维普资讯 http://www.cqvip.com

(7)
109~113

浸润性宫颈癌手术治疗的远期疗效

第一医院妇产科 曹荃孙 冉光明 张峻霄*

R737.33

提 要 本文总结了我院经手术治疗的浸润性宫颈癌304例，探讨了手术治疗的远期疗效及影响疗效的因素。随访结果，死亡56例，因宫颈癌死亡者50例。各期10年生存率：Ⅰa期100%，Ⅰb期91.15%，Ⅱa期77.12%，Ⅱb期81.46%。影响疗效的因素主要是临床分期、盆腔淋巴结及手术标本切缘有无癌细胞，有癌细胞者术后是否辅加放疗

关键词 宫颈癌；手术治疗；治愈率
中图分类号 R737.33

我国宫颈癌发病率居女性生殖器官恶性肿瘤的首位。在宫颈癌普查工作开展较好的地区，其发病率已逐年下降，原位癌的比率上升。但在不少地区浸润性宫颈癌的发病率仍高，疗效也不尽满意，严重威胁妇女的健康。现将我院23年来手术治疗的浸润性宫颈癌304例进行总结，探讨其远期疗效及影响疗效的因素。

临床资料与方法

资料包括1962—1985年经手术治疗的浸润性宫颈癌304例，其中早期浸润癌（简称早浸癌）53例，浸润癌251例。所有病例均予登记、编号、定期随访。随访检查包括妇科检查、阴道细胞学及必要时作阴道镜、肾图检查等。资料分析及远期生存率均经统计学处理。

资料分析

1. **年龄分布** 最小25岁，为腺癌。最大68岁，平均年龄44.5岁。早浸癌以45—49岁组发病最高，浸润癌以50—59岁组发病最高（$p<0.05$）。

2. **病理类型** 鳞癌265例（87.2%），腺癌30例（9.9%），腺鳞癌9例（2.9%）。

3. **临床分期** Ⅰa期53例（17.6%），Ⅰb期34例（11.2%），Ⅱa期35例（11.5%），Ⅱb期182例（59.8%）。

4. **治疗方法**

（1）Ⅰa期 1974年前以广泛性全子宫切除或广泛性全子宫及盆腔淋巴结清除术为主，1974年后行全子宫及部分阴道或次广泛性全子宫切除术。后者指切除全子宫、主韧带2cm及阴道2—3cm。共行广泛性全子宫及盆腔淋巴结切除11例，广泛性全子宫切除7例，次广泛性全子宫切除20例，全子宫及部分阴道切除15例。

（2）Ⅰb期 除2例术前误诊为原位癌，仅作全子宫切除外，余均行广泛性全子宫及盆腔淋巴结切除术。

（3）Ⅱa期 29例行广泛性全子宫及盆腔淋巴结切除术，6例术前^{60}Co外放射5000—6000cGy，6周后行次广泛性全子宫切除。

（4）Ⅱb期 1975年前，于^{60}Co外放射后行广泛性全子宫及盆腔淋巴结切除术，共11例。以后均于外放射后行次广泛性全子宫切除术。术前外放射剂量多为5000—6000cGy。

对Ⅰb、Ⅱa期患者盆腔淋巴结有转移或宫旁组织、宫颈深肌层、阴道切缘有癌浸润，以及仅作全子宫切除的2例Ⅰb期患者，均在术后加外放射治疗。

---

* 研究生

维普资讯 http://www.cqvip.com

2例Ⅰb期阴道切缘有癌者术后作腔内^{60}Co放射治疗。

结　果

1. **手术标本病检结果**　Ⅰa期中11例作过盆腔淋巴结清除术者，淋巴结均阴性。Ⅰb期32例广泛性全子宫及盆腔淋巴结标本中，3例（9.4%）淋巴结转移，1例旁组织、5例宫颈深肌层受累。Ⅱa期29例广泛性全子宫及盆腔淋巴结标本中有6例(20.6%）淋巴结转移，2例旁组织受累，1例阴道切缘有癌。6例外放射后行次广泛性全子宫切除者均无残留癌。182例Ⅱb期患者经外放射后手术标本有残留癌者25例，其中宫颈及/或阴道有残留癌21例，宫旁或宫颈深肌层有癌残余者4例。

