维普资讯 http://www.cqvip.com

子宫内膜癌的^{60}钴外放射治疗——44例疗效分析

第一医院放射治疗科 张幸平 何方志 雷自重

提 要 本文报告我科1966—1985年间收治的44例子宫内膜癌的疗效，重点分析放射与手术综合治疗的38例，其五年及十年存活率各为80.65%与71.43%(校正十年存活率75%)。讨论了术前、术后放射的意义及晚期病例的综合治疗措施，分析了影响预后的因素，认为临床期别越晚及子宫肌层浸润越深者预后越差

关键词 子宫内膜癌；外放射治疗

子宫内膜癌是女性生殖器常见的恶性肿瘤，其发病率仅次于子宫颈癌[1,2,3]。放射治疗（放疗）与手术密切配合可提高疗效，对不能手术者亦可挽救或延长生命[3,4,5,6]。本文总结1966—1985年间收治的44例子宫内膜癌的放疗方法及疗效，并分析影响预后的因素。

材料与方法

临床资料 44例均经门诊复查或信访3年以上，2例于放疗后4月及1年余失访，按死亡计算，随访率95.46%(42/44)。年龄：32—89岁，平均及中位年龄51.5岁，40—59岁34例占77.27%。44例中4例术前放射，33例术后放射(5例术前+术后放射，1例术后1年阴道残端复发后放射，5例单纯放射。放射与手术综合治疗的38例中25例在本院妇科手术，13例在外院手术。

病理 44例中腺癌36例占81.82%，腺鳞癌4例占9.09%，腺棘皮癌2例，透明细胞癌及未分化癌各1例。经手术的38例中腺癌31例，其病理分级为$G_1$17例(54.84%，17/31)，$G_2$6例，$G_3$2例，6例未分级。术后放疗33例的肌层浸润情况：内1/3浸润14例(42.42%，14/33)，中1/3浸润10例(30.30%)，外1/3浸润3例，无肌层浸润3例，3例肌层浸润不详。1例术前+术后放射者手术病理证实外1/3肌层受累、颈管内有残癌，予以术后放射。4例术前放射之手术病理3例无残癌，1例有残癌伴内1/3肌层浸润。

分期 按FIGO标准，手术病例根据术后病理确定。Ⅰ期20例(45.45%，20/44)，Ⅱ期11例(25.00%)，Ⅲ期10例(22.73%)，Ⅳ期2例，复发1例。

治疗方法 ①手术方式及手术、放射间隔时间：38例中行经腹全子宫及双附件切除术24例，次广泛全子宫及双附件切除术9例，广泛性全子宫切除及盆腔淋巴结清扫术5例。手术与放射间隔时间最短1周，最长15周，间隔2—6周27例，占71.05%。

②放射方法及剂量：44例均用^{60}钴全盆腔四野法外照射，前后野面积为15×15cm^2，二侧野面积为10×12cm^2，每日用一前或后野及一侧野轮换照射，中间平面每日剂量为180—200cGY，每周照射5次。单纯放射5例全盆腔总剂量为6100—6380cGY/6—6.5周。放射与手术综合治疗的38例中34例(89.47%)剂量为4500—6000cGY/4.5—6周。

结 果

1. **临床分期与疗效** 放射与手术综合

维普资讯 http://www.cqvip.com

表1 38例放射、手术综合治疗组各期别存活率*

期别	治疗例数	存活例数（%） 1年	3年	5年	10年
Ⅰ	20	20/20(100.00)	20/20(100.00)	17/17(100.00)	10/12(83.33)*
Ⅱ	10	10/10(100.00)	8/10(80.00)	7/8 (87.50)	4/5 (80.00)
Ⅲ	7	5/7 (71.43)	2/7 (28.57)	1/5 (20.00)**	1/5**
Ⅳ	1	1/1	0/1	0/1	0/1
合计	38	36/38(94.74)	30/38(78.95)	25/31(80.65)	15/21(71.43)*

注：* 1例Ⅰ期患者于放疗后9 $\frac{9}{12}$ 年死于脑溢血，故：①Ⅰ期校正十年存活率为90.91%(10/11)。

②Ⅰ、Ⅱ期总的五年、十年存活率各为 90.00%(24/25)、82.35%(14/17)，校正十年存活率为 87.50%(14/16)。③全组校正十年存活率为75.00%(15/20)。

