

放疗加手术治疗 II 期宫颈癌的疗效分析

邢月明, 赵新萍, 吴 伟, 宋 翔

中图分类号: R816.91 文献标识码: B 文章编号: 1004-714X(2005)02-0144-01

【摘要】 目的 对放疗加手术与根治性放射治疗 II 期宫颈癌的效果进行分析。方法 52 例 II 期宫颈癌用放疗加手术的方法治疗, 另抽取 52 例同期患者做单纯根治性放疗。结果 放疗加手术组(放+术组)与根治性放疗组(单放组)生存率相似; 放+术组的放射并发症明显低于单放组。结论 II 期宫颈癌的治疗应选择放疗+手术的方法

【关键词】 宫颈癌; 放疗; 手术

II 期宫颈癌除去少数较早的 II a 期患者可行手术治疗外, 多数只能放射治疗。宫颈癌的根治性放疗给大部分患者造成不同程度的后遗症, 甚至放射性损伤。怎样才能解决这一问题, 我们总结了从 1996 年 10 月至 2003 年 9 月以来, 采用术前放疗的方法治疗过的 II 期宫颈癌 52 例。同时配对抽取同期单纯放疗患者 52 例做对照进行观察。下面为该研究的初步临床结果。

1 材料与方法

1.1 临床资料 放疗加手术组(简称放+术组)52 例, 年龄 30~65 岁, 中位年龄 52 岁。按照国际妇产科联盟 1994 年会议临床分期: 癌超过宫颈, 但癌变浸润未达盆壁, 阴道侵犯未达下 1/3, 即 II a 或 II b 期。选择这样病理均为鳞癌的患者入组: 结节型 28 例(53.8%)、菜花型 22 例(42.3%)、溃疡型 2 例(3.9%)。另选择条件与放+术组相近的 52 例单纯放疗的患者为对照组。

1.2 放+术组治疗方法 首先予以术前放疗, 患者全部在模拟机下定位, 设约 15 cm×16 cm 大野, 上界在髂脊水平, 下界在耻骨联合下缘, 两侧缘在股骨头内 1/3 附近, 前后两野用⁶⁰Co γ 射线交替对穿照射 B 点达到 DT 3 200 cGy/16 次/4 周, 同时予以宫腔内后装 HDR 铱-192 照射 A 点达到 DT 2 000 cGy/4 次/4 周。放疗到此结束。后装治疗的当天不做外照射, 2 周后在全麻下行广泛性子宫切除术, 并切除部分可疑肿大淋巴结, 一般不做盆腔淋巴清扫。

1.3 对照组治疗方法 本组患者予以根治性放疗; 定位方法同放+术组。用⁶⁰Co γ 射线大野外照射盆腔 B 点达到 DT 3 200 cGy/16 次/4 周后, 改为盆腔四野照射, 即前后两个大野中间用 15 cm×4 cm 铅块遮挡, 以保护直肠等组织剂量不要过高。B 点 DT 再加 2 000 cGy/10 次/2.5 周, 总量达 5 200 cGy。宫颈腔内后装 HDR 铱-192 照射 A 点达到 DT 4 000 cGy/8 次/8 周。宫旁消退不满意者有 5 例同时进行局部用小野补充照射 DT 1 000 cGy/1 周。

2 结果

2.1 随访结果 随访至 2004 年 2 月, 104 例患者随访 3~60 个月, 平均随访 40 个月, 7 例失访, 随访率 93.3%。

2.2 疗效 末次随访时放+术组有 43 例(82.6%), 生存、失随 3 例; 单放组有 42 例(80.8%)生存、失随 4 例。

2.3 并发症 (表 1)

2.4 死亡原因 失访者按死亡计算, 盆腔转移: 放+术组 3 例、单放组 5 例; 远处转移: 放+术组 3 例、单放组 1 例。

3 讨论

宫颈癌由于早期症状轻微不易被发现。因此, 防癌普查和

表 1 两组患者的主要并发症[例(%)]

组别	例数	放射性 直肠炎	放射性 阴道狭窄	放射性 膀胱炎	放射性 腹壁纤维化	术后 肠粘连
放+术组	52	3(5.7)	0(0)	3(5.7)	1(1.9)	3(5.7)
单放组	52	13(25.0)	11(21.1)	14(26.9)	9(17.3)	0(0)

宣教宫颈癌有关的卫生知识, 对保障妇女健康具有重大的现实意义。但是, 近年来普查工作有所滑坡。因此, 就诊的患者中 II、III 期者仍占多数。宫颈癌患者根治性放疗后的生存期较长, 因此放疗的并发症也明显较为突出, 特别是晚期反应所至的并发症。根治性放疗后可望获得长期生存, 照射范围大、照射剂量高, 长期放疗中大部分的患者需要做腔内后装治疗。传统的镭疗及低剂量率铱疗时的并发症, 特别是严重并发症, 如直肠阴道瘘发生率较高。笔者认为造成这样的结果除放射反应外, 为使施源器不移位填塞固定时使用大量的纱布压迫阴道造成机械性损伤及阴道局部缺血坏死也起了一定的作用。使用高剂量率铱-192 做腔内后装治疗后这种严重的并发症有了明显的降低。据报道, 子宫颈癌的放射治疗疗效尽管运用了高能射线, 后装技术, 但生存率无明显变化^[1]。但是其他放疗并发症如阴道狭窄、放射性直肠炎、放射性膀胱炎、皮肤纤维化仍屡见不鲜。目前这种高剂量率近距离照射在国际或国内各研究机构之间尚无方法学和剂量分割方面的规范或标准; 另外, 其晚期损伤目前尚不明确, 需要进一步对疗效、毒性、急性和晚期损伤、生存质量和费用等方面进一步研究^[2]。放疗后手术是计划性的综合治疗方法, 不仅通过术前放疗降低癌细胞的活力, 亦可减少种植和扩散的几率, 缩小肿瘤范围, 提高手术切除率, 降低局部复发率^[3]。而且由于放射剂量的降低也使放疗并发症, 特别是严重并发症明显减少。两组的生存情况相差不多, 与文献报道相符, 但根治性放疗的后遗症却明显高于放疗+手术组。而且盆腔转移率(8/52)也高于后者(2/52)。另外, 我们还观察了 23 例术后放疗的患者, 由于术中发现肿瘤有局部外侵担心手术切不尽或者局部淋巴结转移, 予以术后盆腔大野辅助放疗 DT 4000 cGy/4 周, 此组患者有较多远处转移(7/23), 但严重放射并发症没有, 仅有早期放疗反应(7/23)。笔者认为 II 期宫颈癌应选择放疗+手术的方法好。

参考文献:

[1] Pettersson F. Annual report on the results of treatment in gynecological cancer Stockholm[J]. 1991, 21: 32-33.

[2] 高黎. 近距离放射治疗.[A] 申文江, 徐国镇. 方射肿瘤学新进展[C]. 北京: 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1993. 662-689.

[3] 王桂香, 于国瑞. 宫颈癌.[A] 殷蔚伯, 谷铣之. 肿瘤放射治疗学[C]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2002. 901.

(收稿日期: 2004-07-15)