2. **远期随访结果**

（1）　存活率　304例中失访4例，死亡56例，因宫颈癌死亡者50例，Ⅰb期5例，Ⅱa期8例，Ⅱb期37例。非癌死亡计6例。按寿命表法计算的累计各年生存率见表1。临床各期死亡率有极显著差异，见表2。

表1　宫颈癌各期存活率

存活年限	年存活率(%)±S.D.			
	Ⅰa期	Ⅰb期	Ⅱa期	Ⅱb期
5	100±0	94.10±0.040	79.98±0.067	86.07±0.026
10	100±0	91.15±0.049	77.12±0.071	81.46±0.029
15	100±0	85.27±0.061	77.12±0.071	80.87±0.029
20	100±0	85.27±0.061	77.12±0.071	80.28±0.030
21—29	100±0	85.27±0.061	77.12±0.071	79.69±0.030

表2　各期死亡率比较

临床期别	治疗数	存活数	因宫颈癌死亡	非宫颈癌死亡
Ⅰa	53	50	0	3
Ⅰb	34	29	5	0
Ⅱa	35	27	8	0
Ⅱb	178*	138	37	3
合计	300	244	50	6

* 4例失访除外　　$x^2=46.176$　　$P<0.005$

（2）　宫颈癌复发时间及首先复发的部位　Ⅰb期以上的复发，特别是Ⅱb期患者，多在术后1—2年内，6年内复发病例仍多，以后陆续仍有复发，但逐渐减少。1例Ⅱb期患者22年后复发。首先复发部位以盆腔多见。远处转移均发生于Ⅱb期，锁骨上淋巴结及肺转移各4例，骨转移1例。阴道转移也多见于Ⅱb期。各期复发情况有极显著差异，见表3。

（3）　年龄与存活率的关系　各年龄组不同期别的宫颈癌，存活率有显著差异。30—39岁组与40—49岁组的存活率显著高于50

表3　宫颈癌复发部位

临床分期	阴道复发	盆腔复发	远处转移
Ⅰb	1	4	0
Ⅱa	0	8	0
Ⅱb	6	22	9
合计	7	34	9

$x^2=26.387$　　$p<0.005$

维普资讯 http://www.cqvip.com

—59岁与60—69岁组（$p<0.01$）。

（4） 组织病理与存活率的关系 本资料显示鳞癌、腺癌与腺鳞癌三者之间存活率（81.5%、63.3%与88.8%）有显著差异（$p<0.01$）。鳞癌与腺癌的存活率有显著差异（$p<0.01$），与腺鳞癌的存活率无显著差异（$p>0.05$）。腺癌与腺鳞癌之间也无显著差异。鳞癌Ⅲ级的死亡率显著高于Ⅰ、Ⅱ级者（$p<0.01$）。腺癌Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ级的存活率无统计学差异。

（5） $Ⅰ_b$、$Ⅱ_a$期淋巴结阳性或旁组织、阴道切缘有癌者附加放疗对生存率的影响 加用放疗及未加放疗组的存活率有显著差异（$p<0.05$），见表4。2例$Ⅰ_b$期仅作全子宫者术后加放疗均健存。

表 4 术后加放射治疗对生存率的影响

	例数	存活数	死亡数
1. 有转移，附加放疗	16	10	6
2. 有转移，未加放疗	2	0	2
3. 无转移，未加放疗	49	44	5

1,2 组存活率有显著差异，$P<0.05$
1,3 组存活率有显著差异，$P<0.01$
1,3 组存活率无显著差异，$P>0.05$

（6） $Ⅰ_b$期外放射后有残留癌对生存率的影响有残留癌组的生存率（56.5%）显著低于无残留癌组（82.6%）。

（7） 远期并发症 $Ⅰ_b$、$Ⅰ_a$期采用单纯手术治疗或术后附加放疗的患者无远期并发症。$Ⅰ_b$期患者外放射加手术治疗后腰痛严重者62例，妇科检查盆腔结缔组织均明显增厚。经肾图检查发现单侧或双侧不全性输尿管下段梗阻者32例，1例有单侧完全性输尿管下段梗阻，作患侧肾切除。少数患者有轻度放射后直肠炎。

