

3.2 实时荧光定量 PCR 在 PCR 技术的基础上加入荧光基团,检测 PCR 的过程,进行定量分析^[19]。具有操作简单、准确性高、可重复性高等优点。

3.3 支链 DNA 检测的方法是用于定量检测血浆中 HIV-1 型 RNA。支链 DNA 由人工合成,造成交叉污染。因为其拥有几十个基因组探针,因此可以检测到 HIV 的变异株^[20-21]。缺点是灵敏度较低。核酸序列依赖性扩增法是扩增 RNA 的一种技术,通过引物介导、等温扩增等步骤。其他还有连接酶链反应、转录介导的扩增技术等。

4 小 结

HIV 感染成为临床较为棘手的问题,及时进行诊断可以有效预防病毒的传播。临床检验是确诊 HIV 感染的重要方法。随着技术的发展,对 HIV 的检测方法也发生了巨大的变化,从繁琐、费时的传统的方法发展为快速、便捷的方法,更有利于高危人群的筛查。

参考文献

- [1] 赵长城,魏强. IL-21 免疫调节 HIV/SIV 感染者 T 淋巴细胞的研究进展[J]. 实验动物科学, 2012, 29(3): 53-56.
- [2] 施慧琼,李校宣,罗兰芳. 艾滋病患者抗病毒治疗的家庭护理干预效果观察[J]. 皮肤病与性病, 2012, 34(6): 357-358.
- [3] 和文燕. 艾滋病的预防工作及其控制方法[J]. 医学信息: 上旬刊, 2012, 25(8): 346.
- [4] 邓郁青,张征铮,王平,等. 多种单抗联合检测 HIV 抗原[J]. 中华微生物学和免疫学杂志, 2009, 29(9): 851-853.
- [5] Prahara CA, Angadi DK, Kalghatgi L, et al. Early diagnosis of human immunodeficiency virus infection by p24 antigen detection[J]. MJAFI, 2003, 59(4): 313-315.
- [6] 白浪,雷秉钧. HIV/AIDS 实验室检测及其研究进展[J]. 中国循证医学杂志, 2008, 8(3): 206-209.
- [7] 朱黎丹,张泉,朱瑛,等. 上海市浦东新区新发 HIV 感染者职业与人口学特征[J]. 职业与健康, 2012, 28(24): 3109-3110.
- [8] 熊祝嘉. ELISA 检测 p24 抗原用于诊断 HIV 感染的研究现状[J]. 实用医技杂志, 2007, 14(2): 166-168.

- [9] 曹志亮,何玉先. HIV-1 中和抗体和基于抗体的疫苗设计[J]. 中国生物工程杂志, 2010, 30(12): 105-110.
- [10] 王琰. 酶联免疫吸附法检测 HIV(1+2) 抗体时的影响因素[J]. 解放军医学院学报, 2013, 34(3): 233.
- [11] 杨伟荣. 39 例 HIV/AIDS 合并带状疱疹病例的临床特征分析[J]. 内蒙古中医药, 2013, 24(4): 49-50.
- [12] 郭红玉. 抗-HIV 初筛与确证实验结果分析[J]. 临床输血与检验, 2011, 13(3): 265.
- [13] 罗利梅. HIV 抗体初筛检测结果分析[J]. 遵义医学院学报, 2010, 20(6): 582-584.
- [14] 李玉梅,唐光平. 探讨艾滋病(HIV)/获得性免疫缺陷综合征(AIDS)医务人员职业暴露的原因及对策[J]. 新疆医学, 2012, 42(7): 169-171.
- [15] 曾琳,马建萍,艾合买提江,等. 平艾合剂 1 号方改善 AIDS/HIV 感染者生存质量的研究[J]. 新中医, 2012, 44(8): 60-61.
- [16] 邓莉平,桂希恩,熊勇,等. 抗反转录病毒治疗人类免疫缺陷病毒/丙型肝炎病毒合并感染者终末期肝病的发生率及危险因素[J]. 中华传染病杂志, 2012, 30(8): 484-489.
- [17] 董华凤,刘建礼,朱红,等. 金纳米探针结合 PCR 检测 HIV-1 p24 抗原的研究[J]. 中华检验医学杂志, 2012, 35(5): 448-452.
- [18] 胡型忠,孙素玉,潘晓荷,等. 外周血淋巴细胞参数 LYMPH-Y 在人类免疫缺陷病毒感染者中的变化及应用价值探讨[J]. 中华传染病杂志, 2012, 30(8): 500-503.
- [19] 王晶妍,张煜,王珂,等. 含抗 HIV 广谱中和抗体 2F5、4E10 靶基因载体的构建及鉴定[J]. 河南师范大学学报: 自然科学版, 2012, 40(5): 125-127.
- [20] 许惠敏,毛爱红. HIV 检测技术的研究进展[J]. 卫生职业教育, 2008, 26(20): 149-152.
- [21] 薛芳辉,张文珠,金镒华,等. 朱海深男男同性性行为人群 4 种性传播疾病感染状况及相关危险因素分析[J]. 疾病监测, 2012, 27(12): 967-970.

