 mg 溶于 20 ml 注射盐水,抗炎防粘连。对侧输卵管方法相同。为防止再粘连,下次月经净后 1 周内去妇门诊做子宫通液术,如果液体流通过畅,且压力较低就认为输卵管保持通畅。

1.4.2 导引组 病人体位消毒等准备常规与宫腔输卵管造影相同。①在 X 射线电视监视下,将自制子宫造影和输卵管再通装置的“y”型前端缓慢插入宫颈,注入 60% 泛影葡胺。其他步骤同上(图 2 ~ 5)。

些数据清楚地表明在这些老年患者中联合手术的放疗或单独放疗的不足。通过进一步对这些数据分析发现,有大约 50% 的患者需要接受术前或术后的放疗。对不可切除直肠癌,放疗可使肿瘤降期降级,从而争取手术机会。放疗可以明显改善可切除直肠癌患者的生存<sup>[2]</sup>。对于局部晚期直肠癌患者,术前同步放化疗是标准的治疗方法<sup>[3]</sup>, 5-FU 为基础的化疗联合盆腔照射是标准治疗方案<sup>[4]</sup>。卡培他滨为 5-FU 的前体,通过口服给药维持血药浓度,类似于 5-FU 静脉持续滴注的作用机理。与 5-FU 持续静脉滴注相比,卡培他滨口服用药更方便,可以避免静脉用药所造成的并发症,如感染、静脉血栓以及疼痛。美国 MD Anderson 癌症中心的研究表明<sup>[3]</sup> 希罗达同步放化疗组在 3 年局部控制率、远地转移率和长期生存率均与 5-FU/LV 组无显著差别,表明希罗达可望代替静脉用 5-FU/LV 进行同步放化疗,不过最终还有待于 III 期随机分组的临床研究证实。本组经治疗后近期有效率达 54.2%,其中 41.7% 的患者接受了手术治疗。而不能手术的患者,经过放疗临床症状改善,疼痛完全缓解 66.7%,便血消失,提高了患者的生活质量。主要不良反应为腹泻、食欲减低和骨髓抑制,少

数出现了手足综合征,但均为 I ~ II 级,经过对症处理均能顺利完成治疗。因此,对于老年直肠癌患者,采用放疗同步希罗达化疗,对于提高手术切除率,改善症状、提高生活质量是一种安全有效的方法。长期生存率有待进一步随访。

## 参考文献:

- [1] Papamichael D, Audisio R, Horiot JC, et al. Treatment of the elderly colorectal cancer patient: SIOG expert recommendations [J]. Ann Oncol, 2009, 20(1): 5-16.
- [2] Folkesson J, Birgisson H, Pahlman L, et al. Swedish Rectal Cancer Trial: long lasting benefits from radiotherapy on survival and local recurrence rate [J]. J Clin Oncol, 2005, 23(24): 5644-5650.
- [3] 殷蔚伯. 肿瘤放射治疗学 [M]. 4 版. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2008: 860-872.
- [4] 李方印, 黄新. 老年结直肠癌治疗观念进展 [J]. 中国肿瘤, 2010, 19(8): 540-544.

(收稿日期:2011-04-23)