文章编号:1000-5404(2008)10-0989-02

经验交流

MRI 在宫颈癌临床分期中的应用探讨

朱元方[1],蔡丽萍[1],陈贵美[1],胡丽娜[2],乐爱文[3]　([1]南昌大学第一附属医院妇科,南昌 330006;[2]四川大学华西第二医院妇科,成都 610041;[3]重庆医科大学附属第一医院妇产科,重庆 400016)

宫颈癌发病率为女性生殖道恶性肿瘤之首,治疗前正确判断患者临床分期从而选择合理的治疗方案特别重要。目前,主要通过妇科检查来对宫颈癌进行临床分期,这种方法有一定的主观随意性,准确率不高,文献[1]报道为 61% ~66%。MRI 具有高的软组织分辨率和可多方位、多序列成像等特点,使其在肿瘤分期中越来越受重视。此研究通过对宫颈癌妇科检查和 MRI 相关特点分析,探讨 MRI 在宫颈癌临床分期中的价值。

1　资料与方法

1.1　资料

收集 2003 年 3 月至 2007 年 3 月南昌大学附一院和重庆医科大学附一院 34 例病理确诊的Ⅰ A ~ Ⅳ A 期宫颈癌患者,年龄(41 ±5)岁,其中鳞癌 30 例,腺癌 4 例。

1.2　方法

入选的所有患者于治疗前 3 ~7 d 参照文献[2]行 MRI 检查,采用设备是 Symphony Siemens MR Unit,分析、记录宫颈癌 MRI 表现。

1.3　分期判断标准

由两名有经验的妇科医师在治疗前获得查体资料,详细记录盆腔检查结果。MRI 阅片由 2 位有经验的影像学医师盲法进行并记录。宫颈癌 MRI 表现分期及判断标准参照文献[2],淋巴结转移以 T_1 或 T_2 像直径大于 1 cm 信号为诊断标准[3]。

妇科检查和 MRI 盲法判定后,按 FIGO 制定的标准形成各自的临床分期结果,与术后病理对照。病理评价应详细包括宫旁及子宫周围脏器浸润和淋巴结的转移。所有患者按宫颈癌诊治规范[4]制定治疗计划。Ⅱ B 期及个别以上期别的患者先行新辅助介入化疗[5]3 周,检查宫旁病灶变软后,再行根治术。

采用诊断试验的方法,以符合率、敏感度、特异度、正确诊断指数、预测值及似然比等指标,评价两种方法在宫颈癌分期中的预测价值。

2　结果

妇科检查分期总的准确率为 64.7%,判断Ⅱ B 期以前宫颈癌共 21 例,Ⅱ B 期(含Ⅱ B 期)以后 13 例,对二者区分的符合率为 82.4%,判断有无宫旁浸润的敏感度为 73.3%,特异度为 89.5%,正确诊断指数为 0.628,阳性预测值为 84.6%,阴性预测值为 80.95%。阳性似然比 6.98,阴性似然比 0.298。MRI 分期总的准确率为 79.4%,判断Ⅱ B 期以前宫颈癌 19 例,Ⅱ B 期(含Ⅱ B 期)以后 15 例,对二者区分的符合率为 88.2%,敏感度为 86.7%,特异度为 89.5%,正确诊断指数为 0.762,阳性预测值为 86.7%,阴性预测值为 89.5%,阳性似然比 8.25,阴性似然比 0.149。MRI 提示 8 例患者有淋巴结转移,病理证实 7 例,正确预测 5 例,对淋巴结转移预测的符合率为 85.3%,敏感度为 71.4%,特异度为 88.9%,而妇科检查对淋巴结转移的预测是明显受限的。妇科检查和 MRI 分期相关情况见表 1。

表 1　妇科检查、MRI 分期与病理检查的对比(例)

FIGO 临床分期	妇科检查							MRI						
	ⅠA	ⅠB	ⅡA	ⅡB	ⅢA	ⅢB	ⅣA	ⅠA	ⅠB	ⅡA	ⅡB	ⅢA	ⅢB	ⅣA
Ⅰ A	3	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0
Ⅰ B	2	5	0	1	0	0	0	0	7	0	1	0	0	0
Ⅱ A	0	0	7	1	0	0	0	0	0	7	1	0	0	0
Ⅱ B	0	2	2	5	0	1	0	0	2	0	7	0	1	0
Ⅲ A	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Ⅲ B	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	1	0	2	0
Ⅳ A	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