(收稿日期:2012-12-18 修回日期:2013-04-10)

卵巢癌的规范化诊治及进展

董世庆¹综述,徐惠成²审校(1. 重庆市红十字会医院江北人民医院妇产科 400020; 2. 西南医院妇产科,重庆 400038)

【关键词】 卵巢癌; 诊治; 新进展

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 16. 068 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)16-2178-04

卵巢癌是女性常见三大生殖器恶性肿瘤之一,居女性生殖器恶性肿瘤死亡率之首。早期临床症状不典型,盆腔位置深而隐蔽,盆腔双合诊及三合诊对盆腔内体积小于 5 cm 的包块容易漏诊,常规的超声影像学检查容易忽视卵巢的轻度增大,肿瘤标志物的生化检测未常规用于临床筛查,故卵巢癌最不易早期发现,早期诊断。在卵巢癌的手术治疗上存在一些问题:对全面手术-病理分期及肿瘤细胞减灭术等一系列手术方式概念含糊不清,适应症选择不当;在卵巢癌的辅助化疗上也存在谈癌色变,化疗适应症泛滥;在卵巢癌初始治疗后的病情缓解期的随访不规范。本文针对以上缺口,认真阅读整理国内外权威

学术团体制定的卵巢癌临床实践指南,并在该指南引领下,不断结合自身临床实践。

1 卵巢癌的早期筛查和早期诊断^[1]

1.1 现状 目前妇科医生普遍存在对卵巢癌的一级预防观念淡漠。据相关文献报道,全球没有任何一家卫生组织提出对不具有高危因素的妇女,在无症状的情况下进行卵巢癌的常规筛查。资料统计盆腔双合诊及三合诊对于发现盆腔包块的敏感性和特异性只有 45% 和 90%^[2],区分良性肿块和恶性肿块的敏感性和特异性也只有 58% 和 98%^[2]。但在一些回顾性分析的资料中,腹痛、腹部肿胀、消化道症状以及泌尿道系统的症

状,在卵巢癌的相对早期并能够得到有效治疗的阶段就会出现(一般在确诊前的 3~36 个月^[2]),但往往都会被忽视掉。

1.2 指南 在 2007 年,美国的妇科肿瘤基金会、美国肿瘤协会、妇科肿瘤协会共同建议“女性如果连续几周出现如下症状:每天都持续存在的腹胀、盆腔或腹腔疼痛、进食困难或进食后立即出现饱胀感,以及小便异常应积极就诊”。2012 年英国的国家健康和临床研究所发布了卵巢癌早期检测指南:对于持续存在的卵巢癌相关症状,如腹胀、进食后即出现饱胀感、食欲下降及盆腔疼痛的女性应检测糖链抗原(CA)125 水平,当 CA125 大于或等于 35 kU/L 时,应进行盆腔或腹腔的超声影像学检查。

1.3 进展 美国国立综合癌症网(NCCN)指出对高危人群(卵巢癌的高危因素包括:初潮早、绝经迟、人种差异、生活环境以及家族遗传病史和乳腺癌的个人史)进行卵巢癌筛查。该指南建议临床医师对具有高危因素的女性每半年进行 1 次妇检、经阴道超声以及 CA125 的联合检查,筛查开始的年龄从 35 岁起,或在家族最早发病年龄的 5~10 年之前开始^[3-5]。监测项目血清学肿瘤标志物有:CA125、人绒毛膜促性腺激素(HCG)、癌胚抗原(CEA)、甲胎蛋白(AFP)、血浆磷脂脂血酸(LPA)、人附睾分泌蛋白 4(HE4)、B7-H4、间皮素;影像学检查包括:超声学、计算机断层扫描(CT)、磁共振成像(MRI)、正电子发射断层扫描(PET)等方法;蛋白质组学为卵巢癌筛查的发展前景。

