

者的经验,采用倍频 Nd:YAG 激光均匀照射文唇处,激光波长 532 nm、脉宽 5~7 ns 和重复频率 10 HZ,光斑直径 4.0 mm,能量密度 0.7~1.9 J/cm²,间隔 1 个月重复治疗,直至文色完全消失。采用这一方法治疗部位不出血,无瘢痕形成,且痛苦少,方法简便、快捷。

在本病例中,患者唇红组织瘢痕形成严重,合并小口畸形。但患者闭口时口角形态正常,张口困难主要因红唇瘢痕形成完整套环,红唇弹性降低造成,故治疗上以加强张口功能锻炼为主;待红唇部瘢痕进一步软化稳定后,红唇凹陷部位可行局部脂肪颗粒移植填充或胶原、玻尿酸注射填充治疗。

参考文献:

- [1] De Cuyper C. Permanent makeup: indications and compli-
• 短篇及病例报道 •

cations[J]. Clin Dermatol, 2008, 26(1): 30-34.

- [2] 廖烈兰. 调 QNd:YAG 激光修改文唇 28 例临床体会[J]. 广西医学, 2006, 28(2): 272-273.
[3] Choudhary S, Elsaie ML, Leiva A, et al. Lasers for tattoo removal: a review[J]. Lasers Med Sci, 2010, 25(5): 619-627.

(收稿日期: 2013-03-08 修回日期: 2013-05-09)

非手术治疗老年食管癌患者的临床疗效分析

杨 莉, 唐友明

(四川省江油市人民医院肿瘤科 621700)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2013.27.056

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2013)27-3333-03

食管癌是世界上最常见的 6 大恶性肿瘤之一, 位居中国癌症患者死因的第 4 位。食管癌的主要治疗手段有手术、放疗和化疗^[1]。对于一些高龄食管癌患者, 由于伴随疾病的存在使手术风险明显增高, 手术受益率也显著下降。单纯放疗或放、化疗结合成为高龄食管癌患者主要治疗手段。本研究收集本科室 2006 年 7 月至 2010 年 7 月应用单纯放疗或放、化疗结合治疗的高龄食管癌患者资料, 回顾性分析其疗效及影响因素, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集本院肿瘤中心 2006 年 7 月至 2010 年 7 月拒绝手术或不可手术的进行根治性放疗或放、化疗的高龄(年龄大于或等于 70 岁)食管癌患者 52 例, 其中男 36 例, 女 16 例, 发病年龄 70~85 岁, 平均 74.3 岁。入组条件: (1) 经上消化道造影、电子显微胃镜证实为食管癌, 病理为鳞状细胞癌和腺癌; (2) 年龄大于或等于 70 岁, Karnofsky > 60 分; (3) 无心、肝、肾等主要脏器严重功能障碍, 预计生存期大于或等于 3 个月; (4) 无穿孔征象; (5) 拒绝手术或经多学科会诊认为不宜进行手术治疗的食管癌初治患者。患者均签署放、化疗同意书。临床分期采用 2012 年美国国立综合癌症网络(NCCN)指南 TNM 分期标准, 其中 I/II 期 13 例、III 期 30 例、IV 期 9 例。

1.2 方法

1.2.1 放射治疗 所有患者均采用西门子 6 MV 直线加速器进行三维适形放疗^[2]。三维适形放疗: 先采用真空垫进行体位固定, CT 扫描后拷贝影像资料勾画靶区, 原发肿瘤大体肿瘤体积(GTV)为原发肿瘤及局部肿大的淋巴结, 原发肿瘤临床靶体积(CTV)为 GTV 外扩 0.5~1.0 cm 的区域, 包括 GTV 及其临近区域、相应的淋巴引流区、肿瘤上下外扩 3.0 cm 的正常食管, 原发肿瘤计划靶体积(PTV)在 CTV 基础上外扩 0.5~1.0 cm。单次剂量 2.0 Gy, 每天 1 次, 1 周 5 次, 处方剂量 50~70 Gy, 中位处方剂量 64 Gy^[3]。要求参考剂量的 95% 等剂

