维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253－3626(2003)05－0656－02

晚期胰腺癌放射治疗探讨

戴晓波，陈晓品，陈绪元，张 玲，赵 斌，吴永忠，张 菊，张 涛

(重庆医科大学临床学院放疗科，重庆 400016)

【摘 要】目的:探讨不能手术切除的晚期胰腺癌放射治疗的疗效及价值。方法:1996 年 3 月至 2001 年 12 月我科共收治 16 例不能切除的晚期胰腺癌患者行放射治疗。按 TNM 分期，Ⅱ期 5 例，Ⅲ期 6 例，Ⅳ期 5 例。KPS 评分 30～70 分。采用常规分割(1.8～2.0Gy/次，每周 5 次)8 例，非常规分割(1.2～1.8Gy/次，每日 2～3 次)8 例。放射治疗剂量＜40Gy3 例，50～60Gy4 例，60～70Gy6 例，＞70Gy3 例。结果:放疗止痛有效率 85.7%，全组中位生存期 9.2 个月(3～30 月)，1 年生存率 31.25%。KPS 评分及 TNM 分期影响生存，KPS60～70 分组生存期明显长于 KPS 30～50 分组($P<0.01$)，Ⅱ、Ⅲ期患者生存期明显长于Ⅳ期($P<0.01$)。结论:对不能切除的局部晚期胰腺癌采用放射治疗可有效缓解症状，改善生存质量，适当延长生存期。

【关键词】晚期胰腺癌；放射治疗；预后因素

【中国图书分类法分类号】R730.55 【文献标识码】B 【收稿日期】2002－07－04

Radiotherapy for unresectable advanced pancreatic cancer

DAI Xiaobo, et al

(*Department of Radiation Oncology, College of Clinical Medicine, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To study the treatment result of the unresectable advanced pancreatic cancer by radiotherapy. *Methods*: A total of 16 patients with unresectable advanced pancreatic cancer were treated by radiotherapy from March 1996 to December 2001. According to TNM staging system, there are 5 patients in stage II, 6 in stage Ⅲ and 5 in stage Ⅳ. Karnofsky score were ranged from 30～70. Eight patients were treated by the conventional fractionation (1.8～2.0 cGy/f, 5f/w), and eight patients treated by non－conventional fractionation(1.2～1.8Gy/f,2～3f/d). The radiation dose was＜40Gy for 3 cases, 50～60Gy for 4 cases,61～70Gy for 6 cases, ＞70Gy for 3 cases. *Results*: The remission rate was 85.7 percent. The median survival course was 9.2 months(3～30months). 1－year survival rate was 31.25 percent. The pretreatment performance status and TNM stage were important prognostic factors. Both groups of Karnofsky score 60～70 and stage Ⅱ, Ⅲ showed a highly significantsurvival improvement when compared with groups of Karnofsky score 30～50and stage IV ($P<0.01$). *Conclusion*: Radiotherapy is able to relieve symptoms, prolong survival time and improve life quality for patients with unresectable advanced cancer of pancreas.

【Key words】Advanced pancreatic cancer; Radiotherapy; Prognostic factors

胰腺癌发病率占恶性肿瘤的 1%～2%，近年来有明显增高趋势[1]。由于胰腺癌位置深在、隐蔽，早期无症状，极易侵犯周围脏器和转移，确诊时大多已属晚期，手术切除率低，疗效差。姑息手术的平均生存期仅 5.7 个月[2]。对于不能切除的胰腺癌，治疗上迄今无突破。我科于 1996 年 3 月至 2001 年 12 月共收治 16 例不能手术切除的局部晚期胰腺癌患者，采用加速器高能 X 射线放射治疗，现将治疗结果总结如下。

作者介绍:戴晓波(1962－)，女，主治医师。
主要研究方向:肿瘤放射治疗。

1 材料与方法

1.1 临床资料

16 例患者中，男性 8 例，女性 8 例，年龄 39～72 岁，平均年龄 58 岁。胰头癌 8 例，胰体癌 5 例，体尾癌 3 例，按 TNM 分期，Ⅱ期 5 例，Ⅲ期 6 例，Ⅳ期 5 例。其中有肝转移 3 例，肝、肺、骨多处转移 1 例，锁骨上区淋巴结转移 1 例。Karnofky 评分 60～70 分 9 例，30～50 分 7 例。全组病例均经 B 超及 CT/MRI 诊断，11 例曾行剖腹探查，病理确诊。