2 卵巢癌的初始手术治疗^[6-7]

2.1 现状 对全面手术-病理分期及肿瘤细胞减灭术混淆不清,导致手术方案设计缺乏个体化及人性化。据统计分析发现主要存在的问题是:对早期患者要么手术切除范围过大,严重影响患者的生育功能及生存质量,要么就单纯切除患侧附件,不能完成全面的手术-病理分期;对于晚期患者手术达不到满意的肿瘤细胞减灭术影响患者预后,减低 5 年生存率。目前纵观国外卵巢癌全面手术分期率,早在 1985 年 McGowan 等的分析结果显示,真正的全面手术分期率仅为 54%,其中若是经过专业培训的妇科肿瘤医师的全面手术分期完成可达 97%,而妇产科医生和外科医生分别为 52%和 35%^[6]。

2.2 指南 中华医学会妇科肿瘤分会 2010 年、国际妇产科联盟(FIGO)2009 年和美国国立综合癌症网(NCCN,中国版)2011 年制定的卵巢癌临床实践指南明确指出:卵巢癌初始治疗的原则可归纳为手术为主,化疗为辅。卵巢癌的初始治疗为进腹探查,同时进行全面手术-病理分期,术后根据卵巢癌的全面手术分期,组织学类型及肿瘤分化程度等因素决定是否给予化疗为主的辅助治疗^[8]。

2.3 卵巢癌初始手术治疗的术式及适应证

2.3.1 全面分期手术及适应证 全面分期手术的步骤及范围包括:经足够大的下腹正中切口,腹水或者腹腔冲洗液细胞学检查,仔细检查患者卵巢包膜的完整性和子宫及对侧卵巢(不需剖检)是否累及,全面探查腹膜及腹腔内脏器,多点活检(包括膀胱腹膜反折、子宫直肠陷凹、双侧结肠旁沟、横膈下腹膜和双侧盆壁及任何可疑部位)。在全面探查的基础上,最低限度均需常规行患侧附件切除+结肠下网膜切除+盆腔及腹主动脉旁淋巴结切除。粘液性癌需行阑尾切除,子宫内癌需行子宫内腔诊刮^[9-10]。适应证:是所有卵巢癌患者手术治疗的最低平台及底线。

2.3.2 肿瘤细胞减灭术及适应证 从过去切除大块肿瘤发展为残留肿瘤直径小于或者等于 2 cm 的细胞减灭术,时至今日

的残留病灶小于 1 cm 的细胞减灭术,甚至无肉眼残留病灶的完全细胞减灭术,使晚期卵巢癌患者平均生存期从 10 个月提高到 38 个月^[6]。该术式的核心指标是尽力切除肉眼可见的病灶,取得满意的细胞减灭术效果(残留病灶直径小于 1 cm)。最大限度地切除盆、腹腔内的肿瘤,包括全子宫切除、双附件切除、大网膜切除、阑尾切除、盆腔及腹主动脉旁淋巴结切除,以及盆、腹腔所有的转移灶切除,甚至为了达到满意的肿瘤细胞减灭术不惜切除部分脏器,如肠管、部分肝脏、脾脏、胆囊、部分胃、输尿管膀胱、胰体尾部等。适应证为:临床 III 期或 IV 期患者。

2.3.3 保留生育功能的术式及适应证^[9-10] 只有在进行全面分期手术后明确肿瘤期在 I 期,明确病理类型及分化程度的基础上,才能针对那些有生育要求的年轻患者行保留生育功能的手术,任何期别的生殖细胞恶性肿瘤;上皮性恶性肿瘤 I A 或 I C 期无论肿瘤分化程度如何;无论任何期别的交界性上皮肿瘤;I A 或 I C 期所有恶性性索间质性肿瘤,均可以施行保留生育功能的手术。若肿瘤属于 I A 期和 I C 期患者在全面分期术基础上施行单侧附件切除术,若肿瘤为 I B 期或者 II 期以上生殖细胞恶性肿瘤或者交界性上皮肿瘤者行至少保留子宫及部分卵巢组织的手术+其他部位肿瘤细胞减灭术。

