

大分割短程治疗 I~II 期非小细胞肺癌的临床研究

刘祥 陈红雷 徐景毅
(江苏省盐城市中医院 盐城 224001)

摘要:目的:观察大分割短程立体定向放射治疗早期 NSCLC 的近期临床疗效和并发症。方法:用 50%~55%的等剂量曲线包绕 90%以上的 CTV, 单次边缘剂量 4.0~5.0 Gy, 总剂量 40 Gy, 分 8~10 次完成, 5 次/周。结果:治疗后 12 个月的影像有效率 PR+CR 达 85.1%, 出现放射性肺炎 I~II 级的 12.8%(6/47), III~IV 为 0; 放射性肺纤维化 I~II 级的 40.4%(19/47), III~IV 为 0。1、2 年局控率分别为 85.1%(40/47)、76.6%(36/47); 1、2 年生存率分别为 91.5%(43/47)、78.7%(37/47)。结论:大分割短程放射治疗 NSCLC 是有效、安全的治疗手段之一。

关键词:非小细胞肺癌(NSCLC); 等效生物剂量; 立体定向体部放射治疗; 大分割短程

中图分类号:R734.2

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.027

常规放射治疗 I~II 期 (早期) 非小细胞肺癌 (NSCLC) 的 5 年生存率在 10%~30%, 局部复发率高达 30%~70%。为了提高早期 NSCLC 的生存率和局控率, 大分割短程方案是目前放射治疗的研究热点。我院自 2005 年 3 月~2010 年 12 月对因故未行手术的早期 NSCLC 患者 47 例给予大分割短程放疗进行临床观察, 现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 入组患者均经组织学或细胞学证实为 NSCLC, 男 26 例, 女 21 例; 年龄 57~89 岁; KPS 评分 ≥ 70 分。临床分期参照 WHO1997 年 TNM 分期, Ia 6 例, Ib 8 例, IIa 18 例, IIb 15 例; 鳞癌 20 例, 腺癌 25 例, 腺鳞癌 1 例, 其他 1 例; 周围型 25 例, 中央型 22 例。

1.2 治疗方法 所有患者使用真空气垫固定体位, 行螺旋 CT 5 mm 连续增强扫描, 图像导入 SYS-II 立体定向伽玛刀治疗系统, 勾画靶区及敏感器官。周围型肺癌用肺窗勾画 GTV, 中央型肺癌用纵隔窗勾画 GTV (原发灶和转移淋巴结)。N (+) 的判断标准是淋巴结短径 ≥ 1.0 cm 或长径 ≥ 1.5 cm。N (-) 时中央型肺癌的 GTV 仅包括部分患侧肺门, 周围型肺癌不包括肺门, 纵隔淋巴引流区域不做预防性照射。PTV 在 GTV 的基础上外扩 1.0~1.5 cm。利用剂量体积直方图 DVH 进行调整和优化治疗计

划, PTV 必须覆盖 90%以上的 CTV, 且肺 V20 < 37%。采用 50%~55%的等剂量曲线包绕 90%以上的 CTV, 单次边缘剂量 4.0~5.0 Gy, 总剂量 40 Gy, 分 8~10 次完成, 5 次/周。换算成等效生物剂量肿瘤中心处 BED 为 123~160 Gy。

1.3 评判标准 治疗结束后, 有 32 例辅以 4 疗程以上的正规全身化疗, 9 例仅予口服抗癌药 (其中靶向治疗 2 例), 6 例未行任何辅助治疗。所有病例在 3 个月内进行首次复查, 检查项目主要为胸部 CT、腹部 B 超或 CT, 颅脑 MRI, 必要时行骨 ECT、气管镜、PET-CT 等辅助检查, 以后每 3~6 个月定期到医院复查或电话随访。肿瘤局部疗效评定以影像学 WHO 定义的 CR、PR 及 SD 作为判断标准, 肺的放射性损伤按 RTOG 的放射反应评价标准分级。