** Ⅲ期1例存活者，曾辅以化疗。

治疗38例疗效见表1。

5例单纯放疗者1例Ⅱ期腺癌存活5年后盆腔复发死亡，1例Ⅱ期未分化癌存活至今已10年，其余Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ期腺癌各1例（其中Ⅲ期1例为89岁患者），均于放疗后2年内死于肿瘤(1例盆腔复发，2例腹腔转移)。1例腺癌术后复发放射者于治疗后半年死于肺转移。

2. 各病理类型与疗效 放射与手术配合的38例中腺癌31例，三、五、十年存活率各为83.87%(26/31)、84.62%(22/26)、78.95%(15/19)。腺鳞癌术后放射Ⅲ、Ⅳ期各1例，分别在治疗后2年内死于盆腔复发及骨转移；术前放射Ⅰ期2例，经次广泛全子宫切除术至今已近6年及9年健在。腺棘皮癌术后放射Ⅰ期1例存活至今已10年；Ⅱ期1例术后放射后1年半死于盆腔复发。1例Ⅰ期透明细胞癌术后放疗存活至今已4年。

3. 腺癌病理分级与疗效：经手术的31例腺癌中分级明确者25例。G_1、G_2患者的五年存活率各为92.31%(12/13)、60.00%(3/5)。2例G_3中Ⅰ期1例，术后放疗后已达8年健在；Ⅱ期1例术前放射后5周行广泛性全子宫切除及盆腔淋巴结清扫术，术后标本证实有残癌，未作其它处理存活至今已10年。各级别间三、五年存活率差别无显著性($P>0.05$)。

4. 肌层浸润深度与疗效 经手术明确肌层浸润情况32例，疗效见表2。

1例无肌层浸润、双侧卵巢转移的Ⅲ期患者，于治疗后2 8/12年死于肝转移。外1/3浸润4例中2例为Ⅲ及Ⅳ期腺鳞癌，1例Ⅱ期腺棘皮癌及1例Ⅲ期腺癌均在2年内死于肿瘤

表2 32例肌层浸润深度与存活率：*

肌层浸润深度	治疗例数	存活例数（%） 1年	3年	5年	10年
无肌层受累或内1/3浸润	18	18/18(100.00)	17/18(94.44)	14/15(93.33)	10/12(83.33)**
中1/3浸润	10	9/10(90.00)	8/10(80.00)	6/8 (75.00)	3/4 (75.00)
外1/3浸润	4	4/4 (100.00)	0/4	0/3	0/2

注：* 卡方检验提示：无肌层受累或内1/3浸润者与中1/3浸润者生存率间差别无显著性($P>0.05$)。

** 1例内1/3肌层浸润者于治疗后9 $\frac{9}{12}$ 年死于脑溢血，故校正十年存活率为90.91%(10/11)。

维普资讯 http://www.cqvip.com

(3例盆腔复发，1例骨转移)。

5. **死亡原因** 38例中死亡12例。其中Ⅰ期2例分别于疗后$9\frac{9}{12}$年及$11\frac{8}{12}$年死于脑溢血；Ⅰ期1例疗后7年死亡，死因不详，但放疗后5年复查时无异常。Ⅲ期2例分别于疗后4月及$1\frac{2}{12}$年失访，末次复查时盆腔无复发。其余7例死于肿瘤，占死亡病例58.33%(7/21)。4/7例于治疗后2年内死亡。7例中3例(Ⅱ期2例，Ⅳ期1例)死于阴道和盆腔肿瘤复发。1例Ⅲ期患者死于远处转移(转移至腹腔2例，肝、骨各1例)。

6. **放射反应及后遗症** 放疗期间患者多有腹痛、腹泻、恶心、纳差等消化道症状，但均能坚持治疗。1例Ⅰ期患者术后15周行全盆腔照射3600cGY/28次/42天，放疗结束后1年余先后出现大便带血及尿血的放射性直肠炎及膀胱炎症状。经保守治疗，于放疗后第10年症状消失，无癌存活至今已18年，能从事轻量劳动。因此例放射剂量不高，且手术、放射相隔时间不短，估计出现后期并发症的原因系个体差异所致。其余病例均无远期放射后遗症，能坚持正常工作或轻量劳动。