3 卵巢肿瘤的化疗相关问题

3.1 现状 在卵巢癌的辅助化疗上也存在化疗适应证掌握不当,过度化疗倾向且不考虑化疗药物对保留健侧卵巢的损害,并没有达到真正保留生育功能的初衷。

3.2 指南 目前世界范围内公认的卵巢癌治疗方法为手术+化疗^[10-12]。

3.2.1 上皮性卵巢癌 早期上皮性癌病例强调全面的分期手术。如果患者有生育要求, I 期,肿瘤局限于一侧卵巢者,无论分化程度如何,均可在全面分期手术的基础上,保留子宫和健侧附件以保留生育功能。上皮性卵巢癌除了 I A 和 I B 期, G₁ 或 G₂ 术后不需化疗外,其他患者术后均需化疗。紫杉醇加卡铂或紫杉醇+顺铂腹腔化疗方案或者紫杉醇周疗方案。交界性上皮肿瘤的手术方法与上皮性癌类似。不同的是如果患者有生育要求,任何期别的交界性肿瘤均可以行保留生育功能的手术。另外,除了有浸润性病变,其他患者术后均不需化疗。

3.2.2 恶性性索间质肿瘤 有生育要求的 I A 和 I C 期卵巢间质细胞肿瘤,患者初治时可接受保留生育功能的手术,无生育要求的患者则行全面分期手术。行保留生育功能的手术时应完成分期手术,但术中可不切除淋巴结。 I 期低危患者术后可观察; I 期中危(肿瘤中包含异质性成分)和高危患者(如肿瘤破裂或者低分化)术后可观察或使用含铂类方案化疗。 II ~ III 期需接受含铂方案进行化疗或对局限性病灶进行放疗,化疗首选 BEP 方案或者紫杉醇+卡铂。

3.2.3 恶性生殖细胞肿瘤 如需保留生育功能,任何期别患者均可以保留生育功能的手术和全面分期手术,除了 I 期无性细胞瘤和 I 期 G₁ 未成熟畸胎瘤患者术后不需化疗,其他患者均需化疗。推荐化疗方案为 BEP:博来霉素 30 毫克/周,依托泊苷 100 mg/(m²·d)(d1~d5),顺铂 20 mg/(m²·d)(d1~d5),共 3~4 个疗程。如使用博来霉素,建议行肺功能检查,因为有肺纤维化副反应。对于某些 I B-III 期的无性细胞瘤患者,减低化疗毒副反应至关重要,可考虑给予 3 个周期的 EP(依托泊苷+卡铂)化疗(卡铂 400 mg/m²,第 1 天,依托泊苷 120 mg/m² 第 1~3 天,每 4 周一个疗程)。

3.3.4 目前对于卵巢恶性生殖细胞肿瘤和恶性性索间质肿

瘤,国内外比较流行的化疗方案为改良的BEP方案:(1)NC-CN指南建议:博来霉素 15 mg,第1天;依托泊苷 120 mg/m²,第1~3天;顺铂 40 mg/m²,第1~3天。每疗程间隔3周。(2)M. D Anderson癌症中心采用:博来霉素 10~15 mg/m²,第1~3天;依托泊苷 100 mg/m²,第1~3天;顺铂 100 mg/m²,第1天。间隔3周。以上方案对中等恶性程度的无性细胞瘤5年生存率达100%^[13-14]。

4 卵巢癌初始治疗后随访及巩固性治疗

卵巢癌经过初始手术后辅以铂类加紫杉醇药物的联合化疗为其首选治疗方案,80%的患者可以获得临床完全缓解,50%患者可以获得病理完全缓解,但是多数患者在5年内会出现复发,其无瘤生存期很少超过18个月^[15]。

4.1 现状 在卵巢癌初始治疗后的病情缓解期的随访不规范,没有建立起一套完整而系统的门诊随访机制,导致卵巢癌患者5年生存率及最终总生存率不高。

4.2 临床完全缓解定义 是指无疾病存在的客观证据,即:体格检查阴性,CA125值阴性,CT检查阴性且淋巴结小于1 cm。

4.3 随访时间及方法 NCCN推荐:每2~4个月随访1次,共2年;然后,每3~6个月随访1次,共3年;5年后每年随访1次。方法包括:(1)体格检查:全身淋巴结及腹部检查,尤其妇科的双合诊及三合诊检查;(2)超声检查作为出现一些临床症状的初步检查,通常在发现异常后需通过MRI和(或)CT来进一步确诊;(3)CA125及其他肿瘤标志物(AFP、HCG、乳酸脱氢酶分别对内胚窦瘤、原发性绒毛膜癌、无性细胞瘤具有监测作用);(4)放射影像学检查:CT(计算机断层扫描)、MRI(磁共振成像)、PET(正电子发射断层扫描)、PET-CT;(5)二次探查手术:卵巢癌通过初次手术和化疗获得完全缓解后,为了解盆腔腹腔内病情的真实情况而进行的手术探查(腹腔镜或者开腹探查)^[16]。

