

肿瘤放射增敏剂在鼻咽癌患者放射治疗中的临床应用效果

齐娟娟

西安交通大学医学院第一附属医院 陕西西安 710061

摘要:目的:探究肿瘤放射增敏剂在鼻咽癌放射治疗中的临床应用价值。方法:选取2020年2月至2021年6月本院收治的鼻咽癌患者180例作为研究对象,采用抽签法分为对照组与实验组,各90例。对照组采用单纯放射治疗,实验组在对照组基础上采用肿瘤放射增敏剂甘氨双唑钠治疗,比较两组临床疗效、健康状况、不良反应发生率。结果:实验组缓解率为82.22%,高于对照组的54.44% ($P < 0.05$);治疗前,两组Karnofsky功能状态评分(KPS)、Piper疲乏量表评分比较差异无统计学意义,治疗后,两组上述指标均较治疗前改善,且实验组优于对照组 ($P < 0.05$);实验组并发症发生率为8.89%,明显低于对照组的33.33% ($P < 0.05$)。结论:放射治疗配合使用肿瘤放射治疗增敏剂治疗鼻咽癌患者疗效确切,可明显改善患者健康状况,有效预防并发症发生,保护患者生命安全,值得临床推广应用。

关键词:鼻咽癌;放射治疗;肿瘤放射治疗增敏剂;

引言:近年来,鼻咽癌在我国的发生率呈现不断升高的发展趋势,这可能与患者不良生活习惯、压力增加等因素有关。鼻咽癌属于临床比较常见的恶性肿瘤,严重影响患者的生命质量,并且具有较高的病死率。目前,临床对鼻咽癌患者的治疗以放射治疗为主要方法,但实际应用中容易发生不良反应,生存率不高,因此,采用有效方法降低放射治疗的不良反应发生率具有重要意义。本研究主要探讨肿瘤放射增敏剂与常规治疗方法在鼻咽癌患者放射治疗中的临床价值,现报道如下。

一、资料与方法

1. 临床资料

选取2020年2月至2021年6月本院收治的鼻咽癌患者180例为研究对象,采用抽签法分为对照组与实验组,各90例。对照组男46例,女44例;年龄37~70岁,平均(53.23 ± 4.92)岁^[1];肿瘤分期:Ⅱ期30例,Ⅲ期38例,Ⅳa期22例;病灶分型:结节型44例,溃疡黏膜下型23例,菜花型23例。实验组男47例,女43例;年龄35~70岁,平均(52.54 ± 4.88)岁;肿瘤分期:Ⅱ期31例,Ⅲ期38例,Ⅳa期21例;病灶分型:结节型45例,溃疡黏膜下型23例,菜花型22例。两组临床资料比较差异无统计学意义,具有可比性^[2-3]。本研究已通过本院伦理委员会的审核批准。

纳入标准:①病理诊断、影像学检查确诊为鼻咽癌者;②耐受放射治疗者;③患者知情同意并签署知情同意书^[4-5];④生存期 ≥ 6 个月者。排除标准:①伴有心肺等重要脏器功能障碍者;②药物过敏史者;③合并严重

并发症者;④中途退出研究者。

2. 方法

超声引导下ATEC乳腺微创旋切系统治疗:乳腺旋切术治疗仪器采用HoLogic公司的乳腺微创旋切系统,由真空抽吸泵、控制手柄、旋切刀与相关软件组成^[6]。对患者进行局部麻醉处理后,在其乳腺肿块周围2cm左右位置进行穿刺,并根据患者肿块具体位置和麻醉点位置进行手术切口,切口长度为2~3mm左右。在超声引导下,将ATEC乳腺微创旋切置入肿块后方,并在肿块周围打开旋切刀刀槽,逐步切除乳腺良性肿块并将肿块取出,观察有无出血情况,如有明显出血时,应积极将其吸出干净,后实施压迫止血处理。通过超声检查,确定乳腺良性肿块完全切除后进行加压包扎处理。

超声技术评估:术后3个月进行二维、彩色多普勒及超声造影和金标准MRI检查,超声检查采用美国GE公司生产的L06I09大星型超声诊断仪,探头频率为9~12。磁共振检查使用西门子Am1ST全身磁共振成像仪。为提高多普勒成像质量,可采用注射用六氟化硫微泡(声诺维,国产,上海博莱信谊药业有限责任公司)以提高血液回波率。

3. 观察指标

①治疗效果评估,疗效标准:完全缓解,治疗后病灶完全消失,维持时间 > 4 周;部分缓解,治疗后患者病灶缩小 $> 50\%$ 但不及显效,维持时间 > 4 周;稳定,患者病灶缩小 $\leq 50\%$,或病灶增 $\leq 25\%$;进展,病灶增长 $> 25\%$,或出现新的病灶。缓解率=完全缓解率+部分

