

# 放射性碘 125 粒子联合高频热疗治疗伴有大肿块的晚期妇科肿瘤患者的疗效分析

周黎<sup>1</sup>, 陶长艳<sup>2</sup>

(1. 南京大学医学院, 江苏 南京 210008; 2. 安徽医科大学, 安徽 合肥 230000)

**摘要:**目的 探讨晚期妇科肿瘤合并大肿块患者采用高频热疗与放射性碘 125 粒子联合进行治疗的效果。方法 抽取我院 2013 年 1 月至 2016 年 12 月收治的 42 例晚期妇科肿瘤合并大肿块患者作为研究对象, 分成观察组与对照组, 对照组仅采用放射性碘 125 粒子进行治疗, 观察组在对照组基础上联合高频热疗进行治疗, 对比两组患者的治疗效果。结果 观察组、对照组治疗总有效率分别为 38.09%、59.52%, 与对照组相比, 观察组治疗总有效率明显较高 ( $P < 0.05$ ); 观察组治疗后 NRS 评分、KPS 评分与对照组相比, 有明显差别 ( $P < 0.05$ )。结论 晚期妇科肿瘤合并大肿块患者采用高频热疗联合放射性碘 125 粒子进行治疗能获得较为理想的效果, 不仅能降低患者的疼痛程度, 还能提高生存质量。

**关键词:** 晚期妇科肿瘤; 大肿块; 高频热疗; 放射性碘 125 粒子; 治疗效果

中图分类号: R73

文献标识码: A

DOI: 10.19613/j.cnki.1671-3141.2018.73.055

本文引用格式: 周黎, 陶长艳. 放射性碘 125 粒子联合高频热疗治疗伴有大肿块的晚期妇科肿瘤患者的疗效分析 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(73): 77-78.

## 0 引言

恶性肿瘤常见疾病中妇科肿瘤具有极高的发病率, 早期确诊后, 采用放化疗联合手术进行治疗能获得较为理想的效果, 可有效的延长患者的生存周期<sup>[1]</sup>。但是大部分妇科肿瘤患者均是在疾病进展到晚期方确诊疾病, 无法再开展手术治疗, 通过常规治疗不能获得理想的效果, 且容易出现盆腔肿块增大的情况, 对血管、神经、输尿管、膀胱、直肠等重要器官产生压迫, 导致患者出现下肢水肿与疼痛、腹部疼痛、腹胀、无尿、血尿、便血等情况, 对患者的生活质量产生影响。本文对我院收治的晚期妇科肿瘤合并大肿块患者采用高频热疗联合放射性碘 125 粒子进行治疗, 现将治疗效果总结如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料。**本组研究对象的临床数据均来自 2013 年 1 月至 2016 年 12 月到我院接受治疗的晚期妇科肿瘤合并大肿块患者 82 例, 年龄为 29-60 岁, 平均  $(42.32 \pm 6.25)$  岁; 所有患者均通过肿瘤标志物定量检查、影像学检查、病理学检查给予确诊; 20 例子宫内膜癌, 30 例卵巢癌, 32 例宫颈癌; 所有患者均存在盆腔肿块, 肿块直径为 6-12 cm 左右。所有患者治疗前均了解本次研究, 并签署知情同意书。根据患者治疗方法的差别, 分成观察组与对照组, 每组 41 例。观察组、对照组各项一般资料对比基本一致 ( $P > 0.05$ ), 有临床比较性。

**1.2 方法。**对照组通过放射性碘 125 粒子进行治疗, 通过 CT 引导植入治疗, 在手术之前给予对症支持治疗, 并完善血凝酶、平痛新、垂体后叶素等药物的准备工作。要求患者在 CT 平板床上平卧, 对穿刺点进行常规消毒铺巾后, 通过利多卡因给予局部麻醉, 采用 CT 扫描的方式对穿刺深度、穿刺点位置进行确定, 并于 TPS 输入影像学资料完成三维重建肿瘤形态的工作, 处方剂量设置为 90Gy, 排列针距设置为 1.0 cm, 在肿瘤远端 0.5 cm 位置停止进针, 并按照 1.0 cm 间隔退针的方式完成碘 125 粒子植入工作, 按照层距 1 cm 的要求进行逐层植入治疗。完成放射性粒子植入治疗后, 通过 CT 扫描的方式观察放射性碘 125 粒子位置是否达到相关要求, 通过分析 TPS 计划完成肿瘤剂量验证工作, 若发现缺失情况, 要立即作补种处理, 直到满足计划要求才能停止。手术后需

