

ferentiation and clinical behaviour in non-small cell lung tumours [J]. Br J Cancer, 1991, 64(2): 333~338

4 Linnoila RI, Piantadosi S, Ruckdeschel JC. Impact of neuroendocrine differentiation in non-small cell lung cancer [J]. Chest, 1994, 106(6 suppl):367~371

5 Loy TS, Darkow GV, Quesenberry JT. Immunostaining in the diagnosis of pulmonary neuroendocrine carcinoma. An immunohistochemical study with ultrastructural correlations[J]. Am J Surg Pathol, 1995, 19(2):173~182

6 Abbona G, Papotti M, Viberti L, et al. Chromogranin A gene expression in non-small cell lung carcinomas[J]. J Pathol, 1998, 186(2):151~156

7 张 伟,林宜先,熊永炎,等.伴神经内分泌分化非小细胞肺癌中 p53 ,bcl-2 及 c-myc 的表达[J].中国肺癌杂志,2002,5(1):21~24

8 欧阳能太,陈国勤,丁 静,等.非小细胞肺癌神经内分泌表达的检测及其临床意义[J].中华结核和呼吸杂志,2001,24(2):90~92

9 丁 静,欧阳能太,陈国勤,等.肺癌组织神经内分泌分化的免疫组化研究[J].现代临床医学生物工程学杂志,2000,6(4):245~246

10 云径平,韩安家,熊 敏,等.非小细胞肺癌生物学特性与神经内分泌分化的关系[J].临床与实验病理学杂志,2000,16(6):474~477

(2004-02-10 收稿)

(杨红欣校对)

早期宫颈癌前哨淋巴结检测的意义

温 放 郭科军 张 颐 高鸣燕^①

中国医科大学附属第一医院妇科 (沈阳市 110001)

关键词 宫颈癌 前哨淋巴结 SLN

中图分类号:R737.33 文献标识码:A 文章编号:1000-8179(2005)03-0167-03

宫颈癌是女性生殖系统最常见的恶性肿瘤。近年来,由于普查手段的改进,早期宫颈癌的患者正在逐渐增多。治疗多采用子宫广泛切除及盆腔淋巴结清除术,但淋巴结转移率在Ⅰ期及Ⅱ期患者中最高达 30%,这就使大多数无转移的淋巴结受到了清除,不仅易产生术后并发症,也影响了患者的免疫功能。为了更好地研究早期宫颈癌淋巴结转移的规律,突出个体化治疗特点,我们将在浅表肿瘤研究中较成功的前哨淋巴结(Sentinel Lymphnode,SLN)引入早期宫颈癌治疗评价中,以期使患者得到更好的治疗。本研究通过核素定位法进行 SLN 检测,探讨 SLN 在早期宫颈癌治疗中的应用价值。

1 材料与方法

2003 年 8 月至 2004 年 2 月在中国医科大学第一附属医院妇科住院并手术治疗的早期宫颈癌患者 15 例。患者年龄 34 岁~49 岁,平均年龄 36.7 岁。其临床资料见表 1,其中 14 例未接受放疗及化疗,1 例为术前半量腔内放疗者。

用 ^{99m}Tc 标记胶体白蛋白做示踪剂,在手术前一天将示踪剂 1ml(37.5Meq)注入宫颈表面的 4 个象限内(3、6、9、12 点)粘膜下,而后 1~2h 以盆腔为中心行淋巴显影。首先出现的盆腔内放射性药物浓聚点即为 SLN 存在位置。注射药物后 18h 之内行子宫广泛切除及盆腔淋巴结清除术。开腹后即使用手提

式 γ 射线探测器(GDP)于术前提示 SLN 存在区域探查,若探测出高放射线区域(计数 10 倍以上)即为 SLN 可能位置。从该区域沿血管壁及神经剥离出全部脂肪组织,在体外再逐一行淋巴结剥离检测。若含有高出周围淋巴结放射计数 10 倍以上的淋巴结即为 SLN。完成盆腔淋巴结清除后,再行 GDP 检测。证实此时盆腔内放射线处于正常水平。SLN 及非前哨淋巴结(NSLN)均行 HE 染色,对阴性 SLN 行免疫组化染色。

表 1 患者临床及病理情况

分类	例数
病灶大小(cm)	
<1	4
1~2	11
病理分类	
鳞癌	14
腺癌	1
临床分期	
I a ₂	2
I b ₁	9
II a	4

SLN 评价标准:参照美国 Louisville 大学 SLN 活检术评价标准。阳性:SLN 有转移;阴性:SLN 无转移;假阴性:NSLN 有转移,而 SLN 无转移。

