

的动静脉瘘口的栓塞,能为肝癌碘化油栓塞治疗提供良好的治疗环境,此方法取材容易、见效快、并发症少等优点,值得推广。

[参考文献]

[1] 练贤惠, 李晓晖, 张德葵, 等. 肝癌肝动脉-门静脉分流栓塞

治疗的护理[J]. 介入放射学杂志, 2004, 13: 180.

[2] 沈新颖, 单 鸿. 肝癌合并肝动脉-门静脉分流影响门静脉血流动力学的定量研究[J]. 介入放射学杂志, 2005, 14: 21 - 23.

[3] 罗鹏飞, 陈晓明. 肝癌合并动脉动静脉瘘的处理方法探讨[J]. 中华放射学杂志, 2002, 36, 2: 114 - 117.

[4] 王执民, 吴智群. 中晚期原发性肝癌 DSA 表现的分型及临床意义[J]. 实用放射学杂志, 1998, 5: 208 - 209.

(收稿日期:2006-04-24)

·临床经验 Clinical experience·

宫颈癌术前介入治疗的近期疗效分析

赵林波, 韩素萍, 付士龙, 王 玮, 冯耀良

【关键词】 宫颈癌;介入治疗;疗效;子宫切除

中图分类号:R737.33 文献标识码:A 文章编号:1008-794X(2006)-11-0688-03

Short term efficacy of pre-surgical interventional therapy for cervical cancer ZHAO Lin-bo, HAN Su-ping, FU Shi-long, WANG Wei, FENG Yao-liang. Department of Interventional Radiology, The First Affiliated Hospital of Nanjing Medical University, Nanjing 210029, China (J Intervent Radiol, 2006, 15: 688-690)

【Key words】 Cervical carcinoma; Intervention therapy; Clinical effectiveness; Hysterectomy

宫颈癌是常见的妇科恶性肿瘤,其发病率与死亡率均居妇科恶性肿瘤之首。经盆腔动脉介入化疗栓塞术已成为妇科恶性肿瘤的综合疗法之一,可明显缩小宫颈癌肿瘤病灶,降低淋巴结转移率和亚临床播散率。我院自 2003 年 8 月至 2005 年 11 月对 17 例宫颈癌患者进行术前介入治疗,取得较满意的效果,现报道如下。

1 材料与方

1.1 临床资料

宫颈癌患者 17 例,年龄 29 ~ 65 岁,平均年龄 44 岁,均经病理证实。其中鳞癌 15 例,腺癌 2 例;按 1995 年 FIGO 标准分期: I b<sub>2</sub> 期 10 例, II a 期 3 例, II b 期 4 例,肿块直径 ≤ 4 cm 10 例, > 4 cm 7 例。

1.2 治疗方法

采用 Seldinger 改良法,穿刺右侧股动脉,置入子宫动脉导管,透视下分别置管于双侧髂内动脉,

造影显示肿瘤血供情况,再超选择插管至子宫动脉进行化疗栓塞。灌注药物以顺铂为主,顺铂(或卡铂)60 ~ 100 mg,博莱霉素 30 mg,结合肿瘤病理类型,选用三联药物:鳞癌加用环磷酰胺 600 mg;腺癌患者加用 5-Fu 1 000 mg 或丝裂霉素 10 mg。栓塞物为明胶海绵颗粒。本组共插管 19 例次,其中 15 例插管 1 次,2 例插管 2 次(间隔 3 ~ 4 周)。17 例患者在介入治疗后 14 ~ 21 d 行根治手术。

1.3 疗效评定标准

1.3.1 临床症状缓解情况 即因肿瘤所致的阴道出血流液,腰骶疼痛及下腹、肛门坠胀等症状的缓解情况。标准为:0 为完全缓解,1 为明显缓解,2 为中度缓解,3 为轻度缓解,4 为未缓解,0 ~ 2 为有效。

1.3.2 近期疗效 结合妇科检查和 B 超观察介入治疗后 2 ~ 3 周肿瘤消退情况。根据 WHO 标准:完全缓解(CR)为肿块完全消失,并维持 4 周以上;部分缓解(PR)为肿瘤病灶最大垂直两径乘积缩小 > 50%,并维持 4 周以上;稳定(SD)为肿瘤体积缩小或增大均不超过 25%,且治疗过程中无新的肿瘤出现;进展(PD)指肿块增大超过 25%或出现新病

作者单位:210029 南京医科大学第一附属医院介入放射科(赵林波、冯耀良),妇产科(韩素萍、付士龙、王 玮)