量曲线覆盖 90% 的 PTV, 脊髓最大剂量小于 45 Gy, 全肺 V20 ≤ 30%, V30 ≤ 20%, 心脏平均剂量小于或等于 30 Gy。所有计划均经过副主任医师以上医师审核、优化、通过。

1.2.2 化疗 同步放、化疗患者仔细评估各器官功能状态, 有无并发症及化疗禁忌证以决定是否进行化疗。化疗方案: 顺铂(DDP) 20 mg/m² 静脉滴注 1~5 d, 5-氟尿嘧啶(5-FU) 650~1 000 mg/m² 静脉滴注 1~5 d; 28 d 为 1 个化疗周期, 化疗 2~4 个周期^[4]。在应用化疗同时常规应用西咪替丁、甘草酸苷保护胃及肝, 应用托烷司琼预防消化道反应, 应用 DDP 时要水化, 在心功能允许的前提下静脉输注足够液体量, 同时也在 DDP 前后应用甘露醇 150 mL 利尿, 保护肾脏。每周查血, 出现 IV 度骨髓抑制时化疗减量或改为单纯放疗。

1.2.3 支持治疗 给予必要的支持治疗, 包括: 疼痛治疗、营养支持治疗及放置胃管等。

1.2.4 并发症的管理 老年患者并发症较多, 是影响放、化疗耐受的常见原因。因此, 在治疗前应用多学科对老年食管癌患者进行全面评价, 制订出治疗方案后请心血管、呼吸科医师会诊指导治疗, 实现个体化治疗, 提高患者生存质量。

1.2.5 随访 患者完成治疗 6 周后开始随访, 3 个月 1 次, 持续 2 年, 然后每 6 个月 1 次至疾病进展或死亡。随访内容包括症状、体征及辅助检查(CT、食管造影、B 超等), 如果为复发病例最好有组织病理切片。

1.3 统计学处理 采用 SPSS17.0 软件进行统计分析, 用 Kaplan-meier 法计算生存率, 用对数秩和检验(Log-rank test 法)进行单因素分析, 应用 Cox 比例风险模型进行多因素回归分析影响预后的因素, 以 P < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结 果

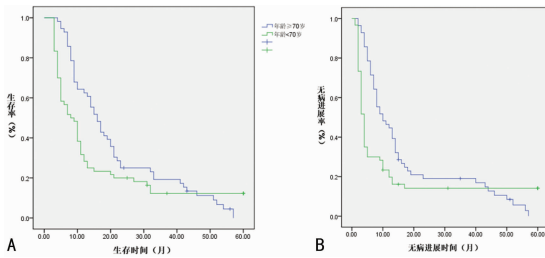
入组患者单纯放疗剂量大于 54 Gy, 或者同步化疗 2 个周期以上及放疗剂量大于 50 Gy 的患者均可进行后续疗效评价^[5]。1 例患者因非放疗因素中断放疗, 剂量为 DT 50 Gy, 完

成 2 个周期化疗,9 例患者因血液毒性、心肺疾病推迟 1~2 周完成放疗,治疗终剂量为 DT 60~64 Gy。

2.1 伴随疾病 52 例食管癌患者中,36 例(69.2%)同时并发有心血管疾病,17 例患者(32.6%)合并肺部疾病,而泌尿生殖系统疾病有 13 例(25.0%),其他疾病还包括:糖尿病、胃肠道疾病及神经系统疾病等。与年龄小于 70 岁的患者相比,心血管方面的伴随疾病更为常见^[6]。

2.2 单因素分析 年龄大于或等于 70 岁食管癌患者疾病分期处于 T1/T2 阶段的,2 年生存率及 2 年无病进展率均优于 T3/T4 阶段的食管癌患者。14 例患者随访期间出现远处转移,已知远处转移(M1)患者其中位生存期(OS)和中位无病进展期(PFS)可能低于 M0 患者。单因素分析发现是否化疗与患者的 2 年生存率有关($P=0.032$),肿瘤长度与 2 年无病进展率相关($P=0.037$)。

