

中晚期宫颈癌应用调强配合后装放射治疗的临床分析

苏 婷

柳州市工人医院 广西柳州 545005

〔摘 要〕目的 探究调强配合后装放射治疗中晚期宫颈癌的效果。方法 选取我院 2017 年 1 月~2019 年 1 月收治 130 例中晚期宫颈癌患者为研究对象,依据随机分组方式将其分为考察组、参照组,各 75 例,参考组患者予以三维适形调强放疗,考察组予以三维适形调强放疗配合后装放射治疗,对比治疗效果、不良反应发生率。结果 考察组的治疗有效率 82.67% 高于参照组的 68.00%,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。考察组的放射性皮炎、肠炎、膀胱炎、骨髓抑制、泌尿症状等不良反应情况均低于参照组,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 调强配合后装放射治疗中晚期宫颈癌,能够显著提升患者的治疗效果及安全性,故应在临床中推广应用。

〔关键词〕中晚期宫颈癌; 适形调强放疗; 后装治疗; 治疗有效率; 不良反应

〔中图分类号〕R737.33 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2019) 02-022-02

宫颈癌是较为常见的女性恶性肿瘤。相关数据显示,近年来该疾病有年轻化趋势^[1]。对于中晚期宫颈癌患者,主要是以传统放疗为主,但由于不良反应多,整体治疗效果并不理想。基于此,笔者以我院患者为例,以期探究更行之有效的方案。报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取我院 2017 年 1 月~2019 年 1 月收治的 130 例中晚期宫颈癌患者为研究对象。随机分为两组,每组 75 例。考察组中,年龄 36~79 岁 (51.22 ± 9.17 岁),肿瘤直径 3.2~8.3 cm (6.03 ± 0.54) cm。参照组中,年龄 35~78 岁 (51.24 ± 9.16 岁),肿瘤直径 3.1~8.5 cm (6.11 ± 0.52) cm。本次研究已经通过伦理委员批准,且所有患者及家属均自愿参与,并签署知情同意书。对比两组患者的基础资料,差异并不显著 ($P > 0.05$)。具有可比性。

1.2 治疗方法

参照组:使用西门子 Biograph mCT S20 PET-CT 模拟定位机、瓦里安 Trilogy 直线加速器进行放疗。以三维适形调强放疗进行治疗:患者取仰卧位,使用瓦里安的模拟定位机自 T10 椎体上端开始扫描,至坐骨结节下端 2 cm 为止,层厚 3 mm,扫描后的图像自动上传至放射治疗计划系统。安排 3 名资深临床医师根据扫描结果勾画肿瘤靶区 (GTV)、危及器官, GTV 外扩 10 mm 作为临床靶区 (CTV),包括子宫、宫颈、原发病灶。将 CTV 前方外放 8 mm、其他方向外放 10 mm 作为计划靶

区 (PTV)。以 PTV 为中心,使用瓦里安直线加速器于 6~9 野进行等中心野优化放疗,处方剂量 53 Gy, 2.0 Gy/次,每周 5 次,连续 7 周。

考察组:予以三维适形调强放疗配合后装放射治疗。三维适形调强放疗:与参照组相同。腔内后装放疗:使用 HM-HDR 后装治疗机,以患者宫腔深度、阴道深度、宫颈口外部肿瘤情况为依据,针对性设计施源器。对所有患者予以纱布条填充阴道,以降低放疗损伤。每周进行 1 次,剂量 60~36 Gy,连续进行 5~6 次。

1.3 观察指标

观察两组患者的临床治疗效果及不良反应发生率。

治疗后 1 个月评价疗效,评价标准^[2]:肿块完全消失则为显效;肿块与治疗前相比,缩小 50% 及以上,则治疗有效;肿块并未明显缩小,也未出现新病灶,则为无效;肿块增加或出现新疾病病灶,则为恶化。〔治疗有效率 = (有效 + 显效) / 总例数〕

1.4 统计学分析

以 SPSS23.0 系统对数据进行统计分析,有效率、不良反应发生率等计量资料以 (%) 表示,行 χ^2 检验,如 $P < 0.05$,则表明有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗效果

治疗后 1 个月,考察组的治疗有效率高于参照组,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 1。

表 1: 两组患者治疗效果对比研究 (%)

组别	n	显效	有效	无效	恶化	治疗有效率
参照组	75	21 (28.00)	30 (40.00)	17 (26.67)	7 (9.33)	51 (68.00)
考察组	75	26 (34.67)	36 (48.00)	7 (9.33)	6 (8.00)	62 (82.67)
χ^2	-	-	-	-	-	4.341
P	-	-	-	-	-	0.037

2.2 不良反应发生率

考察组的放射性皮炎、肠炎、膀胱炎、骨髓抑制、泌尿症状等不良反应情况均低于参照组,差异较大,具有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 2。

3 讨论

中晚期宫颈癌,死亡率较高,其治疗大多以放疗为主^[3]。三维适形调强放疗为临床常用手段,但该方式放疗剂量过低无法达到理想治疗效果,放疗剂量过高容易引起放射性损

表 2: 两组患者不良反应发生情况

组别	n	放射性皮炎	放射性肠炎	放射性膀胱炎	骨髓抑制	泌尿症状
参照组	75	27(36.00)	31(41.33)	21(28.00)	13(17.33)	11(14.67)
考察组	75	12(16.00)	14(18.67)	10(13.33)	4(5.33)	3(4.00)
χ^2	-	7.796	9.175	4.920	5.374	5.042
P	-	0.005	0.002	0.027	0.0220	0.025

