

111 乳腺癌,骨转移,放射疗法,丙酸睾丸酮,镇痛. 13221(30) 丙酸睾丸酮

放疗合并丙酸睾丸酮镇痛治疗59例 乳腺癌骨转移疗效观察

镇江市第一人民医院放疗中心 王永利

R737.905

自1990年4月~1994年8月上海肿瘤医院共收治487例乳腺癌骨转移病例,筛选出59例经相同综合治疗方案后,出现临床以疼痛为主症,辅助检查确认为骨转移的患者,采取单纯放疗及放疗合并丙酸睾丸酮肌注(以下简称放疗+药物治疗),从疼痛缓解率、疼痛缓解维持的时间、复发率(局部摄片有骨质再破坏)等方面进行疗效分析。

1 一般材料

患者均为女性,年龄在25~69岁之间,中位年龄56岁,一侧乳癌根治术后51例,两侧乳癌根治术后8例,一处骨转移49例,其中长骨转移为主,股骨转移25例,肱骨转移8例,胸腰椎椎体转移6例,肋骨及骨盆转移各为5例。两处骨转移为10例,其中股骨合并肋骨转移1例,股骨合并骨盆转移2例,胸椎椎体合并肋骨转移者5例。病变范围最小1cm×2cm,最大为5cm×7cm。均有X片、CT片或ECT诊断依据。

2 方法

59例患者中23例单纯以⁶⁰Co机源皮距照射,36例以⁶⁰Co机源皮距照射加丙酸睾丸酮肌注,放疗剂量:5Gy/次×7次,连续放疗, Dt 35Gy照射范围:长骨转移及骨盆者,病灶外1~2cm;椎体转移,病变椎上下各包含一个正常椎体;肋骨转移,病变肋骨上下各包含一正常肋骨。长骨转移两野相对照射,其他部位均采用单野放疗。32例患者接受丙酸睾丸酮肌肉注射100mg/次,3次/周,连续用药,总量为4g。

3 结果

对于结果的评判以放疗及同时肌注丙酸睾丸酮开始后2周,疼痛缓解为有效。疼痛症状再发为复发。局部控制与失控均以X片显示。病灶范围缩小或不再扩大为局控,如病灶扩大或骨质疏松改变加剧为失控。每2周摄片复查一次,观察X片改变以2月为限。治疗前后疼痛情况见附表。

附表 59例乳腺癌治疗后疼痛缓解率

	病例数	缓解例数	有效率(%)
单纯放疗组	23	20	86.9
放疗+药物组	36	35	97.2
合计	59	55	93.2

P<0.05无显著意义,χ²=2.01

从附表可知2组治疗在疼痛的缓解上无统计学差异。

治疗后随访约半年,复发病例:单纯放疗23例中复发15例(65.2%),出现其他部位转移19例(82.6%)。放疗+药物组,36例中复发13例(36.1%),出现其他部位转移有21例(58.3%)。前者复发的中位时间1.5月,后者为3.2月。单纯放疗局部控制病例为10例(43.4%),放疗+药物组局部控制病例为27例(75.5%)。

经统计学处理,对于症状的复发χ²=4.80, P<0.05有显著意义;对于局部控制χ²=7.21, P<0.01有非常显著意义。

4 讨论

为避免可能由此产生的差异并从治疗疗效可比性角度考虑,病例是从487例患者中选择59例具备以下条件来进行疗效对比:①患者均为乳腺癌IV期,治疗前为2处以下骨转移。②发生骨转移前均接受过相同手术、化疗、放疗等综合治疗。③本次治疗前辅助检查均未发现内脏转移。

从附表可以看出2种治疗方法对于疼痛的缓解疗效无差别,原因可能是2种疗效本身无差别,再者可能是药物的总量不足或用药时间不够长。2组治疗在症状的复发及局部病灶的控制方面均有显著差异,放疗+药物组明显优于单纯放疗。因此即使疼痛的缓解率相仿,但总体疗效前者好于后者。根据资料报导雄性激素在乳癌的内分泌治疗及晚期乳癌中有一定的地位。因此作者主张乳腺癌骨转移放疗的同时结合雄性激素治疗,其临床意义主要在于减轻该病患者的痛苦、延长症状缓解后的复发时间以及由痛所致对麻醉药品的依赖性,从而调整患者心理状态提高患者生存质量。根据放射生物学原理L-Q模式公式将,500CGy/次×7次, Dt 350CGy换算成相同的生物效应,常规200CGy/次, Dt 4200CGy,可以看出该剂量远未达到肿瘤的根治量。因此,如患者生存足够长的时间,骨转移病灶终要扩大或复发。对此可采取大分割放疗剂量后,改常规放疗方法补足剂量达到肿瘤根治量。同时丙酸睾丸酮维持。

(本文在上海学习期间完成,病例由上海肿瘤医院提供,在此表示感谢。)

(收稿日期:1995-01-04)