34 例宫颈癌配合高聚金葡素治疗的疗效观察

林肖玉　林玉珍　刘瑞华　林　安　陈桂林　王　敏

当前对晚期肿瘤的治疗是临床上的老大难问题，近年随着科学的发展，生物反应调节剂（BRM）在肿瘤治疗上的应用较多，诸如：0 K432，IL－2，IEV 和 TNE 等其疗效未能达到理想。作者为探讨更好的生物反应调节剂，选用高聚金葡素配合治疗宫颈癌患者的观察，现报告如下：

1　资料与方法

1.1　资料　我们选择我科 1995 年收治子宫颈癌患者经随机分为治疗组和对照组，病例各 34 例，所有病人均病理证实为宫颈鳞癌。

1.2　方法　高聚金葡素是由协合集团提供。治疗组在接受^{137}CS 腔内放疗前，先给高聚金葡素 2000 单位行宫颈肿瘤局部注射，经 48 小时后接受放射治疗，每周 2 次，每次 5Gy，放射治疗中继续对治疗组给高聚金葡素注射，每周二次，每次 2000 单位，二周共 8000 单位。对照组单纯用放疗对比。

2　结果

2.1　资料的可比性分析

表 1　二组病例的可比性比较

	例数	平均年龄	临床分期	
			Ⅰ	Ⅱ
治疗组	34	47.25±9.35	28	6
对照组	34	51.95±9.13	28	6

由表 1，二组病例平均年龄分别为 47.25 岁和 51.95 岁，临床分期，Ⅰ期 28 例，Ⅱ期 6 例。经统计学处理，二组无差别（$P>0.05$）。因而我们的研究结果可作分析。

2.2　二组不同治疗方法的肿瘤消失分析　表 2 二组经不同方法的治疗结果显示：当治疗组腔内治疗 20Gy 时，其肿瘤消失率达 91.18%，剂量达 30Gy 时，全部病例肿瘤均全消失。对照组患者剂量达 20Gy 时，肿瘤消失率达 23.53%，而剂量达 50Gy，对照组的肿瘤物也全部消失。二组经统计学处理有显著性差别（$P<0.01$）提示患者加用高聚金葡素药物能提高肿瘤消失速度具有减少照射剂量作用。

表 2　同剂量不同方法放疗的疗效比较

剂量	20Gy	30Gy	40Gy	50Gy	合计
治疗组	31（91.18%）	3（8.82%）			34（100%）
对照组	8（23.53%）	13（38.24%）	10（39.41%）	3（10.09%）	34（100%）

典型病例

例 1　林××　住院号 20737，年龄 49 岁，诊断：宫颈鳞癌Ⅰb 期菜花型，宫颈肿物直径 5×5×4cm，经^{137}CS 腔内治疗肿瘤消除量 20Gy，阴道点源 5Gy，肿瘤未消退后经高聚金葡素 2000 单位局部注射配合^{137}CS 腔内放疗 15Gy 后肿瘤消退，宫颈原形出现，直径 2.5cm，质地中等。

例 2　汤××　住院号 21628，年龄 46 岁，诊断阴道鳞癌Ⅰ期结节型，阴道后壁中 1/3 处见肿物直径 3×3×2cm，高聚金葡素 2000 单位×2 次，局部注射配合阴道表面量 25Gy，肿瘤消失，局部呈疤痕状。

3　讨论

3.1　资料表明，肿瘤的发生、发展与自身免疫疾病及衰老等造成机体免疫水平下降有关。因此通过增强机体的免疫功能去抵抗和杀伤肿瘤细胞是防治肿瘤的有效途径。近年来国内外对生物反应调节剂（BRM）的研究较多，其中细菌性免疫增强剂的研究日益受到人们的重视。高聚金葡素是一株高聚集中的金黄色葡萄球菌并自其代谢产物中提出的一种活性物质，高聚金葡素的生物反应调调节剂，它具备有较好免疫增强和杀伤肿瘤作用的功能。