讨 论

1. **影响宫颈浸润癌手术治疗疗效的因素** 关于宫颈浸润癌的手术疗效报道甚多。已知早浸癌的疗效明显高于$Ⅰ_b$期，5年生存率可达或接近100%。但对影响疗效的其他因素各家报道不尽一致。现根据本组资料探讨诸因素对生存率的影响。

（1） 年龄 一些作者认为≤35岁的妇女宫颈癌更为恶性，预后较>35岁者差。但不少作者发现其生存率与其他年龄组无明显差异[1]。更有人认为年轻患者预后更佳。据Chapman分析，≤35岁伴癌分化差者预后差[2]。本资料显示各年龄组不同期别的宫颈癌，存活率有显著差异（$p<0.005$）。30—39岁及40—49岁组的存活率显著高于50—59岁及60—69岁组（$p<0.01$）。

（2） 病理类型及癌分化程度 本组鳞癌总的生存率（81.5%）高于腺癌（63.3%），但$Ⅰ_b$期的鳞癌、腺癌相比较，生存率则无明显差异（$p>0.05$）。表2提示不同期别的宫颈癌存活率有极显著差异（$p<0.005$）。我们同意多数作者的意见，影响疗效的最重要因素还是临床分期。本组17例Ⅲ级鳞癌死亡7例，存活率仅58.8%，明显低于分化Ⅰ、Ⅱ级者。本组Ⅲ级鳞癌以$Ⅰ_b$期为主，在$Ⅰ_b$期患者中比较，其存活率也显著低于分化Ⅰ、Ⅱ级者（$p<0.01$）。据Kilgore分析，腺癌与鳞癌的存活率无显著差异，认为影响腺癌疗效的因素除临床分期外，还有癌分化程度和癌灶大小[3]。本组腺癌例数少，难于看出癌分化程度对疗效的影响。Gallup报道，腺鳞癌总的生存率仅20%，其75%的患者为$Ⅰ_b$期，生存率也仅有26.7%[4]。Korhonen及Kilgore则认为腺鳞癌的预后与鳞癌、腺癌无差异，腺鳞癌两种组成细胞的分化程度及临床分期与预后有关[3,5]。本资料提示鳞癌

维普资讯 http://www.cqvip.com

与腺鳞癌之间，腺癌与腺鳞癌之间，生存率无显著差异（$p>0.05$）。

（3） 淋巴结转移、宫旁组织、宫颈深肌层或阴道切缘有癌加用放疗对存活率的影响 表4提示术后附加放疗者存活率明显高于未加放疗者。附加放疗后存活率与无癌转移者无统计学差异。虽有作者报道，宫颈癌伴淋巴结转移加用放疗与否，对生存率无影响[6]。但不少作者指出加用放疗可降低盆腔复发率[7]。我们同意Fuller的意见，有盆腔淋巴结转移、宫旁或宫颈深肌层有癌浸润、切缘有癌，以及癌分化差者应列为高危因素，术后以加用放疗为宜[8]。

2. **Ⅱb期外放射加手术综合治疗的疗效** 本组Ⅱb期5、10、15、20、30年的生存率分别为86.0、81.4、80.2及79.6%。与FIGO妇科癌肿疗效1986年年鉴报告的Ⅱb期5年生存率一般在60—70%，个别国家高达79.2及84.5%，与北京日坛医院Ⅰ期宫颈癌放射治疗的5年生存率（82.6%）相比，疗效还是比较满意的。盆腔外放射对宫旁组织的浸润及盆腔淋巴结转移灶可达到有效的控制，但对宫颈癌局部病灶及阴道浸润的控制是不够彻底的。本组Ⅱb期患者外放射后有癌灶残留者存活率（56.5%）明显低于无癌残留者（82.6%），说明外放射后有癌残留者经手术切除仅约50%可长期生存，无残留癌者存活率虽高，仍不能视为彻底治愈，与文献报道结果近似[9]。