2.3 kaplan-meier 法比较 OS 和 PFS 与 60 例年龄小于 70 岁相同时间段,接受相同治疗的食管癌患者相比,年龄大于或等于 70 岁的老年食管癌患者具有更好的 OS 趋势,但是差异无统计学意义(16.0 vs. 8.0, $P=0.09$)。PFS 在年龄大于或等于 70 岁的老年食管癌患者组中具有明显的优势(10.0 vs. 4.0, $P=0.047$),差异具有统计学意义,见图 1。其中所有无远处转移的 M0 患者生存时间相比,70 岁以上患者并不低于 70 岁以下的患者(17.0 vs. 11.0, $P=0.78$)。



A: 生存率比较; B: 无病进展率比较。

图 1 2 组患者生存率和无病进展率比较

2.4 Cox 回归模型的多因素分析 对年龄大于或等于 70 岁和年龄小于 70 岁的 2 组食管癌患者的 OS 和 PFS 有影响的因素包括: T 分期、N 分期、肿瘤长度、组织学类型、肿瘤病理分级、性别、体质量减轻大于或等于 10 kg、放、化疗结合,对年龄大于或等于 70 岁患者采用 Cox 回归模型进行多因素分析,结果显示:年龄并不是一个独立的危险因素,见表 1。

表 1 2 组食管癌患者预后的多因素分析

自变量	P	Exp(B)	95%CI
T 分期	0.269	1.367	0.785~2.382
N 分期	0.029*	2.205	1.082~4.492
肿瘤小于 5 cm	0.240	1.402	0.805~2.252
鳞癌 vs. 腺癌	0.151	1.442	0.829~2.331
病理分级	0.137	1.587	0.982~2.427
性别	0.192	1.514	0.881~2.406
体质量减轻超过 10 kg	0.967	1.012	0.613~1.660
放化疗 vs. 放疗	0.021*	2.588	1.151~5.818
年龄大于或等于 70 岁	0.119	0.605	0.321~1.139

: * $P < 0.05$ 。

3 讨 论

世界卫生组织(WHO)将 65 岁以上者定义为老年人,随着我国社会逐渐步入老龄化,70 岁以上高龄食管癌患者日渐增多。老年食管癌患者常常并发症较多,包括:高血压、冠心病、

慢性支气管炎、肺气肿、糖尿病、贫血等^[7]。这些因素大大增加了手术风险及围术期的病死率,很多老年患者也拒绝手术治疗。接受放疗或放、化疗联合治疗成为老年食管癌患者的必要选择。

三维适形放疗依托 CT 定位,经过三维适形软件计算剂量分布,同时进行肺校正,具有靶区定位精确的优点,使照射野在三维空间上符合肿瘤靶区形状,其高剂量区更加均匀,从而最大程度地减少了脊髓和肺组织的受量,老年患者更易耐受^[8]。王澜等^[9]对 100 例食管癌患者进行三维适形放射治疗研究,结果显示 1、3、5 年生存率分别为 78.3%、51.2%、37.1%,与常规放疗对照局部控制率和生存率均有明显提高。2010 年伊斯刊达尔等^[10]发现调强放疗和三维适形放疗的近期疗效明显优于常规放疗。本研究中老年食管癌患者采用三维适形放疗,严格控制双肺 V20 及脊髓受量,保证了老年食管癌患者治疗的最大受益比。

目前很少有数据能说明高龄与低龄食管癌患者的非手术治疗疗效差异。本研究搜集整理 52 例年龄大于或等于 70 岁非手术治疗的食管癌患者,其中能够同时进行放、化疗者有 21 例(40.4%),31 例(59.6%)接受单纯放疗。研究发现,年龄并不是一个影响预后的独立危险因素,年龄大于或等于 70 岁的老年食管癌患者表现出更好的 OS 趋势($P=0.09$),和更加明显的 PFS 优势($P=0.047$),其更加明显的 PFS 优势,可能与老年患者肿瘤自身的增殖、侵犯、转移能力下降有关系。