1.2 治疗方法

全组病例均按 CT/MRI 扫描，做 TPS 计划，模拟机下定位设野，采用加速器 6MV～15MV X 线体外照射，靶区和射

维普资讯 http://www.cqvip.com

野面积根据病灶和部位而定,主要包括胰腺原发灶及转移灶区,两野(一前一侧或两前斜野)或三野(前后+左侧或一前两侧)等中心照射。常规分割(1.8～2.0Gy/次/天)8 例,非常规分割(1.2～1.8Gy/次,2～3 次/天)8 例。放疗剂量<40Gy3 例,50～60Gy 4 例,61～70Gy6 例,>70Gy 3 例。全组有 6 例病人放疗前和(或)后加化疗,化疗的药物以 5-FU、DDP、MMC 为主,一般剂量为:5-Fu 500mg～750mg iv d_{1-5} DDP30mgiv d_{1-4},MMC 6～8mg-iv d_1,每月化疗 1 周期。只有 1 例完成 6 个周期化疗,其余均为不规则化疗 2～3 周期,其中 1 例用健择 1.2g $d_{1,8}$化疗 2 周期。全组有 75% 的患者需配合支持、对症治疗。

2 结 果

2.1 近期疗效

对腹痛的影响:全组有上腹痛、腰背部疼痛者 14 例,放疗前均需服用不同程度的止痛药物,放疗后 4 例疼痛完全消失,停用止痛药,8 例疼痛减轻,止痛药物减量或停用,止痛有效率 85.7%。放疗对局部肿块的影响:按照 WHO 疗效评定标准,根据治疗前后 B 超、CT/MRI 检查结果评定,完全缓解 1 例,部分缓解 6 例,无变化 5 例,恶化 4 例,有效率为 43.8%。

2.2 生存率

从治疗开始之日起计算,本组中位生存期 9.2 个月(3～30 月)。1 年生存率 31.25%(5/16),其中Ⅱ期 5 例中位生存期为 11.8 个月,Ⅲ期 6 例,中位生存期 11 个月,Ⅳ期 5 例,中位生存期为 4.5 个月。Ⅱ、Ⅲ期明显长于Ⅳ期(经 t 检验($P<0.01$)。KPS 评分 60～70 分 9 例,中位生存期 12.5 个月,KPS 30～50 分 7 例中位生存期 5 个月,前者生存期明显优于后者(经 t 检验($P<0.01$)。胰头癌 8 例中位生存期 9.5 个月,胰体尾癌中位生存期 8.9 个月。放疗最<40Gy 3 例,中位生存期 3.5 个月,50～70Gyl0 例,中位生存期 11.5 个月,>70Gy 中位生存期 7.3 个月。合并化疗的 6 例,中位生存 10 个月,未用化疗的 10 例,中位生存期 8.8 个月。常规分割组 8 例,中位生存 10.5 个月,非常规分割组中位生存 8 个月。

2.3 死亡原因

16 例病人已死亡 14 例,远处转移占 71.4%(10/14),以肝转移最多,局部肿块复发占 28.6%(4/14)。

2.4 毒副反应

部分患者放疗后出现血象下降及纳差、恶心、呕吐、腹泻等胃肠道反应,经加强支持及对症处理后缓解,无肠、肾、脊髓损伤等并发症发生。

3 讨 论

探讨中晚期胰腺癌非手术治疗的有效方法是提高胰腺癌总体生存率及生活质量的关键所在。放射治疗对无法进行手术根治的局部晚期胰腺癌患者,缓解症状较为有效已为国内外多数学者共识[2～4]。腹痛是晚期胰腺癌患者的主要临床表现之一,发生率高达 90%,特别是胰体尾部癌往往侵犯腹腔神经丛,出现持续的上腹部及腰背部疼痛,常日趋加重,剧烈难忍,严重影响病人的情绪和休息,以致病情恶化加速。本组资料提示放疗止痛有效率为 85.7%,与范可成等报道一致[5]。本组中位生存期为 9.2 个月,优于胰腺癌患者姑息手术的平均生存期。KPS 评分 60～70 分组中位生存期明显长于 30～50 分组($P<0.01$)。Ⅱ、Ⅲ期患者中位生存期明显长于Ⅳ期($P<0.01$),提示放射治疗对于一般状况较好、无远处转移及器官侵犯的局部晚期患者疗效较好。而对病变范围广泛、已有内脏转移或远地转移、一般状况差者疗效差。放射治疗剂量以 50～70Gy 为宜,>70Gy 疗效无提高。这是因为常规外照射受靶区周围正常组织耐受剂量的限制且靶区精度及靶区内剂量分布欠均匀使放射治疗很难达到治疗的目的,由于三维适形放射治疗既可提高靶区的精确性,确保靶区内剂量的均匀性,提高靶区剂量,同时降低周围正常组织受量,因此,三维适形放射治疗有望提高肿瘤剂量,提高局控率,减少放射治疗并发症,是值得研究的课题之一。文献报道放疗配合化疗较单一放疗的疗效好[6～8],本组合并化疗的 6 例中位生存期 10 个月,未加化疗者中位生存期 8.8 个月,经统计学处理无显著性差异($P>0.05$)。考虑可能与病例数较少及化疗不正规有关。本组常规分割与非常规分割、肿瘤部位对患者的治疗反应、症状缓解及中位生存期影响不大。我们的结果提示对不能切除的晚期胰腺癌患者,采用放射治疗可有效缓解症状,提高生存质量,适当延长生存期。随着放疗设备的改善,放疗技术的更新,放射治疗联合其他治疗手段有望进一步提高胰腺癌治疗的疗效。(下转第 659 页)