3　讨论

宫颈癌妇科检查临床分期简便、无创,但准确性不够高,中晚期病例高度依靠盆腔的双合诊和三合诊来评估宫旁、盆壁是否有病变,这种检查手段经验成分偏多,主观性较强。磁共振能多方位、多序列成像,是准确分期的基础。轴位、矢状位、冠状位等多方位成像使盆腔内各器官、结构间的解剖关系得到较完整的显示;多序列成像使得 MRI 能直观显示盆腔内各器官、各组织间良好的层次及肿瘤与正常组织的差异。本研究将Ⅱ B 以前和以后病例总数合并,进行灵敏度、特异度、正确诊断指数、符合率等指标分析。结果显示妇科检查符合率为 82.4%,敏感度为 73.3%,特异度为 89.5%,正确诊断指数为 0.628,阳性似然比 6.98,分期中的病例有较多被高估或低估现象。MRI 检查示在高信号的肿瘤组织和宫旁之间有一个完整的低 T_2 的宫颈基质环存在,是一个完整的宫旁的可靠信号,对是否为宫旁浸润癌的判断提供了准确、客观、真实的依据。MRI 对Ⅱ B 期以前和以后的区分符合率为 88.2%,敏感度为 86.7%,特异度为 89.5%,正确诊断指数为 0.762,阳性似然比 8.25,各项指标均高于妇科检查。另外,妇科检查也无法了解是否有膀胱、直肠等周围器官侵犯。本研究中妇科检查漏诊的 1 例Ⅳ A 期患者在 MRI 信号上发现周围器官的病变,经膀胱镜等证实为癌

基金项目:江西省卫生厅基金(050088)
Supported by the Funds of Department of Public Health of Jiangxi Province (050088)

作者简介:朱元方,男,博士研究生,主治医师,主要从事妇科肿瘤方面的研究,现在重庆医科大学附属第二医院妇产科。E-mail: zhuyf1027@163.com

通信作者:胡丽娜,电话:13881896666

收稿日期:2007-06-25;修回日期:2007-09-13

浸润,从而弥补了妇科检查漏诊的不足。

淋巴结转移的出现可作为患者广泛子宫切除术后肿瘤复发和生存率的一个重要预测因素,因此,淋巴结转移虽然不包括在FIGO分期内,但对其准确评价十分重要[6]。本研究中MRI对淋巴结转移预测的符合率是84%,敏感度为75%,特异度为87%,而妇科检查在这一方面是明显受限的。

宫颈癌磁共振分期的高准确率和在淋巴结转移方面的预测价值,弥补了妇科检查的不足。引入磁共振成像技术使宫颈癌分期有了更加可靠的客观依据,有利于选择、制定合理的治疗计划。

关键词:磁共振成像;宫颈癌;肿瘤分期

中图法分类号:R445.2;R737.33 **文献标识码**:B

参考文献:

[1] Hricak H, Powell C B, Yu K K, *et al*. Invasive cervical carcinoma: role of MR imaging in pretreatment work-up--cost minimization and diagnostic efficacy analysis [J]. Radiology, 1996, 198(2): 403 - 409.

[2] Cho S H, Kim S H, Choi H J, *et al*. Preoperative magnetic resonance imaging staging of uterine cervical car-cinoma: results of prospective study[J]. J Comput Assist Tomoqr,2004, 28(5): 620 - 627.

[3] Park W, Park Y J, Huh S J, *et al*. The usefulness of MRI and PET imaging for the detection of parametr-ial involvement and lymph node metastasis in patients with cervical cancer [J]. Jpn J Clin Oncol, 2005, 35(5): 260 - 264.

[4] 曹泽毅. 妇科常见恶性肿瘤诊断与治疗规范[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 10 - 36.

[5] 纪燕琴, 黄凤英. 新辅助介入化疗对巨块型子宫颈癌的疗效观察[J]. 肿瘤研究与临床, 2006,18(12): 824 - 826.