在对年龄大于或等于 70 岁食管癌患者 9 项影响因素进行单因素分析发现,疾病分期处于 T1/T2 阶段的患 2 年生存率及 2 年无病进展率均优于 T3/T4 阶段的食管癌患者。T1/T2 肿瘤以侵犯固有层、黏膜下层或肌层为主,而 T3/T4 阶段的肿瘤常常侵犯食管外膜或邻近结构。食管癌局部侵犯给目前治疗及患者的预后带来了很大麻烦,局部侵犯所引起的并发症如:食管气管瘘、主动脉侵犯出血等问题也是老年食管癌患者目前治疗的最大挑战。

本研究结果也进一步证实了放、化疗结合的有效性。Cox 回归模型的多因素分析结果表明,放化疗结合是一个影响预后的独立危险因素($P=0.021$),年龄大于或等于 70 岁食管癌患者的单因素分析也发现,联合放、化疗 2 年生存率为 54.3%,与单纯放疗组的 15.5% 相比,差异具有统计学意义($P=0.032$)。在化疗药物的选择上,顺铂联合 5-FU 仍被认为是标准的化疗方案,近期疗效约 35%~55%。

对于老年食管癌治疗过程中应及时处理各种不良反应及并发症,包括预防性地应用中枢镇吐药物、维生素、激素;应用粒细胞集落刺激因子等加强血液毒性的管理;对于有进食困难及营养不良的患者,放、化疗期间给予充分营养支持(口服营养补充或管饲或静脉营养),有助于保持体质量、提高生活质量、保证治疗顺利完成^[11]。通过医护、患者及家属的共同努力,建立战胜病症的信心,一定能使老年食管癌治疗的疗效得到提高。

参考文献:

- [1] 张孟伟,张伟杰,王留兴,等. CRT-11+DDP 治疗局部晚期食管癌的临床观察[J]. 第三军医大学学报, 2012, 34(2): 180-182.
- [2] 殷蔚伯. 肿瘤放射治疗学[M]. 4 版. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2007: 557-561.
- [3] Lin Q, Gao XS, Qiao XY, et al. Phase I trial of escalating-

dose cisplatin with 5-fluorouracil and concurrent radiotherapy in Chinese patients with esophageal cancer [J]. Acta Med Okayama, 2008, 62(1): 37-44.

[4] Sarraf M, Martz K, Herskovic A, et al. Progress report of combined chemoradiotherapy versus radiotherapy alone in patients with esophageal cancer; an intergroup study [J]. J Clin Oncol, 1997, 15(2): 277-284.

[5] 张薛榜, 李刚, 吴式琇. 82 例老年食管癌患者同步放化疗的耐受性分析 [J]. 肿瘤学杂志, 2011, 17(6): 441-443.

[6] 袁宁, 张劲, 施子夏. 老年性食管癌手术治疗 316 例临床分析 [J]. 重庆医学, 2010, 39(13): 1711-1712.

[7] 张新良, 王晓萍, 张道富, 等. 41 例老年食管癌的临床特点和放疗疗效观察 [J]. 临床肿瘤学杂志, 2010, 15(3): 239-241.