通讯作者:冯耀良 E-mail:yaoliangfeng@hotmail.com

灶,总有效率为 CR + PR。

## 2 结果

### 2.1 疗效评定

2.1.1 症状缓解情况 介入治疗后 3 ~ 7 d 宫颈癌所致的临床症状即有不同程度缓解,症状缓解率达 100%。

2.1.2 近期疗效 总有效率 82.4%。肿瘤直径  $\leq 4$  cm、 $> 4$  cm 的患者有效率分别为 90.0%、71.4%,见表 1。用统计学四格表确切概率法分析数据,两者比较无显著性差异( $P > 0.05$ )。不同临床分期比较,Ⅰb2、Ⅱa、Ⅱb 有效率分别为 9/10、3/3、2/4,见表 2,两两比较无显著性差异( $P > 0.05$ );鳞癌的有效率为 86.7(13/15),腺癌为 1/2,统计学上不能说明两者之间有差异( $P > 0.05$ )见表 1,2。

表 1 不同大小宫颈癌介入术后疗效评价(例)

d(肿瘤直径) /cm	例数	疗效评价			
		CR	PR	SD	PD
$\leq 4$ cm	10	3	6	1	0
$> 4$ cm	7	0	5	2	0
合计	17	3	11	3	0

表 2 不同临床分期宫颈癌介入术后疗效评价(例)

期别 (FIGO分期)	例数	疗效评价			
		CR	PR	SD	PD
Ⅰb2	10	2	7	1	0
Ⅱa	3	1	2	0	0
Ⅱb	4	0	2	2	0
合计	17	3	11	3	0

2.1.3 手术及病理所见 17 例均行宫颈癌根治术,术中见子宫及肿瘤体积缩小,肿瘤表面苍白,有明显的坏死灶,宫旁组织及淋巴结也可见坏死。术中出血少,易剥离。术后病理切缘均未见癌细胞,淋巴结转移 2 例,癌巢中心多见癌细胞不同程度坏死,退变,转移淋巴结也有同样改变。有 3 例术后标本未见癌细胞,组织学完全缓解。

### 2.2 不良反应及并发症

常见不良反应为一般化疗栓塞后反应,如发热、恶心呕吐、白细胞下降及肝功能一过性损伤,症状较轻,经对症处理后一般于 3 d ~ 2 周内即可恢复。下腹疼痛见于所有病例,可能是由于化疗栓塞后肿瘤组织缺血、缺氧及坏死所致,经对症处理可缓解。1 例发生一侧大阴唇及阴道口小点状皮肤溃

疡,经局部清洁换药及理疗后逐渐痊愈。未发生与插管有关的并发症。

## 3 讨论

### 3.1 术前化疗栓塞的优点和必要性

经子宫动脉或髂内动脉局部应用大剂量、高浓度化疗药物可明显增加抗癌药物在肿瘤组织内、子宫附件、阴道及邻近器官组织内浓度,可控制病灶发展,减少淋巴结转移及亚临床播散。另外,子宫动脉栓塞后,病灶内缺血坏死、肿块缩小、癌细胞死亡等变化,有利于手术剥离与切除,又可使周围微小转移灶被有效杀灭。介入配合手术切除,更能真正将肿瘤清除干净,提高远期疗效。

### 3.2 疗效

影响宫颈癌患者术后生存率的最主要因素是肿瘤复发,包括手术切缘复发和远处淋巴结转移。Yamakawa 等<sup>[1]</sup>针对局部晚期宫颈癌应用术前介入治疗,术后病理检查发现,其盆腔淋巴结转移率、宫旁转移率、血管间隙受侵率和阴道受侵率均低于未行介入治疗者,说明术前介入治疗不仅能有效地缩小肿瘤体积,使手术易于规范切除,而且还能消除或减少上述不良病理预后因素,提高患者生存率,术前介入治疗加手术患者的 5 年生存率为 80%,而未行动脉化疗者仅为 59.6%( $P = 0.004$ )。国内文献报道,宫颈癌经术前介入治疗的患者,其 2、3 和 5 年生存率分别为 97.92%、91.03%和 81.79%<sup>[2-4]</sup>。本组 17 例随访 4 ~ 31 个月,17 例均存活,5 例存活超过 2 年。据报道,早期巨块型宫颈癌患者盆腔淋巴结转移和盆腔复发的发生率是局部肿瘤直径  $\leq 4$  cm 者的 2 倍,5 年生存率也相应降低(分别是 82.7%和 64.9%)<sup>[5]</sup>;且有研究显示,宫颈癌患者外周血和骨髓内散在肿瘤细胞的多少与肿瘤直径呈明显正相关,因此,巨块型宫颈癌远处转移的潜在危险性增加<sup>[6]</sup>。本组中肿瘤直径  $\leq 4$  cm、 $> 4$  cm 的患者有效率分别为 90.0%、71.4%,但由于病例总数较小,仍有待于进一步大样本研究。

