

## 同步放化疗与序贯放化疗治疗非小细胞肺癌疗效对比观察

龙 沙

湖南省医药学院医学院 418000

**[摘要]**目的 探究同步放化疗与序贯放化疗治疗非小细胞肺癌(NSCLC)的疗效。**方法** 选取 86 例 NSCLC 患者为受试对象,随机数表法分为观察组与对照组各 43 例。对照组患者行序贯放化疗,观察组患者则行同步放化疗。比较治疗 6 个月后,两组患者生活质量[肺癌患者生活质量问卷(QLQ-LC13)]、治疗效果[1.1 版实体肿瘤疗效评价标准(RECIST1.1)]及 6 个月内毒副反应发生情况[国立癌症研究所第三版常规毒性判定标准(NCI-CTC3.0)]差异。**结果** 治疗 6 个月后,观察组患者客观缓解率(ORR)明显高于对照组,而 QLQ-LC13 评分明显低于对照组( $P < 0.05$ )。治疗后 6 个月内,两组呼吸、消化道严重毒副反应发生率比较均无统计学意义( $P > 0.05$ ),而观察组患者免疫功能严重毒副反应发生率明显低于对照组( $P < 0.05$ )。**结论** 同步放化疗比序贯放化疗更适宜于治疗 NSCLC,其治疗效果突出,毒副反应较少,对患者预后有利。

**[关键词]** 同步放化疗;序贯放化疗;非小细胞肺癌

**[中图分类号]** R734.2

**[文献标识码]** A

**[文章编号]** 1674-9561(2018)01-082-02

作为人体最常见的恶性肿瘤,肺癌的发病率极高,非小细胞肺癌(NSCLC)则是其主要病理类型。多数 NSCLC 患者确诊时恶性肿瘤已进展至晚期,且可能伴有远处转移,已丧失手术根治的机会。此类患者多采用化疗、放疗或靶向治疗的方法进行治疗,目前多种疗法联合治疗已成为临床研究的热点,在治疗模式选取方面仍存在一定争议。对此本研究旨在比较同步放化疗及序贯放化疗治疗 NSCLC 的疗效,可为临床治疗方案设计提供一定依据。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2015 年 3 月~2017 年 3 月期间于我院接受治疗的 86 例 NSCLC 患者为受试对象,随机数表法分为观察组与对照组各 43 例。纳入标准:①符合 NSCLC 相关诊断标准者<sup>[1]</sup>;②年龄为 40~80 岁者;③临床肺癌分期<sup>[1]</sup>为 III 期者;④预计生存期 $\geq 6$  个月者;⑤具备放疗与化疗相关指征者。排除标准:①有手术治疗指征者;②合并恶性胸腔积液或受治疗方案影响的内科疾病者;③恶性肿瘤转移至肝、肾等代谢器官或免疫系统者;④伴有全身性感染或对研究内药物有过敏反应者;⑤治疗过程中发生心、脑血管意外或进行性疾病者;⑥随访失联者。其中观察组患者男性 26 例,女性 17 例;年龄为 52~78 岁;平均(65.6 $\pm$ 9.3)岁;临床分期 III a 期 24 例,III b 期 19 例;病理学类型腺癌 27 例,鳞癌 16 例。对照组患者男性 28 例,女性 15 例;年龄为 54~79 岁,平均(66.3 $\pm$ 8.9)岁;临床分期 III a 期 21 例,III b 期 22 例;病理学类型腺癌 25 例,鳞癌 18 例。

两组患者一般临床资料比较均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 方法

对照组患者给予多西他赛注射液(多帕菲,生产企业:齐鲁制药有限公司,规格:20mg,国药准字 H20031244)75mg/m<sup>2</sup>,d1+注射用顺铂(生产企业:齐鲁制药有限公司,规格:20mg,国药准字 H37021357)25mg/m<sup>2</sup>,d1~d3,每 3 周重复化疗 1 次,6 周后开始进行化疗;采用三维适形放射治疗法,空腹 4h 后服用 100ml 2% 浓度的泛影葡胺造影剂,取仰卧位,予体模固定,作体表标记,平静呼吸状态下通过电子计算机断层扫描(CT)模拟定位,层厚 5mm,将 CT 数据传入医科达

XI04.64 计划系统构建病灶图像,准确描绘出肿瘤靶区(GTV)、阳性淋巴结(GTVN)、临床靶区(CTV),外扩 0.5~3cm 为计划靶区(PTV),标注附近心、胃、脊髓等危及器官,选取照射野 $\geq 4$  个方向,单次剂量 1.8~2.0Gy,总剂量 $\leq 70$ Gy,5 次/周,疗程最长持续 6 周。观察组患者予以多西他赛注射液 60mg/m<sup>2</sup>,d1+注射用顺铂 20mg/m<sup>2</sup>,d1~d3,d1 开始同步放疗,同步治疗 6 周,放疗方式及剂量控制同对照组。所有患者放疗完成后停用化疗药物 4 周,再按照对照组化疗方案治疗 6 周,均于开始治疗 6 个月后观察疗效。