[6] Torabi M, Aquino S L, Harisinghani M G. Current concepts in lymph node imaging[J]. J Nucl Med, 2004, 45(9): 1509 - 1518.

(编辑 郭建秀)

经验交流

文章编号:1000-5404(2008)10-0990-02

不同浓度芬太尼配伍罗哌卡因用于剖宫产术后镇痛效应的临床观察

苗 茜,崔东风,刘跃民 (重庆市江北区第一人民医院麻醉科,重庆 400020)

罗哌卡因对心脏及神经系统毒性较低,在低浓度范围内能产生良好的感觉-运动分离阻滞的效果,已广泛用于分娩镇痛和术后镇痛。研究证实硬膜外混合芬太尼能增强罗哌卡因分娩镇痛的效果[1],然而临床应用时对芬太尼安全有效浓度尚无定论。本研究拟通过观察不同浓度芬太尼混合同一浓度罗哌卡因对剖宫产术后硬膜外镇痛效应,探讨其临床适宜剂量。

1 资料与方法

1.1 病例选择及分组

选择剖宫产术的初产妇120例,年龄21~36岁,孕37~41周,ASA Ⅰ或Ⅱ级,NYHA Ⅰ或Ⅱ级,不用术前药。所有产妇随机分为对照组(FR_0)和实验组FR_1、FR_2、FR_3组,各30例;FR_0组单用0.15%罗哌卡因,FR_1、FR_2、FR_3组分别为0.15%罗哌卡因混合1、2、3 μg/ml芬太尼用于术后硬膜外镇痛。

1.2 麻醉方法

产妇入室后连续监测BP、HR、ECG、SpO_2及RR,开放上肢静脉通道,输注乳酸林格液。选择L_1~L_2行硬膜外穿刺,头向置管3.5 cm,经回抽无血及脑脊液后,注入2%利多卡因5 ml,5 min后测定麻醉平面,确认导管未误入蛛网膜下腔或血管内。随即注入2%利多卡因与肾上腺素(1∶200 000)混合液6~7 ml,注射速率2.5~5 ml/min。术中常规监测BP、HR、ECG和SpO_2。入室后至术始前静脉输注乳酸林格液10 ml/kg,当收缩压小于基础值30%或低于90 mmHg时,静脉注射麻黄碱10~15 mg。

1.3 镇痛方法

术毕,4组产妇均接硬膜外一次性镇痛泵(批号:060810,河南新乡市驼人医疗器械有限公司),镇痛泵开启时记录SBP、HR、SpO_2及RR为基础值。药物配制方法:分别抽取0.1、0.2、0.3 mg的芬太尼注射液(批号:060202,湖北宜昌人福药业公司)与15 ml盐酸罗哌卡因注射液(批号:H20020248,Astrazeneca AB,瑞典)混合注入FR_1、FR_2、FR_3组镇痛泵;最后以0.9%氯化钠溶液稀释至100 ml,得到0.15%罗哌卡因及1、2、3 μg/ml芬太尼混合液,FR_0组为单纯0.15%罗哌卡因。

1.4 观察指标

开放镇痛泵后2、4、8、16、24、48 h测量阻滞平面范围,记录SBP、HR、SpO_2和RR及副作用发生率。用改良Bromage法测量下肢运动神经阻滞程度:0分,不能做直腿抬高;1分,能屈膝;2分,不能屈膝;3分,不能屈踝关节。VAS评价疼痛程度:0分,无痛;10分,剧烈疼痛。VAS评分≤3分为镇痛有效。

1.5 统计学处理

采用SPSS 10.0统计软件,VAS评分以中位数(M)表示,计量资料以$\bar{x} \pm s$表示,组内比较采用配对t检验,组间比较采用单因素方差分析,计数资料比较采用χ^2检验。

2 结果

2.1 一般情况比较

4组产妇年龄、体质量、身高、孕周、手术时间及输液量比较无显著性差异($P>0.05$)。

作者简介:苗 茜,女,重庆市人,硕士,主治医师,发表论文9篇。电话:(023)67874981,E-mail:cqmiaoqian@163.com

收稿日期:2008-01-24;**修回日期**:2008-04-21