讨 论

1、**治疗原则及疗效**：子宫内膜癌目前主要的治疗手段是放射和手术，而多数作者主张二者综合治疗，其疗效较单纯放射或单纯手术好[1,2,3,6,7]。术前放射的目的是缩小肿瘤，降低癌细胞活性，减少手术时的扩散，提高切除率。术后放射多用于补充手术的不足，以减少阴道、盆腔的复发及淋巴结转移，从而提高治愈率。本组手术与放射综合治疗38例的疗效与国内外作者报道相似[1,2,3,4,8]，尤其是Ⅰ、Ⅱ期疗效更佳。

对术前与术后放射的选择，各作者观点不一，多数主张术前放射[1,2,6,8,9]。Ritcher[9]等认为术前放射可缩小子宫，消除盆腔隐匿灶以提高切除率；而Greven[3]等认为术后放疗更佳。因先手术可提供完整的病理学资料，以指导准确分期、个别化治疗。本资料术前放射仅4例，均为Ⅱ期，均无癌存活5年以上。术后放疗30例的五年存活率为77.78%(21/27)。术前与术后放射的五年存活率无显著性差异(P>0.25)，与Poulsen[8]等结果相似。我们认为对于宫增大、临床Ⅱ期以上或病理证实癌分化不良者，均以术前放射为宜。本资料手术与放射间隔时间不尽一致，经统计学处理表明，间隔时间长短不同的各组间存活率差别无显著性(P>0.05)，我们认为术前放射结束后，待急性放射反应基本消退（一般4—6周）即手术为宜。对术后病检发现危险因素者，即Ⅱ期以上，或有深肌层浸润或/和病理分级较低、有宫颈或宫外组织受累者，待伤口愈合后宜尽早予以术后放射。

全组Ⅲ、Ⅳ期及复发放射共13例。其中，术后放射3例中仅1例Ⅲ期腺癌辅以化疗者存活至今已16年；单纯放射4例中1例Ⅲ期未分化癌存活至今已10年，另1例Ⅲ期腺癌存活5年后复发死亡。1例术后复发放射者虽辅以化疗，仍未能挽救生命。对晚期患者，多数作者主张用孕激素、化疗、放疗及手术的综合治疗[1,5,3,6]，我们赞同此观点。先用孕激素及放疗，待肿瘤缩小后伺机手术切除。本组5例晚期及年迈患者因不能手术而采用单纯放疗，尚有2例存活5年以上，如能辅以孕激素及化疗，可望提高疗效。对晚期病例的放射方法还可采用全腹—全盆腔外照射[10]，或全盆—腹主动脉旁区外照射[7]。对个别宫颈管或阴道浸润较多者可合并阴道腔内放射以减少局部复发[2,3,6]。放疗剂量的掌握应根据患者的临床期别、病理学资料及全身情况等决定。剂量范围以4500—6000cGY/4.5—6周为宜，既能取得较好疗效，又不致引起严重的远期后遗症。但此剂量尚不足为宫内膜腺癌的根治剂量，故应力争手术切除。

维普资讯 http://www.cqvip.com

2. 影响预后的因素

（1）临床期别：如表1所示，38例综合治疗者其五年存活率分别为Ⅰ期100.00%、Ⅱ期87.50%、Ⅲ期20.00%，1例Ⅳ期患者于治疗后1 6/12年死于盆腔复发，Ⅰ、Ⅱ期疗效明显优于Ⅲ、Ⅳ期（$P<0.001$）。提示影响预后最重要的因素是临床分期，即期别越晚生存率越低，病灶扩散到子宫外是一最坏的预后因素，与多数作者报道一致[1,2,8,10,11]。

（2）肌层浸润深度：多数作者认为子宫肌层浸润深度是一较病理分级更为重要的预后因素[2,4,8,10,11]。深肌层浸润者淋巴结转移率高，局部复发、远处转移及肿瘤死亡率均明显升高，故预后差。本组肌层浸润情况明确的32例中无肌层受累或内1/3浸润者3、5年存活率各为94.44%、93.33%；而4例外1/3浸润者无1例存活3年（见表2）。我们的结果亦支持这一观点。

（3）腺癌病理分级：一般认为腺癌分化越低，越易浸润深肌层，生存率越低[2,4,8,11]。本组25例分级明确，各级别间3、5年存活率差别无显著性。估计原因为病例数较少，尤其G_3更少。尚待积累资料作进一步探讨。

