

• 临床研究 •

晚期实体瘤肿瘤内科综合治疗模式优化探讨

沈若瑶

浙江省湖州市南浔区人民医院 303009

【摘要】晚期实体瘤的治疗是肿瘤领域的一大挑战。本文探讨肿瘤内科综合治疗模式的优化,分析了化疗、靶向治疗、免疫治疗等多种治疗手段在晚期实体瘤治疗中的应用现状及不足。通过整合多学科资源、利用精准医学技术、开展临床试验等方式,可优化综合治疗模式,提高晚期实体瘤患者的治疗效果和生存质量。这对改善患者预后、推动肿瘤内科治疗发展具有重要意义。

【关键词】晚期实体瘤;综合治疗模式;肿瘤内科;优化策略

【中图分类号】R73

【文献标识码】A

【文章编号】1009-4393 (2025) 28-040-02

晚期实体瘤患者通常面临肿瘤转移、身体机能下降等问题,治疗难度极大。传统的单一治疗手段往往难以取得理想效果,综合治疗模式应运而生^[1]。目前,综合治疗模式虽已广泛应用,但仍存在一些需要优化的方面。如何整合各种治疗手段,使其发挥最大协同作用,是提高晚期实体瘤治疗效果的关键。深入探讨肿瘤内科综合治疗模式的优化,有助于改善患者的生存状况,为临床治疗提供更有效的方案。

1 晚期实体瘤治疗手段分析

1.1 化疗

化疗是通过使用化学药物来杀伤肿瘤细胞,是肿瘤内科最主要的治疗手段之一。化疗药物可以通过口服、静脉注射、动脉灌注等方式给药。然而,化疗存在诸多弊端^[2]。一方面,化疗药物缺乏特异性,在杀伤肿瘤细胞的同时,也会对正常细胞造成损害,导致患者出现恶心、呕吐、脱发、骨髓抑制等一系列不良反应,严重影响患者的生活质量。另一方面,肿瘤细胞容易对化疗药物产生耐药性,随着化疗疗程的增加,治疗效果逐渐降低,这使得化疗在晚期实体瘤治疗中的应用受到一定限制。

1.2 靶向治疗

靶向治疗是针对肿瘤细胞特有的分子靶点进行治疗,能够更精准地作用于肿瘤细胞,抑制其生长和扩散。例如,EGFR 酪氨酸激酶抑制剂可与 EGFR 突变的癌细胞结合,抑制其增殖;HER2 阳性的乳腺癌患者使用曲妥珠单抗、帕妥珠单抗等抗 HER2 药物,可通过靶向 HER2 受体,抑制癌细胞生长。与化疗相比,靶向治疗具有更高的特异性,不良反应相对较轻。但是,靶向治疗的适用范围有限,仅对特定基因突变或靶点异常表达的患者有效。而且,随着治疗时间的延长,部分患者也会出现耐药现象,导致治疗失败。

1.3 免疫治疗

免疫治疗通过激活人体免疫系统来对抗肿瘤细胞,是近年来新兴的一种治疗方式。免疫治疗药物包括单克隆抗体、细胞因子等。以 PD-1/PD-L1 抑制剂为例,它们可以阻断 PD-1 与 PD-L1 的结合,增强 T 细胞的活性,提高患者免疫力,从而有效治疗多种恶性肿瘤。免疫治疗为晚期实体瘤患者带来了新的希望,部分患者能够获得长期生存。然而,并非所有患者都能从免疫治疗中获益,只有一部分患者对免疫治疗敏感。此外,免疫治疗可能引起免疫相关的不良反应,如肺炎、结肠炎等,需要密切监测并及时处理^[3]。

2 现有综合治疗模式存在的问题

2.1 治疗手段衔接不顺畅

在实际临床治疗中,不同治疗手段之间的衔接往往缺乏合理规划。例如,化疗与靶向治疗、免疫治疗的序贯安排不够科学,可能导致治疗时机的延误或过度治疗。有些患者在化疗后身体尚未恢复,就匆忙进行下一种治疗,不仅增加了患者的痛苦,还可能影响整体治疗效果^[4]。而且,不同科室之间对于治疗方案的沟通和协调不足,导致治疗手段的衔接存在脱节现象。

2.2 缺乏个性化治疗方案

晚期实体瘤患者的个体差异较大,包括肿瘤的分子分型、基因突变情况、身体状况、基础疾病等各不相同。然而,目前的综合治疗模式在制定治疗方案时,有时未能充分考虑这些个体差异,存在“一刀切”的现象。未能根据患者的具体情况精准的分子分型检测,导致无法为患者选择最适合的靶向治疗药物或免疫治疗方案,影响了治疗效果。

