

98 例脑胶质瘤预后的相关因素分析

耿保国

(连云港市第二人民医院放疗科 222023)

关键词 胶质瘤 脑 术后放疗 术后放化疗
中图法分类号 R739.4

脑胶质瘤是常见的颅内肿瘤,目前仍以手术治疗为主,但由于肿瘤具有浸润生长的特点,手术难以切净,大多有肿瘤组织残留,术后复发率较高;术后放疗是降低复发率,提高生存率的重要环节。我院自 1983 年 5 月至 1992 年 5 月共收治经病理证实且有完整资料的脑胶质瘤 98 例,现就患者年龄、病理分级、术后照射剂量及化疗相关因素总结分析如下。

1 资料和方法

随访 1983 年 5 月至 1992 年 5 月接受放疗的脑胶质瘤术后病例 119 例,因通讯地址变更,记录不详,截止 1997 年 5 月,可供分析的病例 98 例。其中男性 63 例,女性 35 例,男女比为 1.8:1;年龄,30 岁以下 30 例占 30.6%,31~50 岁 47 例占 48.0%,51 岁以上 21 例占 21.4%,最小 13 岁,最大 72 岁。诊断全部经病理证实。采用 Kernohan 分级法^[1],此组病例中胶质瘤Ⅰ—Ⅱ级(低分级)52 例占 53.0%,Ⅲ—Ⅳ级 39 例占 39.8%,未分级 7 例占 7.1%。本组

98 例,肉眼全部切除 45 例占 45.9%,亚全切除 23 例占 23.5%,部分切除 30 例占 30.6%。放疗全部采用⁶⁰钴 γ 线外照射。放疗与手术间隔时间为 15~20 d,仅 2 例超过 3 个月。病变接近或超过中线的均采用左右两个对穿野全脑照射 3500~4000cGy 后缩野,病侧局部追加剂量 2000cGy 左右,使病变部位总量 D_T 达 5500~6000cGy/6~7 周。病变局限于一侧半球者,采用病侧侧野加前野或后野两野照射(加用楔形板)。均为常规分割,每周 5 次,开始 5d 用 150cGy/次,后改为 180~200cGy/次。放疗中非随机分组对 69 例加用化疗药 CCNU 150 mg 口服,每 6 周 1 次,即在放疗开始及结束各服一次,放化疗同时采取降颅内压及升白措施。

2 结 果

生存率与年龄、病理分级、照射剂量及术后治疗方法的关系,见附表。

附表 患者年龄、病理分级、照射剂量及术后治疗方法与生存率(%)关系

项目	1 年生存率	3 年生存率	5 年生存率
年龄			
≤30	66.7(20/30)	60.0(24/40)	38.2(13/34)
31~50	61.7(29/47)	55.6(20/36)	47.1(16/34)
>50	57.1(12/21)	22.2(2/9)	33.3(1/3)
病理分级			
Ⅰ~Ⅱ	75.0(39/52)	65.1(28/43)	47.5(19/40)
Ⅲ~Ⅳ	41.0(16/39)	42.8(15/35)	37.0(10/27)
未分级	85.7(6/7)	42.8(/7)	25.0(1/4)
照射剂量			
<4100cGy	50.0(7/14)	16.6(1/6)	0
4200~6000cGy	64.3(54/84)	56.9(45/79)	42.2(30/71)
术后治疗方法			
放 疗	58.6(17/29)	44.4(12/27)	26.1(6/23)
放化疗	63.8(44/69)	58.6(34/58)	50.0(24/48)
合计	62.2(61/98)	54.1(46/85)	42.2(30/71)

98 例放疗中,有 80 例(占 81.6%)出现不同程度放疗反应,表现精神不振,疲乏,食欲减退及颅内压增高,头晕、头痛、恶心呕吐,血 WBC 下降等。但经降颅内压,地塞米松、维生素 B 及维生素 C、升白等治疗有效,没有因此而中止放疗。经随访仅发现 3 例有放射性脑坏死,CT 检查有“指状征”及“囊性改变”。此 3 例照射剂量达 6000cGy。