4.4 卵巢癌的巩固治疗 目前所用的巩固治疗方法主要包括化疗、放疗和生物治疗。化疗是目前选择最多的巩固治疗方法。NCCN指南推荐紫杉醇 135~175 mg/m² 每周一次用药,每疗程间隔4周,共12个疗程。全腹盆腔放疗作为巩固性治疗应该受到严格限制,盆腔放疗作为卵巢癌的巩固治疗多用于晚期患者,只能选择适用于具有局部小病灶者,并且该治疗可能会带来严重的近期和远期肠道放射性损伤副反应^[17]。

5 卵巢癌治疗新进展及展望

5.1 保留生育功能的手术趋势 基于卵巢癌发病年龄的年轻化趋势,导致很多患者需要保留生育功能。故目前保留生育功能的手术趋势是一大亮点。但应注意选择适应证。随着助孕技术的快速发展,有学者正在关注是否可通过生殖细胞和卵巢组织冻存来解决保留生育功能,包括治疗前短期促卵泡成熟、卵母细胞获取、胚胎或卵巢组织低温冻存等。国外文献报道一例38岁在腹腔镜下仅行肿瘤剔除的Ⅲ期卵巢浆液癌(G1)患者,行超促排卵后34 h剖腹取卵+卵巢癌根治术,共获得8个受精卵并予以冻存,3年后患者健康生存,选择其妹妹作为代理母亲,获得一足月活胎。Aubaed等建议对IB、IC期患者可考虑切除双侧卵巢并行卵巢组织冻存、保留子宫的保留生育功能的手术,但卵巢组织冻存前必须经病理检查证实为阴性^[11-12]。

5.2 腹腔化疗的前景^[18] 腹腔化疗(IPC)较传统的外周静脉化疗(IVC)有明显的药代动力学优势。(1)IPC可使抗癌药物与肿瘤直接接触,可通过直接渗透和体循环扩散对肿瘤组织起杀伤作用。(2)IPC使化疗药在腹腔内保持高浓度,比静脉途

径高出10~100倍,全身吸收少。(3)IPC中的部分化疗药可通过毛细血管和淋巴管分别进入肝腹膜后淋巴结,直接对该处的癌灶进行治疗。(4)IPC具有在腹腔持续作用时间长,全身吸收少的特点。因此,认为它是一种合理而可行的治疗。

5.2.1 IPC的临床常用药物及剂量 目前卵巢癌腹腔化疗药物有马法兰、氟尿嘧啶、阿霉素、顺铂、卡铂、紫杉醇等,后者在临床应用前景最广。(1)顺铂:是目前应用最多的化疗药,抗癌谱广,IPC化疗在腹腔中顺铂曲线下面积比血浆高12倍。顺铂的剂量限制性毒性主要为肾毒性。有报道顺铂的最大剂量可达到270 mg/m²,但需用硫代硫酸钠以减轻肾毒性,其推荐的IPC化疗剂量为75~100 mg/m²。(2)卡铂:腹腔中卡铂曲线下面积比血浆高17倍。卡铂的剂量限制性毒性主要为骨髓抑制。由于卡铂的腹腔渗透性较弱,而顺铂渗透可达50层细胞,厚约3 mm,要达到相同的肿瘤内铂浓度,需要卡铂的剂量是顺铂的10倍。故目前顺铂仍然是IPC最常用的药物。(3)紫杉醇:腹腔中紫杉醇峰浓度比血浆高约1 000倍,在众多化疗药物中最高,非常适用于腹腔化疗。紫杉醇的剂量限制性毒性主要为骨髓抑制及心血管、神经毒性,应注意过敏反应。紫杉醇的最大耐受剂量为175 mg/m²,当剂量大于175 mg/m²会出现严重的腹痛,为减少紫杉醇的毒性反应,其推荐剂量为60 mg/m²^[19-20]。