2.3 对患者整体管理不足

肿瘤治疗不仅仅是针对肿瘤本身,还需要关注患者的身体机能、营养状况、心理状态等多个方面。但现有综合治疗模式往往侧重于肿瘤的治疗,对患者的整体管理重视不够。在治疗过程中,忽视了患者的营养支持,导致患者因营养不良而无法耐受后续治疗;对患者的心理问题关注不足,患者长期处于焦虑、抑郁状态,也会影响治疗依从性和生活质量。

3 晚期实体瘤肿瘤内科综合治疗模式优化策略

3.1 整合多学科资源,建立 MDT 团队

多学科诊疗(MDT)模式是优化综合治疗的重要途径。MDT 团队应包括肿瘤内科医生、外科医生、放疗科医生、病理科医生、影像科医生等。通过定期开展 MDT 会诊,各学科专家共同讨论患者的病情,根据患者的肿瘤类型、分期、身体状况等,制定全面、个性化的综合治疗方案。在制定方案时,充分考虑各种治疗手段的优势和局限性,合理安排治疗顺序,实现治疗手段的无缝衔接。肿瘤内科医生在患者化疗后,及时与放疗科医生沟通,确定放疗的最佳时机;外科医生评估患者在经过化疗或其他治疗后,是否具有手术切除的机会等。

3.2 利用精准医学技术,实现个性化治疗

精准医学强调根据患者个体的基因、环境和生活方式等因素,制定个性化的医疗决策。对于晚期实体瘤患者,应常规进行基因检测、分子分型检测等,明确患者的肿瘤基因突变情况、分子特征等。根据检测结果,为患者选择最适合的靶向治疗药物、免疫治疗药物或化疗方案。对于存在 EGFR 突变的肺癌患者,优先选择 EGFR 酪氨酸激酶抑制剂进行治疗;

(下转第 43 页)

0.05), 如下表 2:

3 讨论

肾结石为泌尿系统的常见病, 40% ~ 75% 的肾结石患者有不同程度的腰痛, 部分患者结石可堵塞输尿管, 尿液从肾盂排出受阻, 使肾内压力增高, 肾盂肾盏扩张, 肾实质萎缩, 造成尿液积聚在肾内称为肾积水, 进而影响肾功能^[6]。肾积水的治疗方法是根据患者的情况来确定的, 对于肾积水严重者, 对侧肾功能好则行肾切除^[7]。对于肾切除, 目前临床上多采用后腹腔镜肾切除术, 此术式具有对腹腔脏器干扰小、不受腹腔粘连等因素的影响, 也符合泌尿外科医生开放手术的习惯^[8]。

本实验给予观察组患者后腹腔镜肾切除治疗, 对照组患者则使用传统的肾切除手术治疗。两组对比, 观察组术后并发症发生率明显比对照组低, 观察组的各项住院指标明显优于对照组。

综上所述, 与传统的开腹肾切除术相比, 后腹腔镜肾切除术的临床效果更佳, 它能明显减少患者不良反应的发生, 改善患者预后, 值得临床推广。

参考文献:

[1] 刘鹏, 安康, 姚雷, 等. 后腹腔镜肾切除治疗结石所致重

度积水无功能肾的临床疗效分析[J]. 航空航天医学杂志, 2025, 36(4):427-429.

[2] 梅傲冰, 贾本忠, 孙发, 等. 后腹腔镜肾切除治疗结石所致重度积水无功能肾的临床体会[J]. 中国社区医师, 2022, 38(27):60-61.

[3] 徐辉, 张国玺, 邹晓峰, 等. 耻骨上辅助经脐单孔腹腔镜下肾切除术: 单中心学习曲线研究[J]. 中华泌尿外科杂志, 2024, 45(8):572-577.

[4] 席国瑞. 后腹腔镜肾切除术治疗无功能肾积水患者的临床效果[J]. 健康前沿, 2025, 34(3):188-188.

[5] 鲁成军, 田金波, 黄剑钊, 等. 后腹腔镜根治性肾切除术与开放根治性肾切除术的对比研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2023, 10(96):18-20.

[6] 吴为. 经后腹腔途径腹腔镜下肾切除的临床价值[J]. 医药前沿, 2022, 12(34):132-132.

[7] 陈娟, 黄青. 腹膜后腹腔镜下肾切除术的手术配合[J]. 心理医生, 2023, 29(31):252-253.

[8] 郑金华, 谢进东. 后腹腔镜肾部分切除术热缺血时间的临床研究[J]. 实用医技杂志, 2025, 32(1):73-74.