### 1.3 评估标准

1.3.1 生活质量评估:采用肺癌患者生活质量问卷(QLQ-LC13)<sup>[2]</sup>通过对呼吸、疼痛、咳嗽、吞咽等方面共 13 个条目进行评价,每个条目计 1~4 分,满分为 52 分,分数越高则说明生活质量越差。

1.3.2 治疗效果评估:采用世界卫生组织(WHO)制定的 1.1 版实体肿瘤疗效评价标准(RECIST1.1)<sup>[3]</sup>评价治疗效果,完全缓解(CR):病灶完全消失,病理淋巴结直径 $< 10$ mm;部分缓解(PR):病灶直径减小 $> 30\%$ ;疾病进展(PD):病灶直径增大 $> 20\%$ ;疾病稳定(SD):病灶直径变化在 PR、PD 所述标准之间。客观缓解率(ORR)=CR+PR。

1.3.3 毒副反应评估:采用国立癌症研究所第三版常规毒性判定标准(NCI-CTC3.0)<sup>[4]</sup>评估患者毒副反应发生情况,从呼吸道、胃肠道、免疫功能 3 个方面进行评价,根据发生程度分为 0~4 级,级别越高说明放化疗毒副反应越严重。严重毒副反应发生率=3 级+4 级。

### 1.4 观察指标

两组患者生活质量(QLQ-LC13)、治疗效果(RECIST1.1)及 6 个月内毒副反应发生情况(NCI-CTC3.0)差异。

### 1.5 统计学方法

采用统计学软件 SPSS19.0 分析数据,计数资料以百分率表示,采用 $\chi^2$ 检验,计量资料以均数 $\pm$ 标准差表示,采用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 治疗效果比较

治疗 6 个月后,观察组患者 ORR 明显高于对照组( $P < 0.05$ ),见表 1。

表 1: 两组患者治疗 6 个月后 ORR 比较 [n(%), n=43]

| 组别       | CR        | PR        | SD        | PD       | 死亡      | ORR (%)  |
|----------|-----------|-----------|-----------|----------|---------|----------|
| 观察组      | 17 (39.5) | 15 (34.9) | 7 (16.3)  | 3 (7.0)  | 1 (2.3) | 74.4     |
| 对照组      | 8 (18.6)  | 14 (32.6) | 13 (30.2) | 6 (14.0) | 2 (4.7) | 51.2     |
| $\chi^2$ |           |           |           |          |         | 4.977    |
| P        |           |           |           |          |         | $< 0.05$ |

2.2 生活质量比较

治疗 6 个月后, 观察组患者 QLQ-LC13 评分为 (27.9±7.3) 分, 明显低于对照组的 (32.8±8.6) 分 (t=2.801, P=0.006)。

2.3 毒副反应发生情况比较 治疗后 6 个月内, 两组呼吸道、消化道严重毒副反应发生率比较均无统计学意义 (P 均 > 0.05), 而观察组患者免疫功能严重毒副反应发生率明显低于对照组 (P < 0.05), 见表 2。

表 2: 两组患者疗程内毒副反应发生情况比较 [n (%)]

| 组别       | n  | 呼吸道       |          | 消化道       |           | 免疫功能      |           |
|----------|----|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|          |    | 0~2 级     | 3~4 级    | 0~2 级     | 3~4 级     | 0~2 级     | 3~4 级     |
| 观察组      | 42 | 37 (88.1) | 5 (11.9) | 35 (83.3) | 7 (16.7)  | 23 (54.8) | 19 (45.2) |
| 对照组      | 41 | 33 (80.5) | 8 (19.5) | 31 (75.6) | 10 (24.4) | 13 (31.7) | 28 (68.3) |
| $\chi^2$ |    | 0.909     |          | 0.760     |           | 4.490     |           |
| P        |    | > 0.05    |          | > 0.05    |           | < 0.05    |           |

3 讨论

近年来随着工业化进程与环境恶化的加快, NSCLC 发病率与致死率呈现逐年攀升的趋势, 且由于起病隐匿, 大部分患者无法实施手术治疗, 预后效果极差。因此采取有效的治疗方案对延长患者生存期尤为关键。

联合放化疗是晚期 NSCLC 最常用的治疗方案, 其治疗有效率已证实明显高于单独放疗或是化疗。据相关文献报道, 单纯放疗是最早应用于 NSCLC 的疗法, 然而其疗效并不十分显著, 倘若增大辐射剂量又将超出肺部组织的耐受范围<sup>[5]</sup>, 急剧增加周围系统的不良反应发生风险, 即使是三维适形放疗仅针对靶区强化辐射, 仍可能对血管、脊髓等造成损伤, 不利于患者康复。本研究结果显示, 观察组患者 ORR 明显高于对照组, 这表明同步放化疗能明显提升 NSCLC 患者近期疗效, 初步猜测认为, 在放疗期间同时使用化疗药物能增强二种疗法协同效应, 辐照可一定程度提升灶区药物毒性, 而药物作用亦可增加肿瘤细胞对射线的敏感度。