5.2.2 IPC的适应证 (1)晚期卵巢癌的术后一线化疗 晚期卵巢癌(FIGOⅢ~Ⅳ期)经满意的肿瘤细胞减灭术后(残留病灶小于1 cm或者切除所有肉眼可见病灶),可将腹腔化疗作为一线化疗。(2)复发性及难治性卵巢癌的二线化疗。

5.2.3 IPC的注意事项 (1)残留病灶大小是其疗效的重要因素,故对晚期卵巢癌患者应尽可能地地进行最大限度的彻底手术切除病灶,这样才能提高术后一线腹腔化疗的疗效。(2)腹腔化疗禁用于腹腔内有严重的粘连和包裹的患者;肠梗阻、腹膜炎或全腹放疗病史的患者;病变超过腹膜深度大于3 mm者。(3)避免肠管等损伤,每次穿刺时需在B超监护下进行,或穿刺前向腹腔灌注生理盐水1 000 mL+亚美蓝5 mL,既可使腹腔有充分液体,又可在穿刺时通过观察有无腹泻及蓝色便判断是否误穿肠腔。(4)穿刺部位一般为右髂前上棘至脐连线中外1/3交界处。患者取平卧位,术前应排空膀胱,穿刺针迅速垂直穿入腹腔,滴速大于150滴/分,患者无任何不适,说明穿刺部位正确。(5)腹腔灌注液体量一般为2 000~3 000 mL,以保证有足够的液体来充满盆、腹腔,有利于药物在整个盆、腹腔内弥散,防止因粘连、刺激而导致治疗失败。灌注液体常使用生理盐水或者平衡液。(6)“水化”是减少顺铂所致肾毒性的有效措施,充分的水化可将肾毒性降低至5%。水化液体总量一般为每日3 L,水化时间在12~18 h。水化时间是在患者入顺铂前的1~2 h,以及之后的4~6 h,尿量维持在大于或者等于100 mL/h。但水化过程中应警惕出量过多,或者水滞留,应重视电解质的补充或适当应用利尿剂。大剂量使用顺铂腹腔化疗时,同时静脉滴注硫代硫酸钠以减轻肾毒性^[21]。

5.3 先期化疗的应用(新辅助化疗又称NACT)+间歇性(中间性)细胞减灭术+术后辅助化疗,这种方法是适应于不适于手术的大块肿瘤Ⅲ、Ⅳ期患者。

5.3.1 经细针穿刺等方法取得活组织病理学诊断(或在临床高度怀疑卵巢癌时,腹水穿刺细胞学病理诊断阳性者)。可考虑先行2~3个疗程的新辅助化疗后待肿瘤细胞缩小后,腹水减少后,低蛋白血症改善后,肿瘤与周围脏器粘连减轻,水肿消退后,界限更加清楚,并使得肿瘤细胞进入休眠状态,减少术中

因挤压、机械刺激等操作引起扩散。再行初始的间歇性细胞减灭术。

5.3.2 注意事项 (1)化疗前必须确诊为卵巢癌;(2)必须由妇科肿瘤亚专科医生进行评估后慎重施行。

5.3.3 NACT 的优点 (1)不同程度地减低肿瘤负荷,减轻肿瘤与周围组织间的粘连及肿瘤周围组织反应性水肿,降低手术难度,为完成理想的肿瘤细胞减灭术创造机会;(2)减低术中脏器损伤的发生率;(3)术前减少或消除胸、腹水,减少术中蛋白质的丢失,减低术后低蛋白血症的发生,减少术后清蛋白的使用量;(4)减少术中出血量及输血的机会;(5)从切除的肿瘤标本中了解肿瘤对术前化疗药物的敏感性,帮助选择具有针对性的术后化疗方案;(6)缩短手术时间,减少术后患者入住 ICU 病房的机会,缩短住院时间;(7)术前化疗使肿瘤细胞进入休眠状态,减少因术中挤压、机械刺激等操作引起的肿瘤扩散、种植^[21]。

参考文献

[1] 梁铭霖,王泽华. 卵巢癌的诊治:卵巢癌的筛查和早期诊断[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2012,28(3):166-169.

[2] Cragun JM. Screening for ovarian Cancer[J]. Cancer Control,2011,18(1):16-21.

[3] Myers E,Bastian LA,Havrilesky LJ. Management of adnexal mass[J]. Evid Rep Technol Assess (Full Rep),2006(130):1-145.

