



· 临床研究 ·

同步放化疗与序贯放化疗治疗中晚期食管癌的临床效果比较

喻 娟 (张家界市人民医院, 湖南张家界 427000)

摘要: **目的** 分析中晚期食管癌患者分别采用同步放化疗与序贯放化疗治疗的疗效。**方法** 收集我院收治的100例中晚期食管癌患者, 将其随机分成两组: 对照组50例施行序贯放化疗方案进行治疗, 实验组50例患者施行同步放化疗方案进行治疗。观察和记录两组的临床治疗效果、不良反应发生率、治疗后生存情况, 并进行对比分析。**结果** 两组治疗的总有效率与毒副作用发生率比较 ($P > 0.05$)。实验组患者的1年、3年生存率明显高于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 与序贯放化疗比较, 同步放化疗能够有效提高中晚期食管癌患者的生存率, 值得推广应用。

关键词: 中晚期 食管癌 同步放化疗 序贯放化疗

中图分类号: R735.1 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2016) 08-072-02

随着近年来人们物质文化生活水平的逐渐提高与生活饮食习惯的不断变化, 食管癌的发病例数亦在逐渐增加, 因该疾病的早期症状不够显著, 绝大部分食管癌患者确诊时已处于中晚期阶段, 主要采用放疗与化疗进行治疗^[1-2]。近年来, 同步放化疗方案是临床上一种新兴的综合治疗方案, 在食管癌患者的临床治疗中获得了一定的进展。因此, 为了分析该治疗方案在中晚期食管癌患者治疗中的临床价值, 本研究选取我院收治的100例中晚期食管癌患者, 分别施行同步放化疗和序贯放化疗方案进行治疗, 现总结如下:

1 资料及方法

1.1 资料

收集我院2011年3月—2013年3月接诊的100例中晚期食管癌患者作为研究对象, 入选标准: (1) 100例患者均符合食道癌的相关诊断标准, 且相关临床检查确诊为中晚期食管癌; (2) 均无伴有脑、心、肝、肾等严重器官性疾病的患者; (3) 均无妊娠及哺乳期患者; (4) 患者的心电图、血常规及肝功能检查均无显著异常; 按照随机、对照、双盲的原则将100例患者随机分成两组: 对照组包含40例患者, 其中男性19例, 女性31例; 最低年龄32岁, 最高年龄67岁, 平均年龄(46.59±7.18)岁; 上段癌4例, 中段癌35例, 下段癌11例。实验组包含40例患者, 其中男性16例, 女性34例; 最低年龄33岁, 最高年龄69岁, 平均年龄(47.62±8.45)岁; 上段癌5例, 中段癌33例, 下段癌12例。两组患者在性别、年龄、病灶部位等基线资料上对比, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 存在可比性。

1.2 治疗方法

两组患者确诊后均采用相同的化疗方案进行治疗, 具体包括: 第1d—5d给予氟尿嘧啶500mg/m²与顺铂20mg/m²静滴治疗, 21d为1个周期, 连续接受6个周期的治疗。在此基础上, 实验组患者于放疗开始时进行化疗, 选用6MV-X线, 根据胸部CT与食管钡餐片, 选用模拟定位机设野, 采用前后对穿+斜野或三野等中心放疗, 每次2Gy, 每周5次, 总剂量为50—60Gy。放疗时行2—3周期的化疗治疗, 放疗完毕后再进行2—3周期的化疗治疗; 对照组患者则先行放疗后再行化疗, 选用6MV-X线, 根据胸部CT与食管钡餐片, 选用模拟定位机设野, 采用前后对穿+斜野或三野等中心放疗, 每次2Gy, 每周5次, 总剂量为60—65Gy。放疗后再行6个周期的化疗治疗。

1.3 观察指标

(1) 参考相关文献标准^[3]对患者的近期疗效进行评估: ①CR(完全缓解): 病灶全部消失, 且维持超过4周; ②PR(部分缓解): 病灶消退>50%, 且维持超过4周; ③SD(稳定): 病灶增大<25%, 消退<50%; ④PD(进展): 病灶增大>25%。(2) 观察两组患者的1年与3年生存情况。(3) 毒副反应发生情况。

1.4 统计学方法

详细收集本研究中的相关数据, 均录入SPSS20.0统计软件进行分析, 以 χ^2 检验法对计数资料进行分析, 单位取率(%), 以t检验法对计量资料进行分析, 单位取($\bar{x} \pm s$), ($P < 0.05$)表示差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效对比

实验组治疗的总有效率为72.0%, 对照组治疗的总有效率为70.0%, 两组比较 ($P > 0.05$)。

表1: 两组疗效对比 [n(%)]

组别	CR	PR	SD	PD	总有效%
实验组	3 (6.0)	33 (66.0)	12 (24.0)	2 (4.0)	72.0
对照组	2 (4.0)	33 (66.0)	14 (28.0)	1 (2.0)	70.0
χ^2	0.4211	0.0000	0.4158	0.6873	0.0971
P	0.5164	1	0.5190	0.4070	0.7552

