

微波消融序贯化疗治疗晚期非小细胞肺癌的效果观察

郭 辉

威海市立医院化疗三科 山东威海 264200

〔摘要〕目的 探讨观察微波消融序贯化疗治疗晚期非小细胞肺癌的临床效果。方法 选择我院 2017 年 1 月-2017 年 12 月期间收治的晚期非小细胞肺癌患者 50 例作为本次实验的研究对象, 对照组给予单纯化疗治疗, 观察组给予微波消融序贯化疗治疗, 在两组患者完成 2 个治疗周期之后, 评价两组患者的骨髓抑制发生率以及治疗效果。结果 观察组患者的骨髓抑制发生率显著低于对照组, 治疗效果显著优于对照组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 微波消融序贯化疗治疗晚期非小细胞肺癌安全可靠, 可有效降低肿瘤负荷, 提升机体免疫力, 值得临床上推广使用。

〔关键词〕晚期非小细胞肺癌; 微波消融序贯化疗; 骨髓抑制; CT

〔中图分类号〕R734.2 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2018) 08-061-02

肺癌是我国癌症患者死亡的主要病因之一, 其危害程度相当大, 其中以非小细胞肺癌为主, 非小细胞肺癌的发生率约为肺癌的 85% 左右, 当前已经成为我国较为常见的多发病与常见病^[1]。非小细胞肺癌患者预后差, 且大多数非小细胞肺癌因为发病具有隐匿性, 在确诊时已经处于晚期, 失去手术机会, 在治疗方面已经较为困难^[2]。通过微波消融对肿瘤病灶进行灭活, 减轻肿瘤负荷, 提升机体免疫力, 序贯化疗进一步杀灭肿瘤及潜在的肿瘤细胞, 取得了不错的疗效, 本文以我院患者为例, 探讨微波消融序贯化疗治疗晚期非小细胞肺癌的临床效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院 2017 年 1 月-2017 年 12 月期间收治的晚期非小细胞肺癌患者 50 例作为本次实验的研究对象, 将其按照治疗方案分为观察组 ($n=25$) 与对照组 ($n=25$)。观察组患者年龄 35 至 60 岁, 平均年龄 (43.5 ± 2.8) 岁, 男性患者 7 例, 女性患者 6 例; 对照组患者年龄 37 至 57 岁, 平均年龄 (42.0 ± 3.5) 岁, 男性患者 6 例, 女性患者 6 例。所有患者均通过影像学、病理学确诊, 符合晚期非小细胞肺癌的诊断标准^[3], 影像学检查分期均为 IV 期或 IIIb, 治疗前肝肾功能以及血常规均正常, 预计生存时间在 3 个月以上。两组患者在年龄、性别以及临床分期等多方面的一般资料无任何差异, 不具备统计学意义 (> 0.05), 具备可比性。

1.2 方法

对照组采用培美曲塞联合顺铂进行化疗, 培美曲塞以 $500\text{mg}/\text{m}^2$ 剂量进行静脉滴注, 在每周的第一天进行。静脉滴注 $75\text{mg}/\text{m}^2$ 的顺铂, 在避光下进行, 在每周的第 1 至 3 天进行, 以 21 天为一个疗程。

观察组给予微波消融序贯化疗治疗, 术前检查并记录患者的出凝血时间以及心肺功能, 做好相关的化验检查以及常

规体检, 患者禁食水 6h。手术时患者取仰卧位, 对患者进行 CT 扫描定位肿瘤病灶, 根据肿瘤及其周围组织的情况选择最佳的穿刺路径及消融范围, 制定消融计划。常规消毒铺巾, 行静脉麻醉, 穿刺点常规消毒且应用质量分数 2% 利多卡因局部浸润麻醉, 在定位处行皮肤及皮下组织 0.5cm 的小切口, 重复 CT 定位以确保无误后, CT 引导下将微波消融针导入肿瘤, 连接微波治疗仪, 根据患者肿瘤大小, 采用叠加消融的原则, 微波辐射功率调整为 50-80W, 共消融 10-20 分钟, 消融后再次扫描 CT 确定消融范围。术毕, 预防穿刺针道出血给予立止血 1~2ku 肌注或静注, 监测脉搏、呼吸血压, 观察穿刺点渗血及周围皮肤颜色改变。术后行止血、抗感染等治疗。微波消融治疗一周后行化疗治疗, 化疗方案同对照组。