3 讨论

98 例脑胶质瘤术后放疗 1、3、5 年生存率分别为 62.2%、54.1%、42.2%。脑胶质瘤患者的预后与年龄有一定关系,50 岁以上组明显低于 30 岁以下组($P < 0.01$)。按 Kernohan 病理分级法,低分级组(I~II)的 1 年及 3 年生存率明显高于高分级组(III~IV)($P < 0.01$)。说明高分级脑胶质瘤病人的预后差。

本组病人手术情况,肉眼肿瘤全部切除者 5 年生存率 27.6%,亚全切除的为 5.1%,部分切除的无 5 年生存病例。可见手术彻底与否是预后的关键因素,但因脑胶质瘤多是浸润生长,肿瘤组织与周围胶质细胞之间无明显界限,手术不易将肿瘤全部彻底切除,术后易复发。曾有学者报告单纯手术者 50%以上在 0.5 a 内死亡,5 年生存率仅 2%~5%^[2]。

本组发现 3 例放射性脑坏死,主要原因可能是对脑组织的放射生物学剂量的超量,其次可能与个体对放射线敏感有关。放射治疗总量不超过 5500cGy,每次分割少于 200cGy,则放射性脑损伤发生率低于 5%,否则脑损伤发生率增高^[3]。本组 4200~6000cGy 疗效明显优于小剂量组(3 年生存

率 $P < 0.05$, 5 年生存率 $P < 0.01$)。笔者认为,脑胶质瘤 I~II 级者应局部术后照射 5000~5500cGy,III~IV 级者应先给予全脑照射 3500~4000cGy,局部肿瘤剂量加到 6000~6500cGy/6~7 周为宜。为了防治颅内压增高及减轻放疗反应,在放疗开始 2 周加用脱水剂,以 20%甘露醇 250ml、地塞米松 5 mg 快速静滴,每日 1 次。

术后放疗加化疗的疗效较单纯术后放疗提高了生存率,但经统计学处理差异无显著意义($P > 0.05$),两者比较有待临床进一步研究。秦德兴报告^[4],颅内 D_T 至 2000~3000cGy 时,即开始破坏血脑屏障,放疗 8 个月放疗区的血脑屏障功能可恢复到接近放疗前水平,故确定程序为手术→化疗→放疗→化疗。多数学者认为放化疗联合可同步进行或放疗后化疗。本组 69 例加用 CCNU 150 mg 口服,5 年生存率较单纯术后放疗组高。笔者认为对术后有肿瘤残存者,除全脑照射和局部加照外,同时配合化疗,对部份颅内胶质瘤患者可望长期生存。

参 考 文 献

- 1 史玉泉,周孝达,汪无级,等.实用神经病学.第 2 版.上海,上海科学技术出版社,1994.477
- 2 李庆琪,黄鸿年.脑胶质瘤术后放疗 104 例分析.中国放射肿瘤学杂志,1988,2(2):15
- 3 谷铎之,殷蔚伯,刘泰福,等.肿瘤放射治疗学.北京,北京医科大学·中国协和医科大学联合出版社,1993.737
- 4 秦德兴,郑 蓉,唐 谨,等.脑部放疗对血脑屏障的影响.中国放射肿瘤学杂志,1990,4(1):29

(收稿:1997-12-21 修回:1998-02-21)

(本文编辑:孙立杰)

纤维内窥镜立式浸泡消毒器消毒纤维胃镜效果观察

王从路

朱云霞

王必生

(灌云县人民医院消化科 222200)

(灌云县皮肤病防治所)

(灌云县防疫站)

1997 年 3 月,我们研制出纤维内窥镜立式浸泡消毒器并应用于临床。为了解其消毒效果,我们用 HBsAg 阳性血清模拟污染胃镜,选用对乙型肝炎病毒有强烈灭活作用的 2%强化碱性戊二醛溶液,以纤维内窥镜立式浸泡器浸泡消毒法和传统的三桶清洗法消毒已污染的胃镜,消毒后检测 HBsAg 标志物作对比。

1 方 法

1.1 消毒方法 先用 HBsAg 阳性血清模拟污染胃镜的镜身及活检管道,放置 5 min 风干。将污染的胃镜用自来水洗吸 3 次,然后,在浸泡消毒组中,将胃镜镜身置入纤维内窥镜立式浸泡消毒器中,用 2%强化碱性戊二醛浸泡消毒 10 min;在清洗消毒组中,用 2%强化碱性戊二醛洗吸 3 次(每次吸引时间