伤。正常组织对放射剂量的耐受性存在局限,一般情况下可耐受的放射剂量为 50Gy 以下,而该剂量控制肿瘤的效果有限。有些医院为了达到更好的治疗效果,就将放射剂量调高,以此来对肿瘤进行控制,但由于若盲目增加照射剂量会对正常组织造成严重放射性损伤,不但无法达到治疗目的,可能引发严重并发症,重者可危及患者生命健康。基于此,有效的将放射线集中肿瘤部位,减少对其它器官造成的影响,成为中晚期宫颈癌治疗中的重要问题。

近年来,医疗技术的不断改革,相应的中晚期照射治疗方案也在不断改革,调强配合后装放射技术逐渐应用于临床当中。武文娟^[4]研究显示,该方案在调强治疗基础上,对患者的照射剂量、区域、分割剂量等进行规划分析,针对病灶进行针对性后装放疗,合理分配照射剂量,能够减少患者周围组织、器官的照射剂量,而将放射剂量集中于肿瘤病灶上,照射范围更为准确,能够在提升肿瘤控制效果同时,降低放射性损伤发生率。本次研究予以考察组患者调强配合后装放射治疗。结果患者的治疗有效率显著提升,达到 82.67%,而

放疗相关不良反应发生率降低,仅为 4.00%,均优于参照组,差异明显($P < 0.05$)。这就与以往研究结果一致。

综合上述分析能够看出,调强配合后装放射治疗中晚期宫颈癌患者能够有效控制肿瘤的发展,且安全性较高,故应在临床中推广应用。

[参考文献]

- [1] 张晶.调强配合后装放射治疗中晚期宫颈癌的效果研究[J].世界复合医学,2018,4(1):78-80.
- [2] 赵青莲.调强适形放疗加后装放疗联合化疗在中晚期宫颈癌治疗中的临床研究[J].现代妇产科进展,2018,27(2):131-133.
- [3] 魏炜.调强放射治疗与盆野照射放射治疗在晚期子宫颈癌患者中的临床应用观察[J].实用医技杂志,2018,13(1):97-98.
- [4] 武文娟,林益匡,徐宜武,等.中晚期宫颈癌调强适形放射治疗与常规放疗疗效及不良反应的比较[J].中国医刊,2017,52(11):61-64.

(上接第 20 页)

以及胰管扩张等问题,此外 CT 值一般在 30HU,密度比胰腺正常标准更低。当病情更为严重,胰周的脂肪间隙会逐步消除,肾前筋膜会呈现变厚,胰腺轮廓会变得模糊不清。胰腺如果有炎性水肿或者组织坏死情况时,则会呈现出现胰腺低密度影,CT 值一般在 10 至 20HU 左右。水肿的病灶区域进行增强扫描则会有轻度强化状况,表现为低密度状况,坏死情况下则会有气液平面,出血情况下会有高密度影像出现。此外 CT 技术可以有效的展现急性胰腺炎中胰腺的形态与坏死的具体分级情况,由此判断其病情严重性,为预后情况做有效的判断指导。如果严重程度轻,可以运用药物保守治疗,情况严重则需要及时手术干预。因此诊断的具体程度情况直接影响的的治疗方式,CT 诊断在此方面具有一定优势。具体情况还需要依据患者的症状表现以及综合情况考虑,保证治疗方案的准确性,让诊治工作因人制宜的个性化展开。在临床诊断中,

需要不断积累检查经验,提升病情判断能力,保证诊断有关参数设置的合理性,避免差错误诊与漏诊。必要情况下,需要考虑采用联合技术诊断,发挥不同技术的优势。尤其是患者综合情况复杂时,需要发挥技术间的互补性效果。

综上所述,急性胰腺炎采用 CT 诊断可以有效的提升阳性率,对临床诊治工作提供更多帮助。

[参考文献]

- [1] 景建超.CT 对急性胰腺炎的临床诊断价值探析[J].现代医用影像学,2017,26(2):428-429.
- [2] 王斌,纪仁浩,贺启龙等.超声与多层螺旋 CT 在诊断急性胰腺炎中的应用比较[J].浙江临床医学,2018,20(8):1441-1442.
- [3] 杨红玉.CT 与 MRI 在急性胰腺炎诊断中的效果比照观察[J].中国实用医药,2017,12(9):67-69.

(上接第 21 页)

3 讨论

牙种植过程中,通常会用到引导骨再生技术,根据成骨细胞、纤维细胞、上皮细胞三者移动速度的不同,将生物膜覆盖至牙缺损部位,创造完全封闭的环境,加速牙骨组织的再生,预防牙龈结缔组织细胞、上皮组织细胞嵌入到牙缺损区域,促进骨细胞的嵌入,从而实现牙缺损部位的骨再生。

从本次研究结果来看,海奥口腔修复膜材料引导骨再生的成功率(94.74%)要显著高于 Bio-Guid 生物膜(71.05%),骨厚度和植骨厚度也更有优势,因此建议推广。

[参考文献]

- [1] 王杏松.口腔修复膜材料在牙种植中引导骨再生中的应用分析[J].中国医药指南,2014,(4):172-172,173.
- [2] 孙欢,吴杨,赵吉宏等.口腔修复膜材料在牙种植中引导骨再生的效应研究[J].西部医学,2016,28(5):666-669.
- [3] 何丽明,郭强,何永文等.口腔修复膜材料在牙种植中引导骨再生的临床效果[J].昆明医科大学学报,2017,38(3):31-34.
- [4] 梅群英.口腔修复膜材料在牙种植中引导骨再生的效应分析[J].实用心脑血管病杂志,2018,26(z1):80-81.
- [5] 张艺平.口腔修复膜材料在牙种植中引导骨再生的临床效果评价[J].中国医药科学,2016,6(20):197-199.