

全脑放疗联合靶向治疗与同步放化疗治疗非小细胞肺癌脑转移的疗效及不良反应分析

牟生龙 刘威 赵富强

(甘肃省陇南市武都区第一人民医院肿瘤放化疗科 甘肃陇南 746000)

摘要: 目的: 探讨 NSCLC 脑转移采取全脑放疗联合靶向治疗与同步放化疗治疗的疗效及不良反应。方法: 选取 2022.1~2023.1 期间我院治疗的 30 例 NSCLC 脑转移患者, 随机将其分为 2 组, 给予对照组同步放化疗治疗, 给予研究组全脑放疗联合靶向治疗, 对比两组临床疗效、安全性。结果: 总有效率: 研究组更高 ($P < 0.05$), 不良反应发生率: 研究组更低 ($P < 0.05$)。结论: 在 NSCLC 脑转移患者的治疗中, 与同步放化疗相比, 全脑放疗联合靶向治疗疗效更显著, 并且不良反应更少。

关键词: NSCLC 脑转移; 全脑放疗联合靶向治疗; 同步放化疗; 临床疗效; 不良反应

非小细胞肺癌(NSCLC)是临床上常见的一种肺癌类型, 发病率较高, 好发于中老年男性群体, 数据统计显示, NSCLC 约占全部肺癌患者的 80%^[1]。多数患者在发病早期无特异性症状, 随着疾病进展, 患者可出现咳嗽、低热、呼吸困难、咯血等症状, 晚期可出现体重减轻、疲乏、食欲下降、恶病质、消瘦等恶性肿瘤典型症状, 若治疗不及时, 可发生远处转移, 尤以脑转移最常见^[2]。NSCLC 脑转移患者预后较差, 需积极治疗。现临床上治疗该病的方法有手术切除、全脑放疗、靶向治疗、立体定向放疗、同步放化疗等, 不同方法有各自不同的疗效^[3]。近年来, 研究发现, 对于 NSCLC 脑转移患者, 采取全脑放疗联合靶向治疗可促使临床疗效得到进一步提升^[4]。本研究即对比了 NSCLC 脑转移采取全脑放疗联合靶向治疗与同步放化疗治疗的疗效及不良反应, 详细介绍如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2022.1~2023.1 期间我院治疗的 30 例 NSCLC 脑转移患者, 随机将其分为 2 组, 即对照组(15 例, 男 10 例, 女 5 例, 年龄 24~75 岁, 平均 49.58 ± 8.14 岁)和研究组(15 例, 男 9 例, 女 6 例, 年龄 26~75 岁, 平均 49.36 ± 8.23 岁)。两组资料 $P > 0.05$, 可比。

1.2 方法

给予对照组同步放化疗治疗, 放疗: 采取三维适型放疗, 协助患者取仰卧位, 用面罩对患者头部进行固定, 根据定位 CT 影像学资料, 勾画肿瘤靶区, 并适当外放肿瘤靶区 2~5mm, 确保超过 90% 的等剂量曲线将靶区覆盖, 肿瘤区剂量为 $DT50 \sim 60GY/25 \sim 30$ 次; 化疗: 对于腺癌患者予以培美曲塞、顺铂治疗, 同时给予维生素 B12、叶酸、地塞米松等药物支持, 对于鳞癌患者予以紫杉醇、顺铂治疗, 根据患者具体情况调整药量。给予研究组全脑放疗联合靶向治疗, 放疗方法同对照组, 靶向治疗: 给予患者吉非替尼口服, 250mg/次, 1 次/d。

1.3 观察指标

对比两组临床疗效、不良反应发生率。临床疗效评价标准^[5]: 按照实体瘤临床疗效评价标准 (RECIST) 评估, 主要分为完全缓解 (CR)、部分缓解 (PR)、疾病稳定 (SD)、疾病进展 (PD), 总有效率 = $CR + PR / \text{总例数} \times 100\%$ 。

1.4 统计学方法

数据用 SPSS21.0 软件分析, $P < 0.05$ 表示数据有差异。

2 结果

2.1 两组临床效果对比

总有效率: 研究组更高 ($P < 0.05$)。详见表 1:

表 1 两组临床效果比较[n(%)]

组别	例数	CR	PR	SD	PD	总有效率 (%)
对照组	15	1	4	7	3	5/15 (33.33%)
研究组	15	3	8	2	2	11/15 (73.33%)
X^2	-	-	-	-	-	4.821
P	-	-	-	-	-	0.028

2.2 两组不良反应发生率对比

不良反应发生率: 研究组更低 ($P < 0.05$)。详见下表:

表 2 两组不良反应发生率比较[n(%)]

组别	例数	胃肠道反应	颅内高压	肝功能损害	其它	合计 (%)
对照组	15	3	2	0	2	7/15 (46.67%)
研究组	15	0	1	1	0	2/15 (13.33%)
X^2	-	-	-	-	-	3.968
P	-	-	-	-	-	0.046