2.2 两组的生存情况对比

实验组患者的1年、3年生存率为74.0%、48.0%, 明显高于对照组的46.0%、20.0%, ($P < 0.05$) 差异有统计学意义。

2.3 毒副作用对比

实验组治疗时的放射性食管炎发生率、白细胞减少率、转氨酶升高率分别为62.0%、50.0%、46.0%; 对照组治疗时的放射性食管炎发生率、白细胞减少率、转氨酶升高率分别为58.0%、52.0%、42.0%, 两组比较 ($P > 0.05$), 且所有的毒副反应均为轻度。

3 讨论

食管癌是临床常见的消化内科恶性肿瘤, 相关资料调查显示^[4], 食管癌的病死率居于恶性肿瘤全国死亡率中的第2位, 仅次于胃癌, 对广大患者的身体生命健康造成了严重的威胁。由于患者的早期临床症状不够显著, 大部分患者确诊时已处于中晚期阶段。此时患者已错过了手术的最佳时机, 而对无法行手术治疗的食管癌患者来说, 主要以放疗为主要的治疗措施, 但临床经验表明单纯放疗往往无法获得理想的疗效, 患者治疗失败的原因主要为局部未获有效控制或出现复发或远处转移。

近年来, 放疗与化疗已成为中晚期食管癌患者治疗的标准手段。与单纯放疗相比, 序贯放化疗具有明显的优势, 这是由于化疗能够对放疗后患者肿瘤细胞潜在的损伤恢复或亚致死性具有抑制效果。目前, 同期放化疗已成为国外治疗中晚期食管癌患者的首要措施, 同步放化疗在生存优势与局部缓解方面的疗效明显高于序贯放化疗^[5-6]。本研究中我们对100例患者分别采用同步放化疗与序贯放化疗进行治疗, 结果显示, 两组治疗的总有效率与毒副作用发生率对比 ($P > 0.05$), 且毒副反应均可耐受。同时实验组患者的1年、3年生存率显著较高 ($P < 0.05$)。

综上所述, 与序贯放化疗比较, 同步放化疗能够有效提高中晚期食管癌患者的生存率, 值得推广应用。

参考文献

- [1] 王伟, 刘建波, 李会荣等. 食管癌患者放疗前后血清VEGF水平变化及临床意义[J]. 中国老年学杂志, 2015, (16):4574-4576.
- [2] 陆文斌, 于静萍, 倪新初等. 食管癌患者放化疗中病理反应与血清VEGF变化的关系及其对疗效和预后的影响[J]. 中华放射医学与防护杂志, 2013, 33(3):299-302.
- [3] 王澜, 王军, 韩春等. 食管癌同期放化疗的价值研究[J]. 中

(下转第74页)



3 讨论

宫颈癌属于女性常见的恶性肿瘤之一,其发病率较高。该病发生时,必须及时采取有效的措施进行治疗,否则将会对患者的预后甚至生命造成严重的威胁。因此在选择合理的治疗方法时,对宫颈癌进行分期,具有十分重要的作用。然而妇科检查方法往往带有较强的主观性,导致宫颈癌分期结果的准确性和可信度较低。随着信息技术的进步,直接推动影像学的发展,使分期过程在影像学的引导下,使准确率得到明显的提高^[4]。

通过本次研究,CT和MRI对宫颈癌分期与FIGO分期符合率的比较结果显示,MRI组在≤B1期的宫颈癌诊断中的准确率为96.43%,明显高于CT组80.00%,差异有统计学意义($p<0.05$);诊断B2-IIA期患者中,CT组准确率为85.00%,MRI组准确率为88.89%,两组对比结果差异无统计学意义($p>0.05$);CT组在≥IIB期中的准确率为90.00%,MRI组的准确率为60.00%,CT组诊断效果明显高于MRI组,差异有统计学意义($p<0.05$);CT在对肿瘤显示方面以及对盆腔淋

巴结转移和宫体侵犯灵敏度的诊断方面显著优于MRI($p<0.05$),而在显示≤4cm的肿瘤方面以及对穹隆和阴道侵犯的诊断方面,MRI明显优于CT($p<0.05$)。

综上所述,采用MRI检查早期宫颈癌患者的分期,准确率高于CT检查,但CT检查在晚期浸润性宫颈癌的检查过程中更具有临床价值。

参考文献

- [1] 张孝春. CT和MRI在宫颈癌分期诊断中的应用效果对比分析[J]. 当代医学, 2014, 25:148-149.
- [2] 杨静, 杜蓉, 韩英. 影像学在早期宫颈癌分期诊断中的价值探讨[J]. 新疆医学, 2014, 08:25-29.
- [3] 李健, 姚盛慧, 杨晓明, 孔凡彬. CT和MRI在宫颈癌分期诊断中的临床对比分析[J]. 现代生物医学进展, 2015, 23:4499-4501.
- [4] 谢忠伟. CT及MRI在宫颈癌诊断中的临床价值分析[J]. 中外医学研究, 2014, 17:71-73.