• 短篇及病例报道 •

颈部韧带样纤维瘤病 1 例报道及文献复习

杨 柳, 任 佳, 刘世喜[△]

(四川大学华西医院耳鼻咽喉头颈外科, 成都 610041)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2013.27.057

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2013)27-3335-02

韧带样纤维瘤又叫侵袭性纤维瘤, 该病形态上表现良性, 而其生物学行为属于低度恶性, 以浸润性生长和易于局部复发为特征, 但不转移^[1]。本文报道 1 例复发的韧带样纤维瘤, 并复习相关文献, 对该病的诊治总结如下。

1 临床资料

患者, 女, 57 岁, 汉族, 因“发现颈部包块约 1 年”于 2009 年 10 月 9 日在本科就诊。入院时无呼吸困难、吞咽困难、声嘶、咳嗽、异物感、肩颈活动障碍等伴随症状。查体: 包块位于左侧锁骨上窝, 大小 3 cm×4 cm×3 cm, 质韧, 活动度好, 按压痛, 边界不清。患者于 2009 年 10 月 12 日手术切除左颈根部包块。术中见左侧锁骨上窝处质硬肿块, 直径约 3 cm, 与胸锁乳突肌及颈内静脉粘连, 侵及颈动脉鞘。术中切除部分颈内静脉, 切除包块病理学检查为颈纤维瘤病。患者于 2009 年 10 月 16 日出院, 术后未补充放疗或化疗, 门诊随访。患者在 2010 年 3 月再次发现左颈部包块, 行颈部超声检查发现左颈前区肌内实质性占位。建议患者再次行手术治疗, 但患者当时拒绝手术。2011 年 4~8 月, 患者自觉左颈部包块呈渐进性增大, 并出现高枕位睡眠呼吸困难, 伴吞咽梗阻感。2011 年 8 月 17 日行颈部增强 CT 扫描: 颈部软组织肿块影, 较 2009 年 10 月 19 日旧片明显增大, 双侧颌下间隙、颈后三角及右侧颈动脉鞘周围多个小淋巴结显示, 见图 1、2。查体发现: 颈部正中及颈左侧有一横行生长的包块, 直径约 5 cm, 质硬、固定、无压痛, 累积左侧甲状腺。再次入院, 于 2011 年 9 月 5 日行左颈部包块切除术、左侧甲状腺及峡部切除术及同侧选择性颈淋巴结清扫术。术中见: 颈前左侧灰白质硬肿块, 上达舌骨平面, 下达胸骨上切迹下 1 cm, 呈蟹足状生长, 与喉体、器官粘连, 侵及左侧甲状腺及峡部。左侧颈深上区有淋巴结肿大, 最大直径约 3 cm。切除包块术后病理检查及免疫表型检测示: 肿瘤细胞 β-连环蛋白(核+)、结合蛋白(灶性+)、平滑肌抗体(部分+)、膜抗体(-)、CK7(-)、S-100(个别+)、CD34(-)、CK19(-)、CD99

[8] 王振华, 张宁, 任民柱, 等. 70 岁以上老年食管癌 61 例单纯三维适形放射治疗疗效分析 [J]. 中国实用医药杂志, 2011, 6(9): 74-75.

[9] 王澜, 高超, 李晓宁, 等. 100 例食管癌三维适形放疗疗效分析 [J]. 中华放射肿瘤学杂志, 2009, 18(2): 175-178.

[10] 伊斯刊达尔, 阿布力米提, 谢姆孜牙, 买买提热夏提. 食管癌三种放疗方法的疗效分析 [J]. 中华放射肿瘤学杂志, 2010, 19(2): 216-217.

[11] 李琦, 向森, 陈运芳. 进食困难食管癌患者静脉高营养下同步放化疗 24 例疗效观察 [J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2011, 25(6): 619-620.

(收稿日期: 2013-03-21 修回日期: 2013-06-10)

(-), BCL-2(-), PHH3(灶性+), Ki-67 阳性率 5%, 符合侵袭性纤维瘤病诊断(图 3)。术后患者颈部切口愈合好, 未补充放疗及化疗。随访至今, 未见复发。



图 1 颈部增强 CT 扫描(2009 年 10 月 19 日)



图 2 颈部增强 CT 扫描(2011 年 8 月 17 日)

作者简介: 杨柳(1988~), 硕士在读生, 研究方向为头颈肿瘤诊治。 △

通讯作者, Tel: 13882266956; E-mail: Liusx999@163.com.