[4] Schorge JO,Modesitt SC,Coleman RL, et al. SGO White Paper on ovarian Cancer: etiology, screening and surveillance[J]. Gynecol Oncol,2010,119(1):7-17.

[5] Daly MB, Axilbund JE, Buys S, et al. Genetic/familial high-risk assessment:breast and ovarian[J]. J Natl Compr Canc Netw,2010,8(5):562-594.

[6] 丰有吉. 卵巢癌初始治疗现状与挑战[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2012,28(3):161-162.

[7] 林仲秋,李晶. NCCN《2012 卵巢癌包括输卵管癌和原发腹膜癌临床实践指南第 2 版》解读[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2012,28(3):163-165.

[8] 曹泽毅. 妇科常见肿瘤诊治指南[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社,2010:72-93.

[9] 王新宇,谢幸. 上皮性卵巢癌保留生育功能治疗[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2012,28(3):172-174.

[10] 乐杰,谢幸,林仲秋,等. 妇产科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2008:284.

[11] Benjamin I, Morgan MA, Rubin SC. Occult bilateral involvement in stage I epithelial ovarian Cancer[J]. Gynecol Oncol,1999,72(3):288-291.

[12] Schlaerth AC, Chi DS, Poynor EA, et al. Long-term survival after fertility-sparing surgery for epithelial ovarian Cancer[J]. Int J Gynecol Cancer,2009,19(7):1199-1204.

[13] 张新艳,姚元庆. 卵巢癌合并妊娠诊治[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2012,28(3):174-177.

[14] 彭立平,张国楠. 卵巢癌初次治疗后随访及巩固治疗[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2012,28(3):169-172.

[15] Kyrgiou M, Salanti G, Pavlidis N, et al. Survival benefits with diverse chemotherapy regimens for ovarian Cancer: meta-analysis of multiple treatments[J]. J Natl Cancer Inst,2006,98(22):1655-1663.

[16] Gadducci A, Cosio S. Surveillance of patients after initial treatment of ovarian cancer[J]. Crit Rev Oncol Hematol,2009,71:43-52.

[17] 郝敏,冯波,张娜. 卵巢癌腹腔化疗应用现状与相关问题[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2012,28(3):180-184.

[18] 林蓓. 卵巢癌新辅助化疗相关问题[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2012,28(3):177-180.

[19] Kuhn W, Rutke S, Spthe K, et al. Neoadjuvant chemotherapy followed by tumor debulking prolongs survival for patients with poor prognosis in International Federation of Gynecology and Obstetrics Stage III C ovarian carcinoma[J]. Cancer,2001,92(10):2585-2591.

[20] 白萍,孙萍,闫超. 非上皮性卵巢恶性肿瘤诊治[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2012,28(3):232-234.

[21] 沈铿,郎景. 妇科肿瘤面临的问题与挑战[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:196-201.

(收稿日期:2013-02-13 修回日期:2013-04-23)

(上接第 2172 页)

者血浆脑钠肽改变的临床意义[J]. 中国动脉硬化杂志,2003,11(z1):659-660.

[5] Maisel AS, Krishnaswamy P, Nowak RM, et al. Rapid measurement of B-type natriuretic peptide in the emergency diagnosis of heart failure[J]. N Engl J Med,2002,347(3):161-167.

[6] Lubien E, Demaria A, Krishnaswamy P, et al. Utility of B-natriuretic peptide in detecting diastolic dysfunction: comparison with Doppler velocity recordings[J]. Circulation,2002,105(5):595-601.

[7] 符春晖,陈丽媛,严华,等. 高血压病患者血浆中脑利钠肽水平与不同左室构型的相关性[J]. 第四军医大学学报,2004,25(18):1698-1700.

[8] Kosmala W, Spring A. Plasma levels of atrial and brain natriuretic peptide and left ventricular geometry in patients with essential hypertension[J]. Pol Merkur Lekarski,2003,14(81):216-219.

[9] Ellmers LJ, Knowles JW, Kim HS, et al. Ventricular expression of natriuretic peptides in Npr1(-/-) mice with cardiac hypertrophy and fibrosis[J]. Am J Physiol Heart Circ Physiol,2002,283(2):707-714.

[10] Tsuruda T, Boerrigter G, Huntley BK, et al. Brain natriuretic peptide is produced in cardiac fibroblasts and induces matrix metalloproteinases[J]. Circ Res,2002,91(12):1127-1134.

(收稿日期:2013-01-10 修回日期:2013-04-22)