要对患者疼痛、出血等情况进行密切观察, 并开展抗感染、止痛、止血等干预<sup>[2]</sup>。观察组放射性碘 125 粒子治疗方法与对照组一致, 并联合体外高频热疗进行干预, 通过计算机对体外高频热疗的温度与时间进行控制, 通过分析患者的耐受情况, 合理调整温度, 2-3 次/周, 4 周为 1 个疗程。治疗期间需要对患者局部皮肤、生命体征、临床症状、体温等进行密切观察, 一旦出现异常, 则需要对热疗机输出功率进行调整, 或者暂停治疗干预<sup>[3]</sup>。

**1.3 治疗效果判定标准。**采用完全缓解 (CR)、部分缓解 (PR)、无变化 (NC)、进展 (PD) 等 4 个级别对本组患者的治疗效果进行判定, 有效率为完全缓解 + 部分缓解。

同时通过国际通用数字分级法 (NRS) 评估患者的疼痛缓解情况, 分值越高, 表示患者的疼痛程度越严重; 另采用 KPS 评分表对患者的生存质量进行评价, 分值越高, 表示患者的生存质量越好。分别对两组研究对象进行为期 12 个月的随访。

**1.4 统计学处理。**采取 SPSS 30.0 统计学软件完成观察组、对照组的数据分析统计工作, 计数数据 (有效率) 采用率 (%) 表示, 以卡方完成检验, NRS 评分、KPS 评分等计量数据采取均数  $\pm$  标准差表示, 以  $t$  检验, 若  $P < 0.05$ , 则表示组间数据对比差异显著。

## 2 结果

**2.1 对比两组治疗有效率。**对照组中 6 例完全缓解, 10 例部分缓解, 12 例无变化, 14 例进展, 治疗总有效率为 39.02%; 观察组中 10 例完全缓解, 18 例部分缓解, 8 例无变化, 6 例进展, 治疗总有效率为 68.29%, 观察组治疗总有效率明显高于对照组 ( $P < 0.05$ )。

**2.2 对比两组治疗前后 NRS 评分与 KPS 评分改善情况。**对照组治疗前 NRS 评分为  $(7.45 \pm 2.52)$  分, 治疗后 NRS 评分为  $(6.52 \pm 1.24)$  分; 治疗前 KPS 评分为  $(60.15 \pm 7.15)$  分, 治疗后 KPS 评分为  $(72.33 \pm 8.62)$  分; 观察组治疗前 NRS 评分为  $(7.15 \pm 2.19)$  分, 治疗后 NRS 评分为  $(2.53 \pm 1.08)$  分; 治疗前 KPS 评分为  $(61.22 \pm 7.62)$  分, 治疗后 KPS 评分为  $(85.23 \pm 9.15)$  分; 观察组治疗后 NRS 评分明显低于对照组, KPS 评分明显高于对照组 ( $P < 0.05$ )。

### 3 讨论

女性生殖系统恶性肿瘤主要包括卵巢癌、子宫内膜癌、宫颈癌等疾病,对女性健康产生较大的威胁。而晚期妇科肿瘤患者常会合并盆腔大肿块症状,对重要神经、重要血管、重要器官等产生压迫,从而造成其他临床症状,导致患者痛苦明显增加<sup>[4]</sup>。因为大部分晚期妇科肿瘤患者需要综合放化疗、手术等方式进行治疗,其KPS评分、身体状况极差,无法开展再次放化疗治疗,临床治疗较为棘手。放射性碘125粒子植入治疗属于一种新型的肿瘤微创治疗方法,具备毒副作用轻、创伤小、疗效准确等效果,该治疗方法可以持续出现低能 $\gamma$ 射线,对于肿瘤细胞DNA双链可持续不断的破坏,使其增值能力有效消失,促进肿瘤细胞得到消灭,获得彻底治疗的效果。放射性碘125粒子植入已经在肝癌、食管癌、肺癌、头颈部肿瘤等疾病中获得较为广泛的应用,并获得较为理想的效果<sup>[5]</sup>。体外高频热疗属于一种新型绿色治疗方法,被广泛的用于妇科肿瘤、腹部肿瘤的临床治疗中,且获得较为理想的效果。据分析本组研究结果得知,观察组患者采用联合方式进行治疗后,其治疗总有效率明显较高( $P<0.05$ );其疼痛评分、生存质量评分改善情况明显优于