(上接第 40 页)

对于 PD-L1 高表达的患者, 评估其是否适合免疫治疗等。通过精准医学技术, 实现从“同病同治”到“因人而异”的个性化治疗转变, 提高治疗效果。

4 结论

晚期实体瘤的治疗面临诸多挑战, 优化肿瘤内科综合治疗模式至关重要。通过对现有治疗手段的分析, 明确了化疗、靶向治疗、免疫治疗等各自的优缺点, 以及现有综合治疗模式存在的治疗手段衔接不顺畅、缺乏个性化治疗方案、对患者整体管理不足等问题。针对这些问题, 提出了整合多学科资源建立 MDT 团队、利用精准医学技术实现个性化治疗、加强对患者的整体管理、开展临床试验探索新治疗方案等优化策略。通过实施这些优化策略, 有望提高晚期实体瘤患者的

治疗效果, 改善患者的生存质量, 延长患者的生存期, 为晚期实体瘤患者带来更多的希望。未来, 随着医学技术的不断进步和对肿瘤发病机制研究的深入, 肿瘤内科综合治疗模式将不断完善和发展, 为肿瘤治疗领域带来新的突破。

参考文献:

[1] 黄其春. 肿瘤内科治疗增敏剂的研究进展[J]. 内科, 2011.

[2] 陶云凤. 肿瘤晚期癌痛治疗中镇痛药物效果观察及临终关怀[J]. 大健康, 2024(20):150-152.

[3] 冯宇, 呼健. 肿瘤恶病质的中医分期诊治思路探析[J]. 中国医药学报, 2023, 000(11):3.

[4] 宋颖, 田畅, 李佳祺. 晚期肿瘤病人发生爆发痛体验的质性研究[J]. 全科护理, 2023, 21(20):2848-2851.

(上接第 41 页)

结石清除率约达 100%, 术后也鲜少有感染、休克等不良情况^[5]。然而, 对于息肉嵌顿上段输尿管结石病患而言, 单纯行输尿管切开取石术并不能获得良好疗效, 一般需结合息肉切除术或息肉段输尿管切除吻合术进行治疗。息肉切除术会保息肉段输尿管, 因此术后恢复难度较大, 且难以预防输尿管狭窄、漏尿等并发症^[6]。息肉段输尿管切除吻合术由于切掉了息肉段输尿管, 行吻合术后可有效防治输尿管狭窄及漏尿等并发症^[7]。本研究结果显示, 两组病患的手术时间、出血量、住院时间相近, 但 B 组的结石清除率高于 A 组, 且术后并发症出现率低于 A 组, 因此认为, B 组的疗效优于 A 组, 即输尿管切开取石与息肉段输尿管切除吻合术治疗息肉嵌顿上段输尿管结石的疗效优于输尿管切开取石与息肉切除术。

综上所述, 息肉嵌顿上段输尿管结石运用输尿管切开取石与息肉段输尿管切除吻合术治疗的效果显著, 可较大程度地提升结石清除率, 且不良反应情况较少, 可推荐运用。

参考文献:

[1] 郑俊斌, 陈孝敏, 董策. 输尿管硬镜结合软镜分期碎石治疗输尿管上段嵌顿性结石 48 例[J]. 浙江医学, 2021,

38(19):1609-1610.

[2] 苗发陈, 任庆芹, 杨志国, 等. 三种腔镜手术治疗嵌顿性输尿管上段结石的疗效比较[J]. 中国基层医药, 2022, 23(17):341-342.

[3] 朱华平. 对 52 例输尿管上段嵌顿性结石患者在腹腔镜下使用输尿管切开取石术进行治疗的体会[J]. 当代医药论丛, 2024(3):282-283.

[4] 徐伟, 郑奇传. 后腹腔镜下输尿管切开取石术在输尿管上段结石中的应用及手术技巧探讨[J]. 实用临床医药杂志, 2023, 20(13):115-116.

[5] 马大东, 古风莲, 徐火松. 经皮肾镜碎石取石术与后腹腔镜输尿管切开取石术治疗输尿管上段嵌顿性结石疗效的对比研究[J]. 农垦医学, 2022, 38(3):224-226.

[6] 蔡海泉, 侯贤琼, 陈新桂. 三种方法治疗输尿管上段嵌顿性结石的效果对比分析[J]. 白求恩医学杂志, 2024, 14(2):236-238.

[7] 郑俊彪, 李建辉, 王峻, 等. 后腹腔镜输尿管切开取石术治疗嵌顿性输尿管上段结石[J]. 中国微创外科杂志, 2022(6):347-348.