

热疗联合放化疗治疗局部晚期宫颈癌的效果分析

朱娟 赵祥梅 赵雷

贵州省毕节市第一人民医院肿瘤科 贵州 毕节 551700

【摘要】目的：研究分析热疗联合放化疗治疗局部晚期宫颈癌的效果。**方法：**将2018年8月至2019年8月就诊的24例局部晚期宫颈癌作为本次研究对象，随机分至常规组和联合组内，每组12例患者。常规组患者实施放化疗治疗，联合组患者实施热疗联合放化疗治疗，对两组患者治疗效果进行对比。**结果：**治疗实施后，联合组患者临床肿瘤退缩疗效、不良反应发生情况相比于常规组患者，临床实施效果较为显著，存在明显统计学差异（ $P < 0.05$ ）。**结论：**局部晚期宫颈癌患者采用热疗联合放化疗进行治疗，对恶性肿瘤细胞的扩散及生长具有一定的控制效率，有效提高患者生存期限及临床治疗效果，具有临床应用价值。

【关键词】：热疗联合放化疗；局部晚期宫颈癌；效果

宫颈癌是常见的妇科恶性肿瘤之一，发病率在我国女性恶性肿瘤中居第二位，位于乳腺癌之后；常见临床症状为接触性引导、异常白带、不规则阴道流血、绝经后阴道流血，晚期可表现为阴道大出血、腰痛、下肢水肿、贫血、发热、或消耗等恶液质临床表现；对于局部晚期宫颈癌，治疗为同步放化疗为主的综合治疗，本文就热疗联合放化疗治疗局部晚期宫颈癌的效果加以研究，现报告如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

将2018年8月至2019年8月我科收治的24例局部晚期宫颈癌作为本次研究对象，24例患者均病理明确诊断为宫颈鳞状细胞癌，治疗前完善肺及上腹部CT平扫、盆腔MRI平扫+增强，排除远处转移，结合妇科检查，临床分期为IIb-IVa，随机分至常规组和联合组内，每组12例患者。常规组患者年龄29岁至68岁，平均年龄（ 46.15 ± 1.85 ）岁，联合患者年龄30岁至66岁，平均年龄（ 45.81 ± 1.69 ）岁，常规组分期中，IIb期患者4例、IIIa期患者3例、IIIb期患者2例，IVa期患者3例，联合组分期中，IIb期患者5例、IIIa期患者3例、IIIb期患者2例，IVa期2例；对比两组患者年龄、分期，无统计学差异（ $P > 0.05$ ）。

1.2 方法

常规组患者实施放化疗同步治疗：放疗包括体外照射治疗和近距离放疗联合，外照射放疗在模拟机或CT模拟机下定位，勾画靶区，采用6MV-X线调强放疗，放疗靶区：GTV：妇科检查和影像检查可见的肿瘤范围，CTV：子宫体、宫颈、宫旁、阴道（下界距离肿瘤至少3cm）和相应淋巴结引流区；PTV：CTV外扩1cm，放疗剂量：45Gy/1.8Gy/25f/5-6周；近距离照射：放疗至20f开始后装近距离放疗，采用铱192，放疗剂量6Gy/f每周1次，共5次，放疗总剂量75Gy；危及器官受量在可耐受范围；同步化疗：顺铂周疗：40mg/m²，放疗第1、8、15、22、

29和36天）；

联合组患者实施热疗联合放化疗治疗：联合组患者放疗靶区勾画及计划实施、同步化疗方案及剂量与常规组患者一致，于同步顺铂化疗当前1小时完成热疗，热疗采用弧形电极板，患者取仰卧位，与电极板保持五厘米左右距离，根据患者反馈信息，适当调整电极板温度，但需保证电极板温度不低于43摄氏度，最高不超过44摄氏度，实施频率13.56赫兹，每周1次。

1.3 观察指标

对比组间临床治疗效果，放疗中期及放疗结束复查肺、上腹部CT平扫、盆腔MRI平扫+增强行放疗中期及放疗结束即刻疗效评估，疗效评价根据实体瘤疗效评价标准RECIST（1.1版），观察肿瘤组织退缩程度，评价为完全缓解（CR）、部分缓解（PR）、稳定（SD）、进展（PD），观察有无新发病灶，观察放射性皮炎、放射性肠炎、放射性膀胱炎、骨髓抑制等不良反应发生比例；

1.4 统计学处理

本次研究热疗联合放化疗治疗局部晚期宫颈癌的效果，数据分析应用统计学软件SPSS21.0，t检验计量资料，用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示， χ^2 检验计数资料，具有统计学意义表现为 $P < 0.05$ 。

2. 结果

（1、肿瘤退缩疗效评价：CR 几例、PR 几例、SD 0例、PD 0例；2、不良反应发生情况：放射性膀胱炎几例、放射性肠炎几例、骨髓抑制几例）；统计学根据疗效及不良反应发生情况进行统计分析；

2.1 组间不良反应发生情况

统计组间患者不良反应发生情况，经测试评分并开展对比可见，联合患者采用热疗联合放化疗治疗后，放射性膀胱炎、放射性肠炎、骨髓抑制等发生人数显著少于常规组患者，联合组不良

反应发生几率较低, 存在统计学意义 ($P < 0.05$) 详见表 1。

表 1 局部晚期宫颈癌患者不良反应发生情况对比 (n%)

