维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253-3626(2006)05-0756-02

肺癌脑转移 60 例临床分析

杨万毅,周 静,陈绪元,陈晓品

(重庆医科大学附属第一医院肿瘤科,重庆 400016)

【摘 要】目的:探讨对肺癌脑转移患者行手术、放疗及辅以联合化疗后的疗效比较。方法:对 1999 年 1 月 ~ 2005 年 12 月间我院收治的经头颅 CT 和 / 或 MRI 检查、手术后病理学证实的肺癌脑转移 60 例进行回顾性分析。结果:手术 + 放化疗组、放疗 + 化疗组的中位生存期分别为 12 个月、11 个月,1 年生存率分别为 25.0%、21.8%;单纯放疗组、单纯化疗组分别为 5 个月、6 个月,及 7.69%、0,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:肺癌脑转移采用以放疗为主的综合治疗是一种比较合理的治疗方法,可延长生存期、提高疗效。

【关键词】肺癌;脑转移;手术;放疗;化疗

【中国图书分类号】R734.2 【文献标识码】B 【收稿日期】2006-04-19

Clinical analysis on 60 lung cancer patients with brain metastasis

YANG Wanyi, et al

(*Department of Oncology, the First Affiliated Hospital, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To analyze the effects of surgery, radiotherapy combined with chemotherapy for treating lung cancer patients with brain metastasis. *Methods*: 60 lung cancer patients with brain metastasis certified by brain CT and/or MRI, pathology were retrospectively analyzed between January, 1999 and December, 2005. *Results*: The median survival time was 12 months for surgery combined with radiotherapy and chemotherapy group and 11 month for radiotherapy combined with chemotherapy group, respectively. The 1-year survival rate was 25.0% and 21.8% respectively. The median survival time was 5 months in pure radiotherapy group and 6 months in pure chemotherapy group, The 1-year survival rate was 7.69% in pure radiotherapy group and 0% in pure chemotherapy group. There was statistically significant difference ($P < 0.05$) between them. *Conclusion*: The colligational therapy basing on radiotherapy is more effective, which could elongate the survival time and improve the effects.

【Key words】Lung cancer; Brain metastasis; Surgery; Radiotherapy; Chemotherapy

脑转移是肺癌最常见的合并症,也是治疗失败的常见原因。目前脑转移的治疗仍采用以放射治疗为主的综合治疗。本文将对我院 1999 年 1 月 ~ 2005 年 12 月诊断为肺癌脑转移 60 例患者的临床资料进行回顾性分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 60 例病例原发灶均经病理组织学及(或)细胞学确诊肺癌,其中腺癌 24 例 (40%),小细胞癌 16 例 (26.7%),鳞癌 13 例 (21.6%),腺鳞癌 3 例 (5%),肺泡细胞癌 2 例 (3.3%),其他类型 2 例 (3.3%)。转移灶经脑部 CT 或磁共振成像(MRI)或脑脊液细胞学证实为脑转移,其中大脑 (顶叶、额叶、颞叶、枕叶、基底节)42 例,合并脑膜转移 5 例,合并小脑转移 2 例,脑干 (中脑,脑桥和延髓)转移 8 例;单纯小脑转移 6 例;单纯脑膜转移 4 例。脑转移类型:单发型 25 例 (41.7%),多发型 35 例 (58.3%)。治疗:手术切除单发脑转移瘤后放化疗 8 例,放疗加化疗 32 例,单纯放疗 13 例,单纯化疗 5 例,未治疗 2 例。男性 36 例,女性 24 例,男女之比 1.5:1.0,年龄 29~79 岁之间,中位年龄 56 岁。

1.2 治疗方法

放疗采用 $^{60}Co\ \gamma$ 射线全脑两侧野对穿照射,常规分割 2Gy/ 次,每周 5 次。30~40Gy/3~4w,后缩野追加放疗剂量 (DT)15~20Gy/1.5~2w。化疗方案主要有 CCNU (环己亚硝脲)+VM26 (鬼臼塞吩甙)+DDP (顺铂)。部分病例采用 CCNU+NVB (盖诺)+DDP 或 PTX (紫杉醇)+DDP 等,化疗一般 2~3 个周期。

作者介绍:杨万毅(1973-),男,研究生,
主要研究方向:中西医结合治疗肺癌。

维普资讯 http://www.cqvip.com

2 结 果

2.1 临床疗效

全组病例 1 年生存率 16.6%（10/60），2 年生存率 6.7%（4/60）。手术 + 放化疗，放疗 + 化疗的中位生存期分别为 12 个月及 11 个月，1 年生存率分别为 25.0%、21.8%，显著优于单纯放疗组及单纯化疗组的 5 个月、7.69%及 6 个月、0%（$P<0.05$）。放弃治疗的患者中位生存期为 2 个月（详见表 1）。

