

王绿化教授团队食管癌放疗患者生存状况研究发布 超七成放疗患者对生存状况满意

医师报讯(融媒体记者刘则伯)日前,中国医学科学院肿瘤医院深圳医院院长王绿化教授、复旦大学附属肿瘤医院放疗中心胸部专科主任赵快乐教授发布了2015-2016年中国不可手术食管鳞癌放疗后的生活质量和生存结果,在生活质量方面,近七成的患者没有被治疗副作用困扰,超七成患者满意目前的生存情况。(JNCC.2023,3:2:P150)

研究收集了2015-2016年在中国14家省级医院接受根治性放疗的食管鳞癌患者的临床和治疗相关信息。最终有3060例患者(中位年龄67岁,中位随访63个月)纳入分析。其中,男性2080例(68%)。70岁以上的老年患者占39%。64%的患者肿瘤分期在III~IV期。接受单纯放疗的患者比例约30%,

研究

应着力推进食管癌规范化诊疗 提高放疗精准性

目前不同放疗技术、不同放化疗方案的制定,对患者生存情况均有显著影响。各区域的食管癌规范化诊疗水平和医疗资源分布并不均衡。

总体来说,地市级医院的水平相对较弱,规范化程度较低,与国内高水平肿瘤专科医院之间存在一定差距。在

规范化诊疗这一议题上,不仅仅是放疗,更应着眼于所有的治疗环节,尤其在以免疫治疗为代表的创新药物的应用上,更应提高基层医院的规范化诊疗水平、拉近城乡医疗差距,对提高我国食管癌患者整体预后情况与生存质量有巨大帮助。

国家癌症中心也牵



王绿化教授

头制定了放射治疗质量控制指南,将有利于提高放疗精准性,促进行业规范化。

其余均接受了放化疗综合治疗,所有患者均未接受免疫治疗。大多数患者(2901例,94.8%)接受了先进的放疗技术。

共有716例(23.4%)幸存者完成了问卷调查。生活质量调查结果显示,在身体状况方面,72.1%和82.8%的生存患者没有感到体力不足或疼痛感,69.7%的人完全没

有被治疗的副作用所困扰。76.5%的患者非常满意或比较满意他们目前的生活质量。67.9%的患者可以正常或相对正常地吃下他们最喜欢的食物。81.1%的幸存者没有发生体重减轻的情况。总体患者5年生存率为30%,中位生存时间25.9个月。

85.2%的患者死于

肿瘤进展,5.1%的患者死于其他基础疾病,4.5%死于治疗后并发症。还有5%的患者死因不明。



扫一扫
关联阅读全文

《柳叶刀》子刊发布研究

脂肪肝伴糖尿病 增肝功能失代偿及肝癌风险

医师报讯(融媒体记者王璐)近期发表于《柳叶刀》子刊的一项研究对在非酒精性脂肪性肝病(NAFLD)伴或不伴2型糖尿病的患者中肝功能失代偿发生风险进行了分析。结果显示,与不伴有2型糖尿病的人群相比,NAFLD伴2型糖尿病患者发生肝功能失代偿和肝癌的风险显著更高。(Lancet Gastroenterol.7月4日在线版)

研究者纳入2007年2月27日至2021年6月4日美国、日本和土耳其6个队列共2016例接受磁共振弹性成像检查、伴或不伴2型糖尿病的NAFLD受试者数据进行了分析。受试者平均57.8岁,体质指数(BMI)为31.3 kg/m²。研究主要结局为肝功能失代偿,次要结局为发生肝癌。

在排除基线时肝功能失代偿受试者(114例)和无随访数据受试者

(165例)后,1737例受试者(602例伴有2型糖尿病;1135例不伴有2型糖尿病)被纳入肝失代偿事件分析。中位随访2.8年期间,105例受试者(68例伴有2型糖尿病;37例不伴有2型糖尿病)发生肝功能失代偿。

在排除基线时肝癌受试者(47例)和无随访数据的受试者(167例)后,1802例受试者(639例伴有2型糖尿病;1163例不伴有2型糖尿

病)被纳入肝细胞癌事件分析。在中位随访2.9