3 讨论

NSCLC 在临床中十分常见, 发病率较高, 该病发病机制尚未完全明确, 现临床上认为其发生与吸烟、空气污染、遗传因素、不良

习惯、慢性肺部疾病等密切相关,该病若治疗不及时,可通过直接种植、淋巴液、血液等途径转移至患者全身组织、器官,进而危及到患者生命。NSCLC 脑转移便十分常见,数据统计显示,NSCLC 脑转移的发生率高达 25%^[6]。一般器官原发性肿瘤的血行转移,通常先侵入静脉系统,多数需经过肺的“过滤”,而肺原发性肿瘤直接经肺静脉进入动脉系统,同时肺脏持续活动,导致癌细胞入血发生转移,癌细胞经肺静脉进入体循环,随颈动脉或椎基底动脉上行到脑组织后形成转移灶。NSCLC 脑转移以头痛为主要临床表现,部分患者可出现感觉异常、癫痫发作、局灶性无力、言语缺陷、感觉丧失、步态异常等症状,NSCLC 脑转移患者预后较差,死亡风险较高,需积极治疗。

现临床上治疗该病的方法较多,常见手段有放疗、化疗、免疫治疗等,放疗方式较多,三维适型放疗是常用的一种,该放疗方式不仅能够保障放疗的精确性,并可在最大程度上完全照射肿瘤,且更有利于保护肿瘤周围其它健康组织,提升安全性,化疗属于全身治疗手段,化疗药物可进入患者血液,随血液循环至患者全身组织、器官,从而杀死患者癌细胞。同步放化疗是 NSCLC 脑转移患者的常用治疗方案,该方案虽在杀死肿瘤细胞、延缓病情进展等方面效果明显,但不良反应较多,安全性较差,尤其是化疗的不良反应,如胃肠道反应、骨髓抑制、局部黏膜损伤等,且化疗除可作用于患者的肿瘤细胞外,还会作用于患者的正常细胞,安全性欠缺,部分体质差的患者不能耐受,故需选择其它治疗。

近年来,分子靶向药物在该病的治疗中应用越来越广泛,靶向治疗是指在细胞分子水平基础之上,对于已经确定的致癌位点进行分子靶向药物治疗的手段。分子靶向药物经使用吸收后可特异性地作用于致癌位点,并通过与其进行结合而杀死肿瘤细胞,该方法由于作用精准,直接作用于致癌位点,减少了对正常细胞伤害的原因,故而对患者肿瘤周围正常组织无较大危害和不良影响^[7]。相比常规化疗,靶向治疗的抗肿瘤作用更具特异性、针对性,抗击、杀死肿瘤细胞和组织更精确、精准,且副作用小,安全性更高,药物毒性更低,患者耐受度、接受度更高,故而该治疗更实用。靶向治疗虽效果显著,但有研究提出,该治疗虽可促使患者的无疾病进展生存期延长,但对于延长中位生存期方面效果欠佳^[8]。本次研究即联合应用了全脑放疗,这两种方式共同使用,可促使患者的中位生存期、无疾病进展生存期均得到延长,整体疗效相比单一治疗更为显著。

本结果显示,总有效率:研究组更高($P < 0.05$),可见全脑放疗联合靶向治疗疗效更显著,分析原因:全脑放疗通过放射性杀死患者肿瘤细胞,分子靶向药物可通过多种机制选择性杀死肿瘤细胞,并且抗肿瘤作用更具个体性、针对性,两种方式联合使用,进一步提升疗效。不良反应发生率:研究组更低($P < 0.05$),可见全脑放疗联合靶向治疗不良反应更少,安全性更高。

综上所述,在 NSCLC 脑转移患者的治疗中,与同步放化疗相比,全脑放疗联合靶向治疗疗效更显著,并且不良反应更少,该治疗方式值得推广。

参考文献:

[1]张剑.探究非小细胞肺癌脑转移患者实施全脑放疗联合靶向治疗与同步放化疗的治疗效果[J].中国现代药物应用,2022,16(06):101-103.

[2]陈斌,王姗,郭锋.肺叶切除术与改良膨胀萎陷法电视胸腔镜解剖性肺段切除术对 I 期非小细胞肺癌患者手术指标、肺功能及预后的影响[J].齐齐哈尔医学院学报,2022,43(5):440-443.

[3]曹鸿鑫,高山.全脑放疗联合靶向治疗与同步放化疗治疗非小细胞肺癌脑转移的疗效及不良反应观察[J].贵州医药,2021,45(03):366-367.

[4]孙莹,赵姬敏,李亮等.探讨全脑放疗联合靶向治疗与同步放化疗治疗非小细胞肺癌脑转移疗效研究[J].中外女性健康研究,2020,000(10):165-166.

[5]潘兆军,谢欣欣,王林等.非小细胞肺癌脑转移采用全脑放疗联合靶向治疗与同步放、化疗治疗临床效果评价[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(33):12-14.

[6]闫彩霞,刘二萍.全脑放疗联合靶向治疗与同步放化疗治疗非小细胞肺癌脑转移的短期疗效分析[J].山西卫生健康职业学院学报,2019,29(06):37-39.

[7]吴瑶瑶,崔浩,章龙珍.全脑放疗联合靶向治疗与同步放化疗治疗非小细胞肺癌脑转移的疗效及不良反应的 Meta 分析[J].现代肿瘤医学,2019,27(12):2091-2096.

[8]龚星,陈国庆.脑放疗联合靶向治疗与同步放、化疗治疗非小细胞肺癌脑转移对疾病控制率及中位生存期的影响分析[J].当代医学,2018,24(15):18-20.