表 1 肺癌脑转移治疗与预后关系

治疗方式生存期	例数（n）	1年生存率（%）	2年生存率（%）	中位（月）
手术 + 放化疗	8	25.00（2/8）	12.5（1/8）	12
放疗 + 化疗	32	21.87（7/32）	9.37（3/32）	11
单纯放疗	13	7.69（1/13）	0	5
单纯化疗	5	0	0	6
未治疗	2	0	0	2

其中手术加放化疗组与放疗 + 化疗组间比较，$P>0.05$，二者与单放、单化、未治组比较均 $P<0.05$，多发病灶与单发病灶间的中位生存期为 5 个月与 12 个月，1 年生存率分别为 5.7%（2/35）与 32.0%（8/25），$P<0.05$。

2.2 死亡原因

脑水肿、脑疝、呼吸衰竭、并发症如肺部感染、上消化道出血、多脏器功能衰竭等。

2.3 不良反应

放疗过程中有 25%（15/60）病例出现颅内压增高加重表现，增加甘露醇用量及次数，多数患者在放疗 2 周左右颅内高压症状减轻或消失，化疗不良反应主要为消化道反应和骨髓抑制。化疗同时给予止吐药物和升高白细胞药物，无 1 例患者出现心肾功能损伤，无 1 例患者因治疗引起死亡。

2.4 统计学处理

采用 χ^2 检验。

3 讨 论

肺癌发病率的增加以及诊治手段的提高所致患者生存期延长，使得肺癌脑转移发生率也在不断上升，有资料显示已高达 25.4%~65%，占全部颅内转移性肿瘤 40%~60%[1]。本组肺癌脑转移以腺癌最多见，其次为小细胞肺癌，与文献相符。目前，肺癌脑转移的治疗以姑息治疗为主[2]，全脑放疗一直是脑转移瘤的主要治疗手段，该方法可以有效地改善患者的神经症状和功能，但并不能延长生存期，据报道：全脑放疗后患者的中位生存期大多在 3~6 个月[3]。而单纯手术的平均存活期为 6~7 个月，单纯化疗也仅为 3~6 个月。近年来，立体定向放射治疗（SRT）在临床上逐步得到广泛应用，它比全脑放疗更能延长生存期和提高生存质量，但只适用于治疗直径小于 3cm，位置较深或位于重要功能区及全身情况差或数目相对较少的转移瘤。因此，对已确诊肺癌的患者常规行头颅 CT 检查以尽早检出颅内转移灶并了解其数目、体积大小及位置，及时采取综合治疗，是延长患者生存期及提高疗效的重要措施。

本文颅内多发性脑转移占脑转移的 58.3%，与单发病灶者（占 41.7%）生存率差异有显著性。全脑放疗一直是脑转移瘤的主要治疗手段，其主要目的是缓解症状，文献报道其有效率为 70%~90%[4]。而手术切除可迅速减轻占位效应，有时手术是必要的解救手段[5]。近年来的前瞻性研究及回顾性研究均表明，手术加全脑放疗的生存率、局部控制率、复发率及生存质量均显著优于单纯放疗或化疗[6]。本组手术后加放化疗组与放疗加化疗二组疗效最好，均优于单纯放、化疗，与文献相似。

不同病理类型中，肺鳞癌脑转移治疗效果较好，本组有 1 例生存 3 年以上鳞癌患者，肺癌脑转移的预后在很大程度上取决于病人治疗时全身病变的情况，如肺内原发灶是否控制，脑转移诊断时是否合并其它器官的转移。因肺癌脑转移发病率高，对有头痛或精神症状、偏瘫的肺癌病人应常规做 CT、MRI 检查。对脑转移为单发病灶者应争取手术或立体定向放射治疗，后辅以放疗、化疗，以期得到更好的生存。对多发脑转移者应尽可能地用放疗加化疗等综合治疗，以达到缓解症状、改善生存质量的目的。

参 考 文 献

[1] 王希成，杨 曙，王新宁，等.全脑放疗加伽玛刀治疗非小细胞肺癌多发脑转移的临床研究[J].实用医学杂志，2005；21（5）：396-397.

（下转第 772 页）

维普资讯 http://www.cqvip.com

[3] 温家宝总理在渝考察纪实，新华网，新闻中心，滚动新闻 http://news.xinhuanet.com/newscenter/2006-04/24/content_4468739.htm.
[4] 刘晓波，刘雁飞，祁国明.推广卫生适宜技术，促进农村卫生事业发展[J].中华医学科研管理杂志，17(3)：政策研讨.
[5] 王宇明，郭金玲，高三友，等.河南农村卫生适宜技术推广示范初步思考[J].河南医学研究，2005；14(4).