① 沈阳二四二医院妇产科

2 结果

本组 1 例术前腔内半量放疗患者术前未获得明确淋巴图像,术中采用 GDP 未找到明确高剂量放射区域及 SLN。另 1 例虽然术前获得淋巴图像,但术中用 GDP 未探测到明确高剂量放射区域及 SLN。这可能与研究初始病例选择欠妥或操作方法不当有关。所有患者均行子宫广泛切除及盆腔淋巴结清除术,13 例找到 SLN,SLN 识别率 87%。手术共取得淋巴结 217 枚,其中 SLN 18 枚,平均每例取得 SLN 1.4 枚,其大小与区域见表 2。

表 2 检测区域

项目	枚数
SLN 直径(cm)	
<1	11
>1	7
SLN 部位	
髂总	1
髂外	7
髂内	2
闭孔	8
宫旁	0
腹股沟深	0

其中 10 例 SLN 位于盆腔一侧,另 3 例双侧均发现 SLN。所取得全部淋巴结均行 HE 染色。所有 SLN 均位于髂血管区及闭孔,特别是闭孔区 SLN 占 44%。术后经病理证实仅 1 例 SLN(1 枚)确诊为淋巴结转移(6%)。其余 17 枚阴性 SLN,又行免疫组化染色仍为阴性,无假阴性发生。

3 讨论

前哨淋巴结(SLN)是指首先接受区域引流的淋巴结,即恶性肿瘤细胞到达的第一站淋巴结,其组织学状态反映了其它次程淋巴结的组织学状态。近年来,在阴茎癌^[1]、恶性黑色素瘤^[2]、乳腺癌^[3]中该研究都取得了很大进展,使得其 SLN 阳性率大多数>90%,假阴性<1%~10%,这在恶性肿瘤的个体化治疗开创了新的思路。妇科肿瘤中以外阴癌研究起步最早,结论较明确,即 SLN 检测是可行的。宫颈癌是目前发病率最高的生殖器肿瘤,早期宫颈癌固定术式虽然治愈了患者,但它清除了大多数无转移的淋巴结,影响了免疫功能,增加了术后并发症,因此宫颈癌个体化治疗中 SLN 的研究正在开展。虽然其临床意义与胃癌、肺癌、喉癌等深部肿瘤一样尚有争论,但仍在探讨中。

本研究选用 ^{99m}Tc 对 15 例早期宫颈癌 SLN 进行了探讨。示踪剂与国外研究相同,但剂量偏低^[4]仅为 1mci (37.5Meq),在淋巴显影中也得到良好的图

像,低剂量放射药物不仅符合防护法的规定,对医患也无特殊危害。

SLN 淋巴显影是用特殊设备通过放射性药物在 SLN 中的高度浓聚而显影,这样可初步了解 SLN 的数目,所处的位置。本文 15 例中,13 例显影成功,SLN 成功率 87%。与以往报道相同,术前 SLN 的显影及与术中 SLN 分检检测结果符合。有文献报道,肿瘤直径>4cm 时由于癌组织周围淋巴管受阻可影响 SLN 显影,故本研究中未将 I b₂ 病例包括在内。在国外进行的 SLN 研究中均为初治患者,本组曾有 1 例半量腔内放疗后患者,术前 SLN 未显影,术中也未找到高剂量核素聚集点,这也可能与放疗破坏了肿瘤周围的淋巴管引流有关。但国内研究中有部分半量腔内放疗患者纳入研究,并取得了良好的研究成果^[5]。因此初治及术前半量放疗后患者的淋巴显影研究还有待进一步积累病例。

本组中,所有分组淋巴结均在体外进行剥离、检测,总识别率达 78%,与文献报道相同。在不同组别中,以闭孔淋巴结的检测率最高,达 44%,与国内外采用核素或核素与染料的研究结果相似^[6],也为闭孔淋巴结可能是宫颈癌 SLN 提供了一定证据,但有研究报道宫旁淋巴结在 SLN 中占有一定比例。本组中宫旁无高核素浓聚点,术中未找到 SLN,这可能与该部位距宫颈高剂量放射区域距离过近,以致影响了 γ 射线的探测有关。而使用染料(异硫兰等)为寻踪剂则在宫旁寻找到 SLN^[7],因此单独使用核素虽在 SLN 检出率与联合检测相似,但仍有一定缺陷^[8]。