两组患者均在化疗前采用常规预处理, 并常规应用止吐、补液、保护胃黏膜等对症支持治疗。

1.3 疗效评价标准

在两组患者完成 2 个治疗周期之后, 评价两组患者的骨髓抑制发生率、治疗效果。

参照 WHO 制定的消化道肿瘤近期疗效指标判疗效^[4], 将疗效分为 4 级。①完全缓解 (CR): 肿瘤完全消失, 且维持时间在 4 周以上。②部分缓解 (PR): 肿瘤面积 (肿瘤最大直径 \times 肿瘤最大垂直直径) 缩小 $\geq 50\%$, 其他病灶无增大, 且维持时间在 4 周以上。③稳定 (SD): 肿瘤面积缩小 25%-50%, 且维持时间在 4 周以上。④进展 (PD): 发现新病灶, 或病灶增大 25% 以上。治疗有效率 = (CR+PR) / 总例数 $\times 100\%$, 临床获益率 = (CR+PR+SD) / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法

所有数据差异采用 SPSS22.0 统计学软件对数据进行统计分析。计量资料以均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验; 计数资料采用 χ^2 检验。P<0.05 表示差异具有统计学意义。

2 结果

表 1: 对照组与观察组临床疗效比较 (n, %)

分组	病例	CR	PR	SD	PD	治疗有效率	临床获益率
对照组	25	1 (4.00)	14 (56.00)	6 (24.00)	4 (16.00)	60.00	84.00
观察组	25	3 (12.00)	15 (60.00)	5 (20.00)	2 (8.00)	72.00	92.00
χ^2						3.7118	3.0174
P						0.0318	0.04614

观察组患者的骨髓抑制发生率 8 例 (32.00%) 低于对照组的 19 例 (76.00%), 差异显著, 具备统计学意义 ($\chi^2=5.9147$, $P=0.0127 < 0.05$)。观察组患者的治疗有效率 72.00%, 高于对照组的 60.00%, 临床获益率 92.00% 高于对照组的 84.00%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$) 见表 1。

3 讨论

肺癌是发病率和死亡率增长最快的恶性肿瘤, 其中以非小细胞肺癌最常见。患者在确诊时, 大多数都是晚期, 大约有 80% 确诊的非小细胞肺癌患者表现为进展期的病变, 病情无法有效的控制, 晚期非小细胞肺癌在治愈方面的可能性较低。据有关流行病学研究表明^[5], 全美因肺癌死亡的患者占有恶性肿瘤人数的首位, 在我国, 因肺癌死亡的恶性肿瘤患者最多。临床治疗晚期非小细胞肺癌多以化疗为主, 在化疗期间, 化疗药物对于患者身体的细胞会形成一种毒副作用, 导致乏力、恶心、呕吐、腹泻、疲倦以及无食欲等症状, 患者不耐受, 因此影响了化疗效果。

微波消融序贯化疗的原理在 CT 精确引导和定位下, 通过 (2450.3±30.2) MHz 的微波电场使分子产生热量, 使得局部组织产生高温固化坏死, 实现各种实体肿瘤的原位消融, 对肿瘤起到治疗效果。微波消融治疗创伤轻, 采用肿瘤局部消融治疗方式能够准确定位肿瘤并进行肿瘤原位消融, 可以最大限度保护患者身体正常组织的器官功能, 对恶性肿瘤进行

局部损毁, 降低了患者的肿瘤负荷, 能够有效提高治疗效果。本次研究中, 治疗 2 个疗程后, 观察组患者的骨髓抑制发生率 32.00% 低于对照组的 76.00%, 观察组患者通过增强 CT 检查显示 92.00% 患者的肿块出现了不同程度缩小, 临床治疗有效率为 72.00%, 高于对照组的 60.00%, 说明晚期非小细胞肺癌患者采用微波消融序贯化疗安全可靠, 可有效降低肿瘤负荷, 提升治疗效果, 临床中值得推广使用。

[参考文献]

- [1] 蔡秋玲. 微波消融、唯美生序贯多西他赛方案化疗治疗老年晚期非小细胞肺癌临床观察 [J]. 肿瘤基础与临床, 2017 (4): 328-331.
- [2] 潘廷红, 王洪鲁, 肖伟等. 经皮微波热消融联合化疗治疗周围型非小细胞肺癌效果观察 [J]. 山东医药, 2016 (6): 42-44.
- [3] 戎冬文, 王慧宇, 贾军梅等. 微波消融联合全身化疗治疗晚期非小细胞肺癌的疗效对血清 VEGF、id1 蛋白浓度的影响 [J]. 现代生物医学进展, 2017 (36): 7151-7154.
- [4] 王启船, 张鹏, 万里新等. 影像引导下微波消融联合化疗治疗非小细胞肺癌的疗效观察 [J]. 癌症进展, 2018 (4): 439-441.
- [5] 李瑞东, 乔柱, 胡东玉等. 微波消融结合化疗治疗中晚期肺癌及肺转移瘤的疗效观察 [J]. 中国肿瘤临床与康复, 2017 (7): 777-780.