（上接第 751 页）

3 讨 论

超声消融系统的作用原理：利用低频高能的超声波对组织产生的机械性破碎作用和空穴作用[4]来达到打通血管的目的。

先将下腔静脉滤器放置于腔静脉内，可有效阻止血栓随血液循环到肺静脉，防止肺栓塞的发生。

静脉内导管留置直接将溶栓药物泵入血栓内，为患者建立了一条病变血管直接给药的通道，增大了局部药物浓度，并可实现持续给药、增强超声消融效果、防止消融后血栓再形成和减少全身药物用量，减少出血并发症的目的[5]。

四肢循环泵的作用原理：通过间断气囊压迫肢体，阻止深静脉扩张，防止足和股部的静脉血流滞缓，促使血液回流，减轻肢体肿胀。

总之，静脉滤器置入加手术治疗能有效防止肺栓塞，明显改善肢体缺血肿胀和股青肿，减轻局部张力缓解疼痛，能减少药物用量和并发症；但有凝血象异常、肢体肿胀和血栓再形成的危险。应注意观察，保持留置导管功能良好，早期应用四肢循环泵进行护理干预，以减轻肢体肿胀。四肢循环泵能减轻肢体肿胀。其远期效果如血栓再形成等有待于进一步研究随访。

参 考 文 献

[1] Pineo GF，Hull RD.Prevention and treatment of venous thrombolisms [J]. Drugs.1996；52(1)：71.
[2] 孙建明，陈以宽，朱仕钦.超声消融治疗动脉硬化症疗效观察[J].临床超声医学杂志，2004；6(3)：139-141.
[3] 刘碧波，李凤英，文志广，等.介入性动脉内留置导管治疗慢性骨髓炎的观察与护理 21 例 [J].实用护理杂，2003；19(12)：19-20.
[4] 张精勇，吴学君，金 星，等.超声引导下置管溶栓治疗下肢深静脉血栓形成[J].临床外科杂志，2004；12(3)：190-191.
[5] 徐 冬，许海燕，姜 宏，等.超声消融术治疗外周动脉完全闭塞性病变的护理配合[J].解放军护理杂志，2003；20(10)：54-55.

（上接第 757 页）

[2] Ohta y，Oda m，Sunezuka Y，et al Results of recent therapy for non-small-cell lung cancer with brain metastasis as the initial relapse[J]. Am J Clin Oncol，2002；25(5)：476-479.
[3] Park YG，Chol JY，Chang JW，et al Gamma knife radiosurgery for metastatic brain tumors[J].Stereotact Funct Neurosurgery，2001；76(3-4)：201-203.
[4] 周宗政，王绿化，吕纪马，等. 全脑照射加 Vm-26 治疗肺癌脑转移的 1 期临床试验[J].中华放射肿瘤学杂志，2003；12(4)：228-229.
[5] Westphal M，Heese O，de Wit M.Intracranial metastases thera-peutic options [J].Ann Oncol，2003；14(suppl 3)：4-10.
[6] Taimur S，Edelman MJ.Treatment options for brain metastases in patients with non-small cell lung cancer[J].Curr Treat Options Oncol，2003；4(1)：89-95.

（上接第 762 页）

3 讨 论

两种术式术中情况比较，手术时间术中估计出血量，新生儿窒息，二种术式间差异无显著性（$P>0.05$）。但胎儿娩出时间上子宫下段剖宫产明显优于腹膜外剖宫产。

术后排气时间，腹膜外剖宫产组明显优于子宫下段剖宫产，术后最高体温两组无明显差异，但胎膜外剖宫产组有 8 例临床表现感染者，但腹膜外剖宫产膀胱侧窝炎发生率明显高于子宫下段剖宫产。

从上资料中提示：腹膜外剖宫产及子宫下段剖宫产各有利弊，两者不能替代，子宫下段剖宫产是应用最广的剖宫产术式，切口位于子宫下段，易于用腹膜反折，遮盖，只要腹膜清洗干净，可起到一定预防腹膜感染和粘连的作用 [3] 但在开腹术中通过干扰相对较多，术后恢复时间长，术后腹膜粘连机会多。腹膜外剖宫产不进入腹腔，不干扰排腹腔脏器的功能，术后不禁食，全身反应少，恢复快，宫腔内感染不易波及腹腔，不引起肠麻痹和粘连，但进入宫腔取出胎儿较子宫下段剖宫产慢，下段显露不够宽敞，娩出胎儿相对困难，术中无法探测附件及子宫情况，同时易发生膀胱侧窝炎，所以，我们认为，两种途径剖宫产各种优劣，在选择术式时，应综合考虑产妇情况，胎儿状况和术者技能经验而定，选择最适合的手术途径，不可偏颇。

参 考 文 献

[1] 凌萝达，顾奎礼.难产[M].重庆出版社，268-274.