缓解率。②健康状况评估,采用Karnofsky功能状态评分(KPS),评估患者症状、体征及日常生活自理情况,满分为100分,分值越低表示患者健康状况越差,<60分,多种抗肿瘤治疗无法正常进行。③参照Piper疲乏量表评估癌因性疲乏情况,评估患者行为、躯体、认知和情感状态,满分10分,分值越高提示患者疲劳程度越重,>7分为重度疲乏。④并发症发生情况,包括皮肤反应、白细胞减少、恶心呕吐、骨髓抑制等。

4. 统计学处理

采用SPSS23.0统计软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用t检验,计数资料以率表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

1. 两组缓解率比较实验组缓解率为86.11%,高于对照组的63.90% ($P < 0.05$),见表1。

表1 两组缓解率比较[n (%)]

组别	例数	完全缓解	部分缓解	稳定	进展	缓解率
实验组	90	40 (27.78)	34 (58.33)	9 (8.33)	6 (5.56)	74 (82.22)
对照组	90	19 (16.68)	30 (47.22)	22 (22.22)	19 (13.88)	39 (54.44)
X ² 值						4.741
P值						0.029

2. 两组健康状况、疲乏情况比较

治疗前,两组KPS、Piper评分比较差异无统计学意义;治疗后,两组上述指标均较治疗前改善,且实验组明显优于对照组 ($P < 0.05$),见表2。

表2 两组健康状况、疲乏情况比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	KPS评分		疲乏量表评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	90	75.15 ± 3.79	89.35 ± 3.86	7.15 ± 1.14	5.11 ± 1.04
对照组	90	75.21 ± 3.88	81.11 ± 3.32	7.19 ± 1.18	6.37 ± 1.01
t值		0.066	9.712	0.146	5.215
P值		0.947	0.000	0.884	0.000

3. 两组并发症发生率比较

实验组并发症发生率为16.68%,明显低于对照组的38.89% ($P < 0.05$),见表3。

表3 两组并发症发生率比较[n (%)]

组别	例数	皮肤反应	细胞减少	恶心呕吐	骨髓抑制	总发生率
实验组	90	3 (2.78)	2 (2.78)	2 (5.56)	2 (5.56)	8 (8.89)
对照组	90	6 (11.11)	8 (5.56)	7 (11.11)	9 (11.11)	30 (33.33)
X ² 值						4.431
P值						0.035

三、讨论

鼻咽癌即在鼻咽部出现的恶性肿瘤,而且大部分鼻咽癌患者肿瘤位置均处于比较隐秘癌瘤原发部位,因此该类型肿瘤患者的生存情况不乐观。在临床积极治疗鼻咽癌过程中,由于不同癌灶的放射线敏感性存在一定差异性,而其中淋巴瘤、生殖细胞肿瘤具有较高敏感性,因此放疗治疗可以取得良好控制效果,而软组织肉瘤则敏感性较低,因此其放疗治疗后容易再次复发。采取何种治疗措施可以有效提高放射治疗敏感性十分重要。在放射治疗中,患者通过X射线治疗与 γ 射线治疗后,一方面能够有效杀死癌细胞,同时还能对患者肿瘤病灶周围的正常细胞造成严重伤害,而且在放射治疗过程中还会应用放射药剂,也会对患者造成严重的不良反应,并且放射剂量越大,患者所造成的毒副反应也越来越严重。由此可见,对于放射治疗而言,如何降低放射治疗对人体造成的毒副作用同时提高放射治疗效果是临床上的重点关注问题。根据临床研究表明,在鼻咽癌患者当中,放射治疗的同时还需要给予放疗增敏药物,进而显著提高治疗效果。而甘氨双唑钠药物属于一种硝基咪唑化和药物,能够对患者肿瘤细胞中的乏氧细胞进行增敏。当患者肿瘤细胞受到放射治疗后,甘氨双唑钠有着较强的电子作用,同时还能对患者固定损伤的程度进行分析,进而加速了患者恶性肿瘤的细胞死亡。

四、结束语

综上所述,放射治疗配合使用肿瘤放射治疗增敏剂治疗鼻咽癌患者疗效确切,可明显改善患者健康状况,有效预防并发症发生,值得临床推广应用。

参考文献:

[1]李范,陈晓东,陈洋,等.头颈部鳞癌放射敏感性研究趋势和热点的可视化分析[J].山东医药,2019,59(23):33-38.
[2]吴丹心,骆志国,明帮春,等.盐霉素增加鼻咽癌CNE-2细胞放疗敏感性的实验研究[J].现代肿瘤医学,2018,26(4):498-501.
[3]张荣芳,王春玲,李申,等.甘草素通过影响鼻咽癌CNE-2细胞的自噬增强其放疗敏感性[J].中国肿瘤生物治疗杂志,2018,25(6):601-606.
[4]刘阳云.鼻咽癌靶向放射增敏策略研究进展[J].国际耳鼻咽喉头颈外科杂志,2019,43(1):49-54.
[5]柳艳飞,金红艳,田勇,等.Ku80沉默增强鼻咽癌细胞放射敏感性并诱导凋亡[J].临床与病理杂志,2017,37(11):2299-2304.
[6]黄腾,尹丽,吴婧,等.microRNA在鼻咽癌放射增敏机制中的研究进展及临床展望[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2015,29(17):1574-1576.