毒副作用是整个抗肿瘤治疗领域亟待解决的重要课题, 由于部分患者可能由于无法耐受治疗措施所带来的毒副反应, 最终无法完成治疗方案, 对预后效果极为不利。有关研究指出, 化疗药物可诱导肿瘤细胞复制周期停滞, 并破坏肿瘤自修复功能<sup>[6]</sup>, 加之目前抗肿瘤药物制剂特异性良好, 对正常细胞与免疫系统损伤较小, 极易与放疗形成交互效应, 在保障患者耐受的情况下可提升疗效。本研究中, 观察组患者严重毒副反应发生率明显低于对照组, 且治疗后生活质量明显较高,

提示同步放化疗可有效降低治疗方案对 NSCLC 患者身体造成的不良反应, 生活不适症状减少, 有利于改善预后, 究其原因可能与同步放化疗方案中酌情减少化疗药物剂量, 从而减少免疫系统及血液系统正常细胞受到损害有关。

综上所述, 同步放化疗治疗 NSCLC 可取得较序贯放化疗更高的 ORR 及更低的严重毒副反应发生率, 有利于提升患者生活质量。

[参考文献]

[1] 中国抗癌协会肺癌专业委员会. 2010 中国肺癌临床指南 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010:16-17.  
 [2] 严海鸣, 桑燕, 李立人. 中文版 EORTC QLQ-HCC18 生命质量评价工具在 PHC 患者中应用的信效度评价 [J]. 重庆医学, 2016, 45(18):2542-2545.  
 [3] 宋晓, 席强, 常茂叶, 等. 三维变化在治疗晚期非小细胞肺癌中的疗效评价 [J]. 陕西医学杂志, 2016, 45(1):12-14.  
 [4] 王静波, 曹建忠, 姬巍, 等. 局部晚期非小细胞肺癌三维放疗后放射性肺损伤风险因素分析 [J]. 中华放射肿瘤学杂志, 2012, 21(2):114-119.  
 [5] 孙文泽, 宋丽萍, 张莹冰, 等. 93 例 III 期非小细胞肺癌同步放化疗加巩固化疗与序贯放化疗的对比研究 [J]. 南方医科大学学报, 2012, 32(3):362-367.  
 [6] 陈晓东, 杨泽辉, 段琼玉. 培美曲塞联合序贯与同步放疗治疗中晚期非小细胞肺癌疗效的对比研究 [J]. 现代肿瘤医学, 2015, 23(18):2606-2609.

(上接第 80 页)

本次以我院 2015 年 10 月至 2016 年 10 月确诊并收治的胆囊息肉患者 112 例为研究对象, 观察对胆囊息肉患者采取腹腔镜内镜微创保胆手术治疗疗效。结果显示, 观察组的术中出血量、手术时间及术后恢复时间均明显低于对照组, 观察组的不良反应发生率 (7.14%) 明显低于对照组 (16.07%), 观察组的总有效率 (91.07%) 明显高于对照组 (71.43%), 以上内容均差异显著, 有统计学意义 (P < 0.05)。

综上所述, 与传统手术治疗胆囊息肉相比, 腹腔镜内镜

微创保胆手术治疗效果明显、术后恢复快、创口小、并发症发生率低, 值得推广。

[参考文献]

[1] 张蔚, 薛皓皓, 李雯等. 腹腔镜内镜微创保胆术治疗胆囊息肉的 meta 分析 [J]. 中国医科大学学报, 2016, 45(11):1013-1016, 1030.  
 [2] 孙明玉. 腹腔镜内镜微创保胆治疗胆囊息肉 64 例临床效果研究 [J]. 中国保健营养, 2017, 27(1):49.  
 [3] 赖光芒, 黄宏伟, 陈志伟等. 微创内镜保胆术与腹腔镜胆囊切除术治疗胆囊息肉疗效比较 [J]. 海南医学, 2016, 27(13):2206-2207.

(上接第 81 页)

急性 ST 段抬高心肌梗死患者进行救治, 可有效改善其心功能, 减少心血管不良事件发生几率, 提高预后效果。

[参考文献]

[1] 付艳华, 索冬卫, 彭芳等. 延迟急诊 PCI 治疗急性 ST 段抬高型心肌梗死及患者预后的研究 [J]. 重庆医学, 2014, (33):4479-4480, 4484.  
 [2] 汪坤, 张步春. 急性 ST 段抬高心肌梗死患者溶栓联合择期 PCI 治疗的疗效与安全性观察 [J]. 中国社区医师 (医学专业),

2012, 14(19):42-43.

[3] 解永芳. 急性 ST 段抬高型心肌梗死静脉溶栓再通的患者采取择期 PCI 术治疗探讨 [J]. 心血管病防治知识 (下半月), 2014, (9):55-57.  
 [4] Thomas, T.O., Ramachandran, P., Jefferies, J.L. et al. Prompt recognition and percutaneous coronary intervention leads to favorable myocardial recovery after ST-segment elevation myocardial infarction secondary to acute promyelocytic leukemia: Pediatric case report [J]. Pediatric cardiology, 2013, 34(8):2047-2051.