本组结果表明,应用核素定位片检测 SLN 是可行的。SLN 检测在预测早期宫颈癌淋巴结转移中有一定的应用价值。但最终结论还有待于更大样本,积累更多的病例资料。

参考文献

- 1 Cabanas RM. An approach for treatment of penile carcinoma[J]. Cancer, 1977, 39(2):456~466
- 2 Morton DL, Wen DR, Wong JH, et al. Technical details of intraoperative lymphatic mapping for early stage melanoma[J]. Arch Surg, 1992, 127(4):392~399
- 3 Harlow SP, Krag DN. Sentinel lymph node—why study it: implications of the B-32 study [J]. Semin Surg Oncol, 2001, 20(3): 224~229
- 4 Lantzsch T, Wolters M, Grimm J, et al. Sentinel node procedure in Ib cervical cancer: a preliminary series[J]. Br J Cancer, 2001, 85 (6):791~794
- 5 李 斌,章文华,刘 琳,等. 前哨淋巴结检测对预测早期宫颈癌淋巴结转移的价值[J]. 中华妇产科杂志, 2004, 39(1):4~6
- 6 张慧敏,张晓月. 妇科肿瘤前哨淋巴结研究现状[J]. 中国妇幼保健, 2003, 6(18): 377~378

7

Levenback C, Coleman RL, Burke TW, et al. Lymphatic Mapping and sentinel node identification in patients with Cervix cancer undergoing radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy [J]. J Clin Oncol, 2002, 20(3):688~693

8

张保宁,白月奎,陈国际,等. 乳腺前哨淋巴结活检的临床意义[J]. 中华肿瘤杂志, 2000, 22(5):395~397

(2004—05—13 收稿)
(2004—08—13 修回)
(杨红欣校对)

佳迪配合博宁改善晚期肿瘤骨转移患者生活质量的临床研究

谢晓冬 刘永叶 郑振东 高雅玲^① 李京宁^② 单学健 邢春景 刘大为
沈阳军区总医院肿瘤科 (沈阳市 110016)

关键词 骨转移 肿瘤 疼痛
中图分类号:R738.1 文献标识码:A 文章编号:1000-8179(2005)03-0169-02

癌症患者在其整个发展过程中约有 50%左右发现有骨转移,严重影响患者的生活质量^[1],因此如何抑制骨转移发展,减轻骨痛,提高患者生活质量,就成为晚期癌症患者治疗的一个重要课题。本文研究证明佳迪配合博宁能显著提高晚期恶性肿瘤骨转移患者生活质量,现总结报告如下。

1 材料与方法

1.1 临床资料

选用沈阳军区总医院肿瘤科、辽宁省肿瘤医院内一科、解放军第 202 医院肿瘤科 2003 年 3 月至 2004 年 9 月收治的 108 例晚期恶性肿瘤骨转移患者,严格遵守 GCP 原则,采用随机对照和患者单盲的研究方法,分为联合组(佳迪配合博宁组),博宁组。

表 1 两组肿瘤类型及疼痛分级比较 例

组别	例数	男	女	卡氏评分	肿瘤类型						疼痛分级			
					肺癌	乳腺癌	前列腺癌	胃癌	大肠癌	食管癌	0 级	I 级	II 级	III 级
联合组	54	29	25	40~70	20	14	8	6	4	2	6	17	18	11
博宁组	54	28	26	40~70	22	12	6	8	5	1	9	15	21	10

1.2 入选标准

1) 均经病理和/或细胞学检查确诊的恶性肿瘤患者;2)行 X 线、MRI 和/或 ECT 检查有确切的溶骨性骨转移;3)预计生存时间在 4 个月以上;4)自愿入组,并签署知情同意书。

1.3 治疗药物

1)博宁(注射用帕米膦酸二钠),深圳海王药业有限公司生产,90mg 加入生理盐水 500~1 000ml,滴注时间不少于 4 小时,每月 1 次;2)佳迪(甲地孕酮),南京仙灵药业有限公司生产,每次口服 160mg,每日 1 次。

1.4 判定标准

1.4.1 骨痛 疼痛强度评定采用国际上通行的划线法(VAS)并结合口述法(VRS),在治疗前、中、后每

日进行评价,0 分为 0 级,1~4 分为 I 级,5~6 分为 II 级,7~10 分为 III 级。

疼痛疗效判定标准:显效,疼痛分级标准下降 2 个级差以上;有效,疼痛分级标准下降 1 级;无效,疼痛分级下降<1 个级差或未变或升高。

1.4.2 活动能力 活动能力分级:分为 0 级:活动自如;I 级:活动受限;II 级:活动明显受限;III 级:不能活动。

评价标准:显效:治疗后活动能力改善≥2 个级差;有效:活动能力改善≥1 个级差;无效:活动能力改善<1 个级差或不变或下降。

1.5 统计学处理

用 χ^2 检验。

2 结果

① 辽宁省肿瘤医院内一科 ② 沈阳军区第 202 医院