（注：承蒙病理教研室彭真年老师复查病理切片，谨表谢意）。

参 考 文 献

[1] 谷铁之，等. 肿瘤放射治疗学. 人民卫生出版社出版 1983; 558

[2] 徐立礼. 国外医学计划生育妇产科学分册 1981; 128

[3] Greven K, et al. Cancer 1987; 60: 1737

[4] Larson DM, et al. Cancer 1987; 60: 1358

[5] Varia M, et al. Int.J. Radiat.Oncol. Biol. Phys. 1987; 13:11

[6] 糜若然，等. 国外医学临床放射学分册 1983; 302

[7] Fever GA, et al. Gynecologic Oncology 1987; 27:104

[8] Poulsen MG, et al. Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. 1987; 13:1043

[9] Ritcher N, et al., Cancer 1981; 48: 58

[10] Genest P, et al. Gynecologic Oncology 1987; 26:77

[11] Creasman WT, et al. Cancer 1987; 60:2035

EXTERNAL COBALT 60 IRRADIATION IN THE MANAGEMENT OF ENDOMETRIAL CARCINOMA ——A STUDY OF 44 CASES

Zhang Xingping et al.

(Department of Radiation Oncology, The First Hospital)

Forty-four patients with endometrial carcinoma treated with cobalt 60 whole pelvic external irradiation were reported in this paper. Of these patients, 38 patients who completed combined radiation with operation received a dose of 4500-6000 cGy/4.5-6 weeks, and the disease-free 5- and 10- year survival rates were 80.65% and 71.43% respectively. The 5-and 10 year survival rates were 96.00% and 82.35% for

维普资讯 http://www.cqvip.com

中晚期肝癌导向化疗的初步分析

第一医院普外科 方开先 王济明 罗亿治 刘启富 马永臣 马绍华

提 要 本院自1987年5月起对20例不能切除的中晚期肝癌试用了导向化疗，经肝固有动脉或经胃网膜右动脉插管注入碘油阿霉素混合液。3～4周重复注药。3例在注药后再注入明胶海棉碎块栓塞。结果，甲胎6例转阴，7例肿瘤明显缩小，6例缩小超过50%。半年生存者16/20(80%)，一年生存者5/20(25%)。1例再次手术切除肿瘤，生存19个月。另2例至今已分别存活30个月及22个月。且B超已未发现块影。我们认为：1，导向化疗应看作是为再次切除肿瘤作准备的措施。2.应选择适当病例，肿瘤局限于半肝，无广泛播散转移，门脉主干内无癌栓者，肝硬变不严重者。3.药物用量要根据肿瘤大小，可重复用药。导向化疗如能配合其他疗法会取得更好效果

关键词 肝癌；化疗；导向化疗

肝癌是我国高发的恶性肿瘤之一，近十余年来随着医学的进步及我国有关人员的努力，在肝癌的基础理论，早期诊断与治疗等方面都有新的进展，防治水平有了提高。但是，对中晚期肝癌的治疗仍无大的突破，治疗结果仍远远不能令人满意。最近几年，日本及我国开展了导向治疗，初步取得了较好的成绩。我院自1987年5月起对20例不能切除的中晚期肝癌试用了导向化疗，初步报告如下。

一般资料

20例中，19例男性，1例女性。年龄在29～57岁之间，平均年龄为45岁。18例有肝癌的主要临床表现。

诊 断

8例的诊断是根据临床症状、B超检查有实质性佔位性病变，选择性腹腔动脉造影有典型肝癌影像，其中3例AFP>400ng，5例核素扫描有佔位性病变，3例CT扫描诊断为肝癌。12例诊断根据肝活组织检查，11例病理报告为肝细胞肝癌，1例因取样不准而未得到真实报告，但术时可以肯定为肝癌。

治 疗

10例行手术探查，发现肝癌已无法切除，乃经

Stage I and II. Five patients treated with external cobalt 60 irradiation alone received a dose of 6100-6380 cGy/6-6.5 weeks. Of 5 patients,2 lived more than 5 years. We found that the prognosis of combined treatment group was better than primary radiation group. The significance of pre- and post- operative radiation,and combined treatment for advanced disease were discussed. We also emphasized the importance of pre-operative radiation. The clinical stage of disease and depth of myometrial penetration were of prognostic significance

KEY WORDS Endometrial carcinoma; External irradiation