本组Ⅱb期患者术后远期并发症主要是盆腔结缔组织纤维化及输尿管下段不全性梗阻。虽近10年来我们调整了放射量，但盆腔结缔组织纤维化的发生率未见下降。Ⅱb期外放射加手术的疗效虽与单纯放疗（外放加腔内）相似，但从患者术后健康考虑，此法还不能说是一种理想的治疗方案。

3. **长期随访问题** 本组Ⅱb期以上的复发多在治疗后1—2年内。6年内复发者仍较多，以后陆续有复发的病例。上一医报道，宫颈癌治疗后20年不再有复发者。本组1有例Ⅱb期患者22年后复发。资料说明宫颈癌治疗后需长期随访。治疗后复发如能尽早发现并经过治疗，可能延长生命，甚至无癌生存。本组有2例Ⅱb期患者分别于术后1年及3年有异常阴道涂片，证实为阴道复发，经腔内放疗至今无癌生存已7年及9年。随访时除常规妇科检查外，应作细胞学检查及必要的阴道镜下活检。

参 考 文 献

[1] Chapman GR, et al. Gynecol Oncol 1988; 31:430

[2] Spanos WJ, et al. Gynecol Oncol 1989; 33:66

[3] Kilgore LC, et al. Gynecol Oncol 1988; 31:137

[4] Gallup DG, et al. Obstet Gynecol 1985; 65:416

[5] Korhonen MO. Cancer 1984; 53:1760

[6] Morrow CP. Gynecol Oncol 1980; 10:105

[7] Kinney WK, et al. Gynecol Oncol 1989; 34:258

[8] Fuller AF, et al. Gynecol Oncol 1989; 33:34

[9] Russell AH, et al. Gynecol Oncol 1987; 28:220

（收稿日期：1991-05-02）

维普资讯 http://www.cqvip.com

THE LONG-TERM RESULTS OF OPERATIVE TREATMENT IN INVASIVE GERVICAL CARCINOMA

Cao Quansun, et al

Department of Obstetrics and Gynecology,

The First Hospital

From 1962 to 1985, 304 cases of invasive cervical carcinoma were operated. There were 265 cases of squamous carcinoma, 30 cases adenocarcinoma and 9 cases adenosquamous carcinoma. 300 patients were followed up for 5—29 years. Among them 50 cases died of recurrences. The 10-year cure rate in different clinical stages are: Ⅰa 100%, Ⅰb 91.15%, Ⅱ 77.12%, Ⅲ 81.46%. The factors influencing the final results of operation were investigated. The most inportant factors were the stage of the disease when first treated, the presence or absence of cancer in pelvic nodes and excisional margins, and whether supplementary therapy had been given when there were positive nodes and/or excisional margins.

KEY WORDS Carcinoma cervix uteri; Operative treatment; Cure rate

(上接120页)

THE MODEL OF MIDDLE CEREBRAL ARTERY OCCLUSION ON SPRAGUE-DAWIEY RAT

Li Jincheng, et al

The reproducibility of the middle cerebral artery occlusion (MCA-o) model on SD rat, and the method of quantitative analysis for this model were studied. MCA-o was made by using of electrocoagulatic method. During operating, by taking approach of lower bone window, and considering the vessel variation of MCA, which could influence the model's reproducibility. The infarct volume, histopathological changes, and neurological deficits were observed. The results were indicated that the reproducibility of cerebral infarction induced by this model was good. The variation coeffecient of infarct volume on 6h, 24h, and 7d after occlusion of MCA were 18.19%, 8.34%, and 17.27%, respectively

KEY WORDS Middle cerebral artery; infarction; rat