对照组( $P<0.05$ )。由此可知,晚期妇科肿瘤合并大肿块患者采用联合方式进行治疗,能获得较为理想的近期效果,可显著改善患者临床症状。

综上所述,放射性碘125粒子联合体外高频热疗进行治疗,可促进患者治疗痛苦明显缓解,使其生活质量明显提高,可极大的临床推广价值。

### 参考文献

- [1] 温林春,尤传文,凌冰,等.碘125粒子植入联合体外高频热疗治疗盆腔复发转移妇科肿瘤的近期疗效观察[J].现代肿瘤医学,2017,25(15):2457-2459.
- [2] 斌巴,赵巍,吕红艳.放射性碘125粒子植入联合高频热疗对肺癌的治疗价值[J].大医生,2017,2(06):76-77.
- [3] 程星,李青,谢启超.放射性碘125粒子植入联合高频热疗治疗晚期肺癌的近期疗效观察[J].重庆医学,2014,43(24):85-86+89.
- [4] 赵贵生,王增,郭明涛.放射性(125)I粒子植入联合高频热疗治疗晚期肺癌对患者血清N-POMC、MIC-1水平的影响[J].临床合理用药杂志,2015(25):150-151.
- [5] 陈广幸,陈燕武,陈伙辉.放射性碘125粒子植入联合体外高频热疗治疗恶性肿瘤[J].中国基层医药,2006(01):47-48.

(上接第75页)

得以有效清除,缓解周围脑组织受压迫的程度,颅内占位性病变可短时间内解决,避免血肿成分出现崩解而诱导继发性脑损伤,对脑组织受损范围具控制效果,可促局部脑血流最大程度恢复,降低致残致死率<sup>[5-6]</sup>。结合本次研究结果示,观察组临床总有效率为76%,明显高于对照组50%,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。两组治疗前,NIHSS评分差异无统计学意义( $P>0.05$ ),治疗后均低于治疗前,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),且观察组治疗后低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

综上,针对临床收治的急性脑出血患者,在 $<6$ h超早期时间窗内行立体定向软通道微创血肿穿刺引流术方案治疗,可显著提高临床效果,改善神经功能恢复情况<sup>[7-9]</sup>。

### 参考文献

- [1] 杨君,魏进旺,梁启龙,等.高血压脑出血手术时机及手术方式的综合研究[J].中华临床医师杂志:电子版,2013,7(17):147-151.

- [2] 叶强敏,金涵子,黄永前,等.基底节区脑出血血肿扩大预测模型的建立及手术时机研究[J].中国医药导报,2014,11(33):54-55.
- [3] 王佳斌,陈晓丽,林志国,等.手术治疗高血压脑出血317例疗效观察[J].哈尔滨医科大学学报,2015,49(4):361-363.
- [4] 罗方接,李小云.小骨窗显微手术治疗基底节区高血压性脑出血的手术时机探讨[J].临床和实验医学杂志,2014,13(19):1614-1615.
- [5] 何小华.不同手术时机的颅内血肿微创清除术治疗急性脑出血的疗效观察[J].医学理论与实践,2013,26(10):1306-1308.
- [6] 王孝成.不同微创清除手术时机对高血压脑出血颅内血肿患者临床疗效的影响分析[J].中国医药指南,2015,13(25):102-103.
- [7] 孙启岗,张光运.不同手术时机的颅内血肿微创清除术治疗急性脑出血的疗效研究[J].河北医学,2012,18(7):1366-1368.
- [8] 何颖.不同手术时机的颅内血肿微创清除术治疗急性脑出血的疗效分析[J].医学信息(上旬刊),2011,24(9):6173-6173.
- [9] 卢海.改良颅内血肿微创清除术治疗脑出血的临床研究[J].中国当代医药,2014(18):189-190.

(上接第76页)

出现肺部感染例数少有利于肺功能的恢复,并且降低了肺部感染的风险,在腹腔镜的操作下,患者手术中的视野较为明显,有利于手术的操作和完成,临床上具有重要的意义。

### 参考文献

- [1] 程栋梁,林称意,郭家龙,等.全腹腔镜手术在食管癌根治术中的应用及其疗效分析[J].中国煤炭工业医学杂志,2015,18(09):1463-1465.
- [2] 韦武芝,吕文强,刘宝珊.胸腹腔镜联合下食管癌根治术治疗食管癌的临床疗效观察[J].中国现代药物应用,2016,10(11):62-63.
- [3] 王庆.胸腹腔镜联合下手术治疗食管癌的临床效果分析[D].重庆

医科大学,2016.

- [4] 段超.食管癌应用胸腹腔镜联合食管癌根治术治疗的疗效分析[J].中国医药指南,2017,15(27):155-156.
- [5] 王军岐,杨智,付小伟,等.胸腹腔镜联合食管癌根治术治疗老年食管癌的临床疗效及预后分析[J].现代生物医学进展,2015,15(15):2888-2890+2903.
- [6] 侯强强.胸腹腔镜食管癌根治术与传统三切口手术的疗效对比研究[D].新疆医科大学,2013.
- [7] 张云魁,黄海涛,张荣生,等.胸腹腔镜联合胸段食管癌根治术临床疗效分析[J].中华胸外科电子杂志,2017,4(02):71-77.