(上接第69页)

关, III型、IV型骨折患者术后容易发生股骨头缺血性坏死,但是受限于X线的二维角度,不能获取直观的数据。因此本次研究中我们采取CT三维重建技术,以获得准确、量化的空间移位参数^[4]。

股骨头血供主要来自于旋股内、外侧动脉,骨折后残存血供无法代偿时即发生股骨头缺血性坏死。术前小凹最低点移位、中心移位、空间移位角度可以直观反映股骨头血供破坏情况和暴力大小,骨折移位程度越大,血管损伤越严重。而且与X线相比,CT三维数据可以通过图像重建技术获取骨折线的走形,避免主观因素的影响。此外我们还分析术后解剖复位是手术成功的标准,术后复位不良会成血管痉挛、栓塞等,影响骨小梁结构的重塑,最终导致缺血性坏死。CT三维数据可以定量描述股骨头的残留移位,评估复位质量^[5,6]。

因此,本文认为分析小凹最低点移位、中心移位、空间移位角度等股骨颈骨折空间移位参数对判断术后是否发生股骨头缺血性坏死有一定预测价值。

参考文献

- [1] 杨宗西, 邢欣, 张奇, 等. 股骨颈骨折诊断和治疗关键技术研究进展[J]. 中华创伤杂志, 2014, 30(3): 274-276.
- [2] 危杰, 周力, 王满宜. 股骨颈骨折术后股骨头缺血性坏死的发生及转归[J]. 中华骨科杂志, 2005, 25(1): 1-6.
- [3] 付鑫, 韩哲, 马信龙, 等. 移位型股骨颈骨折空间移位三维重建及其临床意义[J]. 中华创伤杂志, 2015, 31(1): 37-41.
- [4] 周锦春, 郭敬明, 王青, 等. 股骨颈骨折闭合复位加压螺旋钉内固定术后股骨头坏死多中心多因素相关分析[J]. 中华骨科杂志, 2013, 33(5): 549-554.
- [5] 王亦璠. 骨与关节损伤. 第2版[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012:45.
- [6] 危杰, 毛玉江, 贾正中. 中空加压螺丝钉治疗新鲜股骨颈骨折212例[J]. 中华创伤杂志, 2013, 15(5):142-144.

(上接第70页)

综上所述,采用右美托咪定联合舒芬太尼对骨科下肢手术患者实施术后自控静脉镇痛,其镇痛效果较好,可以有效缓解患者的疼痛感受,不良反应较少,为一种安全可行的方法。

参考文献

- [1] 程金红, 张邵, 龙超等. 右美托咪定在骨科下肢使用止血带手术中的应用[J]. 湖北科技学院学报(医学版), 2013, 27(3):202-

204.

- [2] 高军辉, 闫晓强, 刘蔚等. 右美托咪定对下肢手术止血带血流动力学的影响分析[J]. 河北医药, 2015, 37(18):2800-2802.
- [3] 赵伟. 右美托咪定和咪唑安定用于高龄骨科患者下肢手术硬膜外麻醉镇静的研究[J]. 医学信息, 2013, 26(30):104.
- [4] 胡远, 何文胜, 李侠等. 不同剂量右美托咪定对骨科下肢手术止血带反应的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(21):162-163.

(上接第71页)

.2012, 85(01): 48-50.

- [5] 沈卫民, 陈建兵, 崔杰, 等. 婴幼儿大面积烧伤并发症的防治[J]. 中华损伤与修复杂志. 2008, 12(01):101-104.

- [6] 成剑. 治疗烫伤大面积瘢痕的方法[J]. 健康向导. 2013, 21(20):41-43.

- [7] 李加海, 何勇. 婴儿大面积烫伤致死法医学分析1例[J]. 中国法医学杂志. 2011, 04(20):85-87.

(上接第72页)

华放射肿瘤学杂志, 2011, 20(4):291-295.

- [4] 吕晶晶, 徐静. 中晚期食管癌单纯放疗与序贯化疗的疗效观察[J]. 中国医药导刊, 2011, 13(2):225, 227.

- [5] 唐锺. 中晚期食管癌同期放疗化疗36例临床观察[J]. 中国医药

导刊, 2012, 14(7):1138, 1140.

- [5] 沈康, 肖庆成. 同步放疗与序贯化疗治疗中晚期食管癌的临床研究[J]. 肿瘤基础与临床, 2011, 24(6):512-514.

- [6] 施哈日巴拉, 侯斯琴高娃, 王大鹏等. 中晚期食管癌98例同步放疗的疗效观察[J]. 实用癌症杂志, 2011, 26(5):475-476, 485.