(上接第 59 页)

会直接影响患者的预后情况。临床上通常采用手术治疗胸腰椎多节段脊柱骨折, 不同的入路方式所得的治疗效果也存在较大差异。前路手术在压缩性与爆裂性骨折中较为适用, 其可使骨折处完全暴露; 手术视野较清晰, 便于对椎管内坏死组织与骨折碎块进行清除, 还可以防止对神经与脊髓造成损害^[4]。经前路手术减压后, 可提供便于神经恢复的最大空间, 还可以使脊柱高度与矢状平衡有效恢复, 进而促使植骨融合。后入路手术是目前较为常用的手术方式, 在合并脱位骨折与完全瘫痪骨折中较为适用。与前路相比存在如下不足: 术中需将一些脊柱结构切除, 还需要将椎间结构清除, 对脊柱稳定性与椎体结构完整性造成破坏, 因此, 术中椎体内固定物取出后等情况时, 会产生矫正度丢失与椎体塌陷的情况^[5]。

本研究结果显示: 实验组患者术中出血量与疼痛评分明显少于对比组; 对比组患者 Cobb 角明显大于实验组; 对比组患

者伤椎前缘平均高度明显小于实验组; 对比组患者并发症发生率 20.00%, 明显高于实验组的 4.00%, 与相关研究结果一致。

总之, 前路手术治疗胸腰椎多节段脊柱骨折的治疗效果高于后入路手术, 且并发症较少, 疼痛较轻。

[参考文献]

- [1] 杨奇峰, 刘志杰, 范少鹏, 等. 胸腰椎多节段脊柱骨折手术治疗的临床疗效分析 [J]. 大家健康旬刊, 2016, 10(4):98-98.
- [2] 陈建光. 胸腰椎多节段脊柱骨折手术治疗的效果观察 [J]. 中国保健营养, 2016, 26(27):140-141.
- [3] 曹李华, 廖红波, 段波. 胸腰椎多节段脊柱骨折手术治疗疗效分析 [J]. 中国伤残医学, 2017, 25(7):28-30.
- [4] 张润岭, 江小强. 胸腰椎多节段脊柱骨折应用手术治疗的效果研究 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(80):71-72.
- [5] 阴彦斌, 栾彦军. 前后入路治疗胸腰椎多节段脊柱骨折的临床疗效与并发症比较 [J]. 创伤外科杂志, 2017, 19(5):330-333.

(上接第 60 页)

是没有彻底治愈, 耽误了确诊跟治疗。

3.5 布鲁菌感染人体后主要在网内皮系统的细胞内繁殖, 很难更治且易复发, 顾治疗上要求抗生素对细胞穿透力强, 联合用药、长疗程或多疗程治疗, 目前国外大多数用多西环素 (治疗 6 周) 和利福平 (治疗 6 周) 为基础治疗, 合并其他感染的在联合抗菌治疗, 论述^[7]有报道。

综上所述, 布鲁菌病散发于各种人群, 其临床特征没有特异性, 医师对此病易漏诊、误诊。因此, 医务工作者应提高对此病的诊断水平, 同时提高公众对此病的认识。医务人员对于长期发热的患者, 特别是发病前与家畜或畜产品有密切接触史, 或生活在及去过布鲁菌病流行区的患者应该引起重视, 考虑是否有布鲁菌感染。同时, 医务人员应注意防护, 避免感染。

[参考文献]

- [1] 卫生部《全国人间布鲁氏菌病管理检测方案》试行 [2].2005
- [2] 张立芹. 屈宏宇《北京市平谷区布鲁菌病高危人群感染危险因素分析》职业与健康 2014 年 12 月第 30 卷第 24 期
- [3] 丁芹. 王莉娜《徐州地区 30 例布鲁菌病的临床特征分析》中外医学研究第 12 卷第 36 期
- [4] 李利秀. 夏运成《长沙地区血培养布鲁菌病例 3 例》广东医学 2014 年 12 月第 35 卷第 24 期
- [5] 张文. 柏彩英. 周强等. 4 例布鲁氏菌感染血培养特征分析 [J]. 广东医学. 2011.32 (5): 644-645
- [3] 徐杰《人布鲁菌病的致病机理、疫情与防治》
- [7] 王小涛《非传统流行区布鲁菌 3 例治疗分析》中国兽共患病学报