维普资讯 http://www.cqvip.com

心肌梗塞诊断:①心电图:前壁心肌梗塞;②心脏标志物阳性:③冠状动脉造影:左前降支上段完全闭塞,右冠状动脉中段狭窄 50%。

心力衰竭诊断:心累气促、高枕卧位,低血压状态 80/40mmHg,双肺大片干湿罗音。NYHA 分级 4 级。

冠脉内支架植入术(2001 年 7 月 5 日):左前降支上段 Boston Nir Eliet 3.0/15mm,TIMI3 级血流。

治疗效果:术后第 2 天血压稳定,撤除多巴胺:第 5 天心累气促缓解,夜间完全平卧,起床活动;第 8 天出院。

3 讨论

对急性心肌梗死后心力衰竭病人施行 PTCA 结合冠脉内支架术治疗,其效果良好。主要表现在:①控制心力衰竭的症状与体征速度快。这 16 例病人,3 天时间心力衰竭的临床表现得到有效控制;②住院时间缩短,这 16 例病人术后住院时间均在 10 天以内;③出院后生活质量比较高,7 例恢复正常工作:④虽然心肌梗死后血运重建的时间是影响治疗效果重要因素,但是只要重建血运,病人都会获益。

本组 5 例病人接受过静脉溶栓,后来冠状动脉造影证实,效果较差,残余狭窄明显。急性心肌梗死合并心力衰竭或心源性休克,因冠脉灌注降低,效果将更差。因而,凡急性心肌梗死伴有心力衰竭或心源性休克,只要条件具备,应力争采用 PCI 进行完全血运重建。

急性心肌梗死后心力衰竭,血运重建后左室功能明显改善。现在认为其机制是挽救濒死心肌,苏醒心肌冬眠。1978 年 Diamond 发现,缺血性心肌功能低下,经 CABG(冠脉搭桥术)后明显改善。近来研究证实,CABG 对于冬眠心肌的治疗效果与血运重建的心肌数正相关,改善存活与提高生活质量明显优于药物治疗。因为血运重建技术日渐精湛,冠脉内支架的广泛使用,PCI 已经突破过去定的一些相对禁忌症(急性心肌梗死、多支血管病变、合并糖尿病、左心功能不全),同时免除开胸及体外循环对心肺的打击,故而对冬眠心肌恢复的速度与程度优于 CABG。

支架的应用明显降低围手术期死亡率。以往报道冠心病左室功能不全 PTCA,死亡率高达 20%,主要原因系 PTCA 导致冠脉内膜剥脱、夹层、靶血管痉挛、急性血栓形成。而支架植入使内膜剥脱复位、夹层消失,防止血管痉挛与回缩。本组病例因考虑到急性心肌梗死靶血管内膜不稳定,故凡是球囊扩过的血管段,均安放支架,很大程度上降低了围手术期的风险。

(上接第 657 页)

参 考 文 献

[1] 王海燕. 胰腺癌治疗进展[J]. 国外医学肿瘤学分册,1999;26(5):300 - 302.

[2] 谷铣之. 肿瘤放射治疗学[M]. 第 1 版,北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1993;595 - 597.

[3] 王国民,赵 森. 胰腺癌的放射治疗进展[J]. 肿瘤,1998;18(1):52 - 54.

[4] Whitingto R, Solin L, Mohiuddin M, et al. Multimodality therapy of localized unresectable pancreatic adenocarcinoma[J]. Cancer, 1984;54:1991 - 1998.

[5] 范可成,许赧桢,陈石磊,等. 局部晚期胰腺癌的放射治疗[J]. 中国癌症杂志,2000;10(5):475.

[6] Gastiointestinal Tumor Study Group. Radiation therapy combined with adriamycin or 5 - fluorouracil for the treatment of locally unresectable pancreatic carcinoma[J]. Cancer, 1985;56:2563 - 2568.

[7] Clark JW, Glicksman AS, Wanebo HJ. Systemic and adjuvant therapy for patients with pancreatic carcinoma[J]. Cancer, 1996;78:688 - 693.

[8] 喻美贞,胡从良,梁石诚. 89 例胰腺癌治疗疗效分析[J]. 中华放射肿瘤学杂志,2000;9(1):69.