2 结果

2.1 随访 最后随访时间为 2011 年 12 月, 所有病例影像资料均随访 12 个月以上, 超过 24 个月的 40 例。

2.2 影像近期疗效 CT 近期疗效观察, 见表 1。

表 1 影像近期疗效 例 (%)			
影像资料时间	CR	PR	SD
治疗后 2 个月	17 (36.2)	14 (29.8)	16 (34.0)
治疗后 6 个月	28 (59.6)	13 (27.6)	6 (12.8)
治疗后 12 个月	26 (55.3)	14 (29.8)	7 (14.9)

2.3 肺放射性损伤 肺放射性损伤的急性期放射

出血情况。比如给患者使用常规剂量的甘露醇可使患者血容量急剧上升, 可加重患者颅内出血情况, 进而出现心衰。因此, 应给患者使用小剂量甘露醇。临床上使用白眉蛇毒凝血酶联合小剂量甘露醇, 对新生儿颅内出血的治疗非常有效, 可较好地达到颅内止血和减缓脱水的作用, 对患者使用药物之后 24 h 内的出血情况有很好的控制, 并且预后情况良好, 值得临床推广和应用。

参考文献

[1]杨聪梅, 曹茹梅. 122 例新生儿颅内出血的观察及护理[J]. 当代医学,

2010, 16(10):133-134
[2]邵肖梅, 叶鸿瑁, 丘小汕. 实用新生儿学[M]. 第 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2011. 1 010-1 011
[3]李思杰. 新生儿颅内出血 46 例分析[J]. 中华脑血管病杂志(电子版), 2011, 5(11):40-43
[4]吴俊超, 胡敬容, 刘军民, 等. 新生儿颅内出血危险因素及预防措施研究[J]. 中国优生与遗传杂志, 2012, 6(9):66-68
[5]潘涛, 简文豪, 王建华, 等. 床旁颅脑超声在新生儿颅内出血诊断中的应用[J]. 中华医学超声杂志(电子版), 2012, 9(8):25-28
[6]张海春, 陈钟萍, 肖祎炜, 等. 胎儿颅内出血的产前超声特征与妊娠结局[J]. 中华医学超声杂志(电子版), 2012, 9(10):40-43

(收稿日期: 2013-06-04)

半夏泻心汤加味治疗胃癌 20 例疗效观察

陶飞宝

(浙江省金华市中心医院 金华 321000)

摘要:目的:观察半夏泻心汤加味治疗胃癌的临床疗效。方法:将我院收治的 40 例胃癌患者随机分为治疗组和对照组两组,治疗组给予 FAM 方案化疗联合半夏泻心汤加味治疗,对照组仅给予 FAM 方案化疗。结果:治疗组在改善 Karnofsky 评分、临床症状体征、临床疗效等方面明显优于对照组($P<0.05$)。结论:半夏泻心汤加味治疗胃癌疗效显著,为今后中医药治疗胃癌提供了临床依据。

关键词:半夏泻心汤;中医药;胃癌

中图分类号:R259

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.028

胃癌是全世界最常见的恶性肿瘤之一,严重威胁人类健康。其中日本、中国、智利、奥地利、匈牙利等国家为高发地区^[1]。我国估计每年约有近 20 多万新发胃癌,占全部恶性肿瘤的 17.2%,居所有恶性肿瘤发病率的首位^[2]。我国胃癌死亡率 23.02%,居恶性肿瘤之首^[3]。手术、放疗、化疗、靶向药物是目前西医治疗胃癌的主要手段。但存在手术切除率低、复发转移率高、生存率低、患者体质虚弱无法耐受放化

性肺炎和后期放射性肺纤维化的分界点以放疗后 3 个月为界点,应用胸部 CT 判断肺的放射性损伤,结果如下:出现放射性肺炎 I+II 级为 12.8% (6/47), III+IV 级为 0;出现放射性肺纤维化 I+II 级为 40.4% (19/47), III+IV 级为 0。