3.2　本文通过高聚金葡素结合放射治疗宫颈癌患者的研究，结果显示：治疗组的肿瘤消失率在放射剂

作者单位：350000　福州，福建省肿瘤医院妇科

(C)1994-2024 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnk

量达 20Gy 时，其效果为 91.18%，而对照组只有 23.53%。治疗组的放射治疗剂量达 30Gy 时，全部病例肿瘤消失，而对照组要达到 50Gy 时才有可能。高聚金葡素的作用机理主要提高机体免疫功能，据研究报导，一次肌注高聚金葡素 95u/kg 时，外围血白细胞明显上升，用满 4 小时后即见效，8～24 小时达高峰，而 48 小时后才恢复给药前水平。其二对自然杀伤细胞（NK 细胞）活性有明显影响，注射高聚金葡素可提高 NK 细胞活性而增强对肿瘤细胞的杀伤作用；其三对淋巴细胞转化率有提高作用；其四高聚金葡素具有抗肿瘤作用，它随剂量增加而抑瘤率也增加（最高达 79%）；其五高聚金葡素能对 DNA 有保护机制，能阻碍 DNA 复制的错误倾向，促进 DNA 损伤的修复，使癌变的细胞恢复正常，而达到治疗和预防癌变作用。由此可见，我们的疗效进一步说明高聚金葡素起协同作用，提高了宫颈癌患者的疗效。

细针穿刺活检引起癌肿针道种植转移

刘鲁闵　王　玲

针吸活检术是一种简便而有效的诊断方法，可以获得人体病变部位的细胞学和组织学诊断，但仍存在一定的问题，需严格掌握指征，防止一些并发症，我院近年来共行颈部肿块穿刺活检近 200 例、肝占位变穿刺活检 140 例，共发生针道种植性转移 3 例，报告如下：

例 1　男性，62 岁，左肺中心型肺癌，在化疗中出现左锁骨上肿块，约 3×2cm 大小，质硬稍可推动，给予细针穿刺活检，细胞学、组织学均证实为转移性腺癌，穿刺后 2 个月，原穿刺针孔处出现黄豆大小皮肤结节，行放疗后无变化，手术切除，淋巴结及皮肤结节为同一类型转移癌。

例 2：男性，60 岁，B 超检查发现左肝叶有一约 4×4cm 肿块，经右侧腹壁细针穿刺活检为肝细胞癌，手术切除左半肝。术后 3 个月，原细针穿刺孔处皮下出现玻璃弹子大小结节，手术切除，为同类型转移癌。

例 3：男性，67 岁，右肺中心型肺癌，化疗中出现右锁骨上肿块 2cm 大小，质硬，细针穿刺活检为转移性肺癌，4 个月后，穿刺针孔处皮肤出现硬结，活检为上述相同类型转移灶。

讨论

细针（7 号）穿刺活检已被广泛应用于人体的许多器官，如肺、肝、肾、胰，后腹膜肿块等。以前使用粗针（外径≥1.0mm）穿刺活检并发症较多，包括针道种植性转移，改用细针穿刺后亦有个别针道种植转移的报道。从理论上讲，穿刺损伤了肿瘤包膜，开放了肿瘤细胞漏出的通路，血管，淋巴管，针道引起肿瘤细胞释放，产生包膜外肿瘤生长的危险。Shorren1984 年报告经皮肝穿刺活检和经皮肝穿刺胆道引流的 50 例恶性肿瘤病人中，1 人发生穿刺针孔皮下转移，2 人发生引流导管出皮肤处的种植转移。Ferrucci 报道针道种植发生多是由于细针反复多次穿刺所致。Esiksson 在动物试验中用 G22 号针（相当于 7 号针，直径 0.7mm）穿刺肿瘤，其细针针道中大约有 10^3～10^4 个肿瘤细胞存在，证实了针道中确实有肿瘤细胞的存在。Marthy 等进一步研究发现，在伤口的早期愈合阶段更有助于肿瘤细胞的种植和生长。组织损伤后，出血和血浆的漏出形成凝块，肿瘤细胞与其中的纤维蛋白粘附，一是可以逃避宿主的防卫系统，二是可以从凝块中早期获得营养；三是损伤的组织释放生长因子，均有助于肿瘤细胞在组织损伤处的存活和生长。

因此，笔者认为：1. 对体表容易手术切除的肿块，应以手术切除活检为宜。2. 避免使用粗针穿刺活检，而应选用细针穿刺抽吸活检，活检后应去除注射器内负压后再拔出穿刺针。3. 采用 B 超，模拟机定位，使穿刺准确，避免反复多次穿刺、减少组织及肿瘤包膜的损伤。4. 对怀疑为恶性程度较高的肿瘤，术前应避免穿刺，应以术中快速活检为宜。

作者单位：316000　解放军舟山陆军医院

(C)1994-2024 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnk