

术后放射治疗对乳腺癌新辅助化疗后降期行改良根治术患者临床效果的影响

郭尔平

(吉林省人民医院 130021)

摘要: 目的: 综合分析探究在乳腺癌新辅助化疗后降期行改良根治术患者中应用术后放射治疗对临床效果的影响。方法: 本研究选择我院2020年10月-2021年10月期间收治的乳腺癌新辅助化疗后降期行改良根治术患者160例作为研究对象, 通过随机数字法将其分成对照组和观察组, 每组各由80例患者组成。对照组术后实施内分泌治疗, 观察组术后实施放射治疗。比较两组治疗1年后的临床疗效、生活质量评分(EORTC QLQ-C30)与雌激素受体(ER)、孕激素受体(PR)、人类表皮生长因子受体2(HER-2)及抗原ki-67阳性表达情况。结果: 治疗1年后, 观察组的临床疗效优于对照组($P < 0.05$); 生活质量各项指标的评分均高于对照组($P < 0.05$); 观察组的ER、PR、HER-2、ki-67阳性细胞比例均低于对照组($P < 0.05$)。结论: 在乳腺癌新辅助化疗后降期行改良根治术患者中应用术后放射治疗有较为积极的临床效果, 能够明显改善患者的生活质量, 有效改善乳腺癌的阳性表达情况, 有助于提高临床治疗效率, 是一种较为可靠的治疗方式, 值得广泛应用于临床。

关键词: 术后放射治疗; 乳腺癌; 新辅助化疗; 降期; 改良根治术; 临床效果

乳腺癌是严重危害妇女健康的恶性肿瘤, 近年来发病率呈逐年上升的趋势。随着医疗技术的进步, 人们的生活水平和健康观念的不断提高, 乳腺癌的诊断和治疗方式也日益增多^[1]。临床病理学特征及分子分型对乳腺癌预后有很大影响, 目前针对乳腺癌主要的治疗方法有手术治疗、化疗、放疗、内分泌及靶向治疗, 临床上主要依据乳腺癌的临床病理特点, 如: T分期、N分期、M分期、分子亚型等决定具体治疗方式^[2]。化疗后降期行改良根治术对乳腺癌的整体生存有很大的帮助, 可以有效地改善局部控制, 但是, 改良根治术后对乳腺癌整体生存的影响并不明显^[3]。所以, 明确乳腺癌术后放射治疗的适用性和有效性是十分必要的。基于此, 本研究将具体分析探究在乳腺癌新辅助化疗后降期行改良根治术患者中应用术后放射治疗对临床效果的影响, 望对临床提供较为有效的参考价值, 现将研究成果总结报道如下:

1. 一般资料与方法

1.1 一般资料

本研究选择我院2020年10月-2021年10月期间收治的乳腺癌新辅助化疗后降期行改良根治术患者160例作为研究对象, 通过随机数字法将其分成对照组(80例, 年龄区间位于45-65岁, 平均年龄 52.23 ± 4.33 岁; TNM分期: II期44例, III期36例)和观察组(80例, 年龄区间位于46-65岁, 平均年龄 52.31 ± 4.28 岁; TNM分期: II期46例, III期34例)。两组一般资料差异无统计学意义($P > 0.05$), 本研究受到我院批准与支持。

纳入标准: ①所有患者入院经检查, 符合《乳腺癌诊疗指南(2022年版)》^[4]的相关标准, 均接受化学治疗, 后降期行改良根治术; ②临床病史资料均完整且有效; ③所有患者均自愿参与本研究。

排除标准: ①伴有严重的肝、肾等脏器官受损; ②意识不清, 存在严重的认知功能障碍或精神类疾病; ③合并其他的恶性肿瘤或转移瘤; ④存在手术、化疗、放疗禁忌的患者; ⑤不愿参与本研究或治疗依从性较差的患者。

1.2 方法

对照组实施新辅助化疗后降期行改良根治术加以术后内分泌治疗, 具体方式如下: (1) 化学治疗: 实施全身性的新辅助化疗, 采用CMF(环磷酰胺、甲氨蝶呤、氟尿嘧啶)、CAF(多柔比星、环磷酰胺、氟尿嘧啶)、FEC(氟尿嘧啶、表柔比星、环磷酰胺)、AC(多柔比星、环磷酰胺)、AT(多柔比星、紫杉醇)等方式进行, 实施静脉滴注, 以3周作为1疗程, 共持续治疗8个疗程, 于治疗1年后观察相关指标。(2) 改良根治术: 全部患者都接受乳腺癌改良根治术, 并进行相应的腋窝淋巴结清扫术, 术后病理明确。(3) 内分泌治疗: ER、PR阳性的乳腺癌患者, 在化疗结束后需要进行内分泌治疗, 非绝经期的女性可以服用他莫昔芬、托瑞米芬等内分泌药物, 绝经后患者, 则可以服用阿那曲唑等芳香化酶抑制剂。内分泌药物治疗应持续5年以上, 本研究取治疗1年后的结果。HER-2高表达的患者无需接受曲妥珠单抗注射液药物治疗。

观察组术后实施放射治疗, 具体方式如下: 以胸壁厚度为标准或3-D适形调整放射治疗, 总照射强度为50Gy/25f, 照射区域为胸壁野、锁骨上、下野, 照射方式为: 2.0Gy/f \times 25f, 5f/周。于放疗1年后检查相关指标。

1.3 观察指标

(1) 比较两组治疗1年后的临床疗效: 根据RECIST 11对实体肿瘤的治疗效果评定, 将其划分为: ①完全缓解(CR): 所有病灶消失, 病变组织缩小至正常范围(短径小于1cm); ②局部缓解(PR): 可以测定靶区的直径, 降低30%; ③病情稳定(SD): PR和PD之间的状态; ④疾病恶化(PD): 目标病灶的直径和最小值增大至少20%, 或新病灶发生。总有效率有效率 = (CR+PR)/每组例数 \times 100%。(2) 比较两组治疗1年后的生活质量评分: 采用EORTC QLQ-C30量表, 本表包括功能、症状、总体健康状况三个方面, 本研究以功能方面为主进行评定, 包括躯体功能、角色功能、认知功能、情绪功能和社会功能, 每项总分100, 分值与生活质量成相关趋势。(3) 比较两组的雌激素受体(ER)、孕激素受体(PR)、人类表皮生长因子受体2(HER-2)及抗原ki-67阳性表达情况: 根据实际阳性细胞多占比例结果进行记录。

1.4 统计学分析

计数资料用n(%)记录、计量资料用(均数 \pm s)记录, 使用SPSS20.0软件进行数据分析, 计数资料用卡方(χ^2)检验, 两组同时时间点比较行独立样本t检验; $P < 0.05$ 表示差异显著, 具有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组治疗1年后的临床疗效比较

观察组的临床疗效优于对照组($P < 0.05$), 详见表1:

表1 两组治疗1年后的临床疗效比较[n(%)]

组别	例数	CR	PR	SD	PD	总有效率
观察组	80	42 (52.5)	27 (33.75)	8 (10)	3 (3.75)	69 (86.25)
对照组	80	33 (41.25)	32 (40)	19 (23.75)	6 (7.5)	55 (68.75)
χ^2	-	2.033	6.619	5.391	1.060	7.025
P	-	0.154	0.010	0.020	0.303	0.008

2.2 两组治疗1年后的生活质量评分

观察组显著高于对照组($P < 0.05$), 详见表2:

表2 两组治疗1年后的生活质量评分($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	躯体功能	角色功能	认知功能	情绪功能	社会功能
观察组	80	82.59 ± 6.36	83.26 ± 5.45	79.52 ± 7.89	80.59 ± 6.96	78.96 ± 7.57
对照组	80	74.52 ± 6.33	73.22 ± 5.40	70.23 ± 7.41	71.42 ± 7.05	69.61 ± 7.87
t	-	8.343	11.705	7.677	8.279	7.659
P	-	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001

2.3 两组ER、PR、HER-2及ki-67阳性表达情况比较

观察组均优于对照组($P < 0.05$), 详见表3:

表3 两组ER、PR、HER-2及ki-67阳性表达情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	ER (%)	PR (%)	HER-2 (%)	ki-67 (%)
观察组	80	0.33 ± 0.11	0.56 ± 0.25	21.56 ± 5.26	5.56 ± 3.83
对照组	80	1.09 ± 0.34	1.96 ± 0.68	31.33 ± 5.50	9.18 ± 4.01
t	-	19.022	17.284	11.482	5.839
P	-	0.001	0.001	0.001	0.001

3. 讨论

有研究显示, 如乳腺癌等原发性肿瘤的切除, 可以为微转移灶(下转第40页)

(上接第 17 页)

胞带来动力学的优势,但同时也会影响到术后的辅助疗法。因此,在根治手术前进行化学治疗,可以提高对癌细胞的杀伤力,降低肿瘤的复发率。传统上,对于局限性乳腺肿瘤,首先要做的是根治性乳腺手术和腋窝取样。对病灶亚型进行分类鉴别,通过组织病理、激素受体、HER-2 及增殖等方法,对病灶进行合理评估^[5]。目前,新辅助的系统治疗方法已发展为无法进行手术的局部晚期乳腺癌的“肿瘤缩小”,或者避免因肿瘤过大而无法实施保乳手术(BCS)的患者实施的根治性乳房切除,并对肿瘤的反应进行监控^[6]。但乳腺癌是一种高异质性疾病,其治疗方案、肿瘤分子亚型等都会对其治疗效果产生一定的影响。

有研究显示,改良的乳腺癌根治术后放射治疗可使局部区域复发率(LRR)降低 60%~70%^[7]。许多研究表明 ER 和 PR 阳性表明肿瘤的高分化、低恶性,对放射治疗的敏感度高,预后良好。所以,从理论上来看,乳腺癌患者在接受放疗后 ER、PR 阳性细胞的比例应该有所下降。HER-2 过表达患者易发生复发、转移的风险,对内分泌疗法和化学疗法有一定的抵抗作用,预后较差。应用曲妥珠单抗和化疗结合治疗 HER-2 过表达的患者,可显著提高 pCR 率,降低复发和病死率^[8]。Ki-67 的表达与组织学分级、病理分期等有密切关系,ki-67 的表达越高,则说明肿瘤的增殖活动程度越高^[9]。本研究结果显示:观察组的 ER、PR、HER-2、ki-67 阳性细胞比例均低于对照组($P < 0.05$)充分说明了上述观点。在接受新辅助化疗的情况下,采用改良的根治术后进行放疗,可以有效地控制肿瘤的生长,并在一定程度上保证了疗效,减少了局部复发和远处转移的危险^[10]。本研究结果还显示:观察组的临床疗效优于对照组,生活质量各项指标的评分均高于对照组($P < 0.05$),说明乳腺癌根治术后放疗可以明显减少中、晚期肿瘤的复发率和生存率,提高临床治疗效率,改善预后。

综上所述,在乳腺癌新辅助化疗后降期行改良根治术患者中应用术后放射治疗有较为积极的临床效果,能够明显改善患者的生活质量,有效改善乳腺癌的阳性表达情况,有助于提高临床治疗效率,

是一种较为可靠的治疗方式,值得广泛用于临床。

参考文献:

[1]贺春燕,吉茹,刘兵.平扫 MRI 和 DCE-MRI 对乳腺癌新辅助化疗疗效的预测价值比较[J].中国临床医学影像杂志,2023,34(01):24-27+32.

[2]T.Ramtohol,C.Tescher,P.Vaflard,etal.超快速乳腺 MRI 预测乳腺癌新辅助化疗后病理反应的前瞻性评价[J].国际医学放射学杂志,2023,46(01):108-109.

[3]苟菲.乳腺癌患者经保留胸肌神经和肋间臂神经改良 I 式乳腺癌根治术治疗的效果[J].慢性病学杂志,2022,23(12):1891-1894.

[4]National Health Commission of the People's Republic of China.乳腺癌诊疗指南(2022 年版)[J].中国合理用药探索,2022,19(10):1-26.

[5]马祥敏,张香梅,周新平,等.HP 联合新辅助化疗治疗 HER2 阳性乳腺癌患者腋窝病理完全缓解影响因素[J].中华肿瘤防治杂志,2022,29(24):1761-1767.

[6]毛婷,杨洋,郝翠,等.采用¹⁸F-FDG PET/CT 预测乳腺癌新辅助化疗治疗疗效的可行性研究[J].中国 CT 和 MRI 杂志,2022,20(10):64-65.

[7]张明远.乳腺癌改良根治术对乳腺癌患者 PAI-1 HER2 受体水平及疗效的影响[J].中国妇幼保健,2023,38(02):226-230.

[8]Abdel Fattah Mohamed Elsaid,Ibrahim Osama Sayed,Gouda Nevine Mahmoud,etal. Effectiveness of Ultrasound Guided Erector Spinae Plane Block Compared to Ultrasound Guided Modified Pectoral Nerves Block in Modified Radical Mastectomy: A Randomized Single Blinded Study[J]. Egyptian Journal of Anaesthesia,2022,38(1).

[9]姜厚军,周杰,杨云云,等.早期乳腺癌保乳术后两种分割放射治疗模式的剂量学比较及其对免疫功能的影响[J].中国医学装备,2022,19(11):46-50.

[10]雒谌龙.术后放射治疗对乳腺癌新辅助化疗后降期行改良根治术患者临床效果的影响[J].临床合理用药杂志,2021,14(23):168-170.