分组	案例 (n)	放射性膀胱炎	放射性肠炎	骨髓抑制	百分比数值
常规组	12	3	2	4	9 (75.00%)
联合组	12	1	1	1	3 (25.00%)
χ^2	-				6.0000
P	-				0.01431

2.2 肿瘤退缩疗效评价

统计组间肿瘤退缩疗效评价, 经统计计算, 联合组患者实施治疗后, 肿瘤退缩疗效评价存在明显优势性, 对比常规组患者数据存在统计学差异 ($P < 0.05$), 详见表 2。

表 2 局部晚期宫颈癌患者治疗实施后肿瘤退缩疗效评价 (n%)

分组	案例 (n)	完全缓解 (CR)	部分缓解 (PR)	稳定 (SD)	进展 (PD)	百分比数值
常规组	12	1	2	3	6	6 (50.00%)
联合组	12	4	6	1	1	11 (91.67%)
χ^2	-					5.0420
P	-					0.0724

3. 讨论

据世界范围内统计, 每年约有 50 万左右的宫颈癌新发病例, 占有癌症新发病例的 5%, 其中的 80% 以上的病例发生在发展中国家。患病的高峰年龄为 40~60 岁, 近年来大量研究表明, 宫颈癌的发病年龄呈年轻化趋势。随着生活节奏及工作压力的不断增大, 局部晚期宫颈癌的发病率呈逐年上升趋势, 局部晚期宫颈

参考文献:

- [1] 徐敏, 胡建新, 陈永发. 热疗联合放化疗治疗局部晚期宫颈癌的远期疗效分析[J]. 现代肿瘤医学, 2020, 28(08): 1351-1353.
- [2] 张雪梅, 陈丽. 局部晚期宫颈癌根治性手术联合辅助治疗与同步放化疗疗效分析[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2019, 6(10): 122-124+129.
- [3] 郑德玉. 同步放化疗联合盆腔热疗治疗局部晚期宫颈癌的效果[J]. 实用妇科内分泌杂志(电子版), 2019, 6(06): 119+125.
- [4] 邹金金, 刘定义, 刘鸿, 李妮. 新辅助放化疗联合热疗对进展期直肠癌的应用效果研究[J]. 中外医学研究, 2019, 17(01): 24-25.

癌患者疾病治疗效率及临床治疗时效性等方面, 均存在一定的滞后性^[1]。持续高危型人乳头瘤病毒 (HPV) 感染是宫颈癌及癌前病变的首要因素, 其他的高危因素有: 不良性行为: ①过早开始性生活、多个性伴侣或丈夫有多个性伴侣; ②月经及分娩因素: 经期卫生不良, 经期延长、早婚、早育、多产等; ③性传播疾病导致的炎症对宫颈的长期刺激; ④吸烟; ⑤长期口服避孕药, 口服避孕药 8 年以上宫颈癌特别是腺癌的风险增加两倍; ⑥免疫缺陷与抑制; ⑦其他病毒感染: 疱疹病毒 II 型与宫颈癌的病因联系不能排除。局部晚期宫颈癌的临床治疗以放化疗为主, 同步放化疗较单纯放疗提高了疗效, 同步化疗有放疗增敏作用, 能有效提高控制肿瘤生长, 杀伤肿瘤细胞, 使肿瘤缩小, 能有效降低肿瘤复发及远处转移几率^[2]。

热疗是利用光的导热特质, 采用热辐射形式, 利用物理能量加热人体全身或局部, 使肿瘤组织温度上升到有效的治疗温度, 并持续一定时间, 利用正常组织和肿瘤细胞对温度耐受能力的差异, 达到既能使肿瘤细胞凋亡、又不损伤身体正常组织的目的, 热疗联合化疗, 可以提高肿瘤内药物的浓度, 增强抗肿瘤效应, 同时降低化学药物对未加热的正常组织的毒性作用, 有助于防止和推迟耐药的产生。另外, 位于肿瘤中心部位的肿瘤细胞处于乏氧状态, 对放射线不敏感, 放疗后不能完全被杀灭, 而热疗对放疗抗拒的 S 期细胞特别容易被高热杀伤, 因此, 热疗联合放疗可以提高放疗疗效; 热疗联合同步放化疗, 以此提高局部晚期宫颈癌患者放化疗疗效, 提高局部完全宫颈癌的局控率, 降低局部复发率, 从而提高患者局部晚期宫颈癌治疗疗效^[3-4]。

本次研究表明, 热疗联合同步放化疗对局部晚期宫颈癌患者具有较好的疗效, 且未增加治疗不良反应, 联合组采用热疗联合同步放化疗后, 放射性膀胱炎、放射性肠炎、骨髓抑制等不良反应发生几率, 肿瘤退缩疗效评价结果对比常规组采用放化疗治疗患者, 临床治疗效果较高, 组间数据实施对比, 统计学差异明显 ($P < 0.05$)。

综上所述, 局部晚期宫颈癌患者采用热疗联合放化疗进行治疗, 临床治疗效果存在一定优势性, 能够有效辅助放化疗对患者疾病治疗效果, 提高局部缓解率、增加局部控制率、降低局部复发率, 且未增加不良反应, 因此, 值得在临床上使用推广。