2.4 局控率和生存率 局部控制时间和生存时间从治疗日开始计算到末次随访时间,失访者按死亡计算。1、2 年局控率 85.1% (40/47)、76.6% (36/47), 1、2 年生存率分别为 91.5% (43/47)、78.7% (37/47)。

3 讨论

NSCLC 占整个肺癌的 80%左右,其中 20%~30%为早期肿瘤,其标准的治疗是外科手术, I、II 期病例手术治疗的 5 年生存率分别为 53%~70%、48%~56%,然而部分早期病例因心肺功能差、合并其他内科疾病或病人体弱而不能耐受或拒绝手术治疗和全身化疗,转而接受放疗。文献报道常规放射治疗 I、II 期病例的 5 年生存率分别为 30%、25%,局部复发率高达 30%~70%^[4]。临床剂量学研究显示提高剂量可提高局控率和生存率。根据 Fletcher 的基础放射生物学原理,要杀灭临床治疗中的局部晚期 NSCLC 可能需要接近 100 Gy 的剂量,只要 BED ≥ 100 Gy,局控率 $>90\%$ 。但由于肺组织耐受量的限制,给予 60 Gy 以上的剂量在常规放射中是不可接受的。近年来随着精确放疗技术的进步,三维适形放疗 (3-DCRT)、调强放疗 (IMRT)、立体定向放疗 (SBRT) 等采用大分割短程治疗早期 NSCLC,大幅

疗、生活质量下降等问题,中医中药在抑制癌瘤、调节免疫、延长带瘤生存期、提高生活质量以及减轻放化疗毒副反应等有一定优势。在临床实践中,笔者运用半夏泻心汤加味治疗胃癌,取得了较为满意的疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取我院 2010~2012 收治的 40 例胃癌患者为研究对象,采用随机数字表法分为治

提高 BED,临床局控率和生存率都远高于常规分割放射治疗。肺放射性损伤是胸部肿瘤放疗常见并发症。夏廷毅等报道体部 γ -刀高分次剂量治疗 I~II 期非小细胞肺癌 1 年局控率 92.3%,放射性肺炎 I、II 级分别为 25.0%、10.7%^[2];潘雪峰等报道体部立体定向放射治疗 NSCLC 1 年的局控率和生存率分别为 92.3%、94.9%,放射性肺炎的发生率为 9.8%^[3];邵秋菊等报道适形放疗结合体部 γ -刀照射 NSCLC 出现放射性肺炎 I+II 级 28.5%^[4]。本院观察的近期疗效与上述结果相近。

SBRT 用于早期 NSCLC 的局部控制和长期生存优于 3-DCRT 已得到 2011 年 NCCN 指南的肯定,并推荐 SBRT 为不能手术的淋巴结阴性周围型 I 期 NSCLC 患者的一种治疗方式。大分割短程立体定向放射治疗早期非小细胞肺癌近期疗效令人鼓舞,放射反应轻且能为所有患者耐受,是一种有效安全的局部治疗手段之一,但其远期疗效和后期放射损伤有待进一步观察。

参考文献

[1]殷蔚伯,谷铎之.肿瘤放射治疗学[M].北京:中国协和医科大学出版社,2003:586-587
[2]夏廷毅,孙庆选,李平,等.体部 γ -刀高分次剂量治疗 I~II 期非小细胞肺癌的临床研究[J].临床肿瘤学杂志,2005,10 (1):20-24
[3]潘雪峰,郑国宝,邢红雨.体部立体定向放射治疗 112 例非小细胞肺癌近期疗效观察[J].实用癌症杂志,2011,26 (6):617-620
[4]邵秋菊,于得全,高宏,等.适形放疗结合体部 γ 刀照射在非小细胞肺癌放疗中的应用[J].现代肿瘤医学,2010,18 (11):2 147-2 149
(收稿日期:2013-05-20)