### 3.3 不良反应与栓塞后并发症

介入治疗创伤小,操作简单,其不良反应一般较轻微。化疗药物所致的不良反应发生的时间和程度比全身化疗轻,但栓塞及大剂量化疗药物灌注仍可能产生一些严重并发症<sup>[7]</sup>,如栓塞侧附件缺血坏死、盆腔水肿、输尿管蠕动障碍及臀部淤血斑等。其临床表现类似子宫肌瘤栓塞治疗中出现的栓塞后综合征<sup>[8]</sup>。术中所见盆腔水肿、附件缺血坏死是栓塞

后常见并发症。本组有 1 例出现较重的臀部疼痛、一侧大阴唇及阴道口小点状皮肤溃疡,分析原因可能有以下几点:①短时间内注入大剂量、高浓度的化疗药物;②阴部内动脉及其分出的皮支被栓塞;③推注栓塞剂时压力过大,导致其反流至非靶血管。

[参考文献]

[1] Yamakawa Y, Fujimura M, Hidaka T. Neoadjuvant intraarterial infusion chemotherapy in patients with stage I b2-III b cervical cancer[J]. Gynecol Oncol, 2000, 77: 264 - 270.

[2] 董杰,董长江. II b ~ III b 期宫颈癌术前介入联合手术治疗及其临床意义[J]. 现代肿瘤医学, 2004, 12: 41 - 42.

[3] 李富梅,李福亮,曹道俊,等. 介入化疗在宫颈癌近期疗效的观察[J]. 中国医刊, 2002, 37: 34 - 36.

[4] 杨晓霞,吴坤英,李秀荣,等. 术前介入化疗对宫颈癌 II b 远期疗效的观察[J]. 中国综合临床, 2001, 17: 556 - 557.

[5] Horn LC, Fischer U, Bilek K. Histopathological prognostic factors in primary surgically treated cervix carcinoma[J]. Zentralbl Gynakol, 2001, 123: 266 - 274.

[6] Scheungraber C, Muller B, Kohler C, et al. Detection of disseminated tumor cells in patients with cervical cancer[J]. Cancer Res Clin Oncol, 2002, 128: 329 - 335.

[7] 郭彦君,史仲华. 妇科恶性肿瘤介入治疗的并发症[J]. 中华放射学杂志, 2001, 25: 331.

[8] 陈晓明,杜娟,左约维,等. 子宫肌瘤导管栓塞治疗的临床与病理研究[J]. 中华放射学杂志, 2001, 25: 595.

(收稿日期:2006-03-23)

·临床经验 Clinical experience·

CT 导向胸部穿刺活检应用切割针和活检枪的经验

赵斗贵, 杨素君, 付志国, 郭志远, 聂新平

【关键词】 胸部疾病;活组织检查;CT

中图分类号:R56 文献标识码:A 文章编号:1008-794X(2006)-11-0690-03

**The experience of the CT-guided transthoracic needle biopsy utilized cutting needle and trigger device** ZHAO Dou-gui, YANG Su-jun, FU Zhi-guo, GUO Zhi-yuan, NIE Xin-ping. Department of CT, Handan Central Hospital, Hebei 056001, China (J Intervent Radiol, 2006, 15: 690-692)

【Key words】 Thoracic diseases;Biopsy;CT

CT 以其断面成像,解剖结构显示清晰,无组织重叠等优势被作为胸部穿刺活检首选导引方法而广泛应用<sup>[1]</sup>。三棱切割针和半自动活检枪是胸部穿刺活检中常用的两种器械,两者同属切割针范畴,但在胸部疾病穿刺活检中又有各自的特点<sup>[2]</sup>。本研究回顾分析了我科 2004 年 8 月 - 2005 年 9 月间 120 例胸部 CT 导向下穿刺活检病例,对采用切割针 74 例和半自动活检枪 46 例的应用情况作一介绍。

1 材料与方法

1.1 病例来源及所用器材

自 2004 年 8 月至 2005 年 9 月我科共做 CT 导向下胸部穿刺活检 120 例,其中采用切割针 74 例,半自动活检枪 46 例。本组病例中男 71 例,女 49 例,年龄 19 ~ 80 岁。肺内病灶 83 例,纵隔和肺门病灶 22 例,胸膜病变 8 例,胸椎椎体病变 7 例。穿刺体位根据病灶位置选择仰卧、俯卧或侧卧位。体表定位采用金属标记法。穿刺切割针采用 Franseen 针(美国 Cook,18 G,15 cm),半自动活检枪(日本 TSK,18 G,13 cm)。

1.2 操作方法

CT 扫描体表定位,确定穿刺深度和角度。常规消毒,局麻,在患者屏息状态(自然呼吸状态下屏息)下,将穿刺针或枪穿刺至设定的靶区(点)。CT 扫描确认针尖位于病灶之内(靶区)后即可取材。三棱

作者单位:056001 河北省邯郸市中心医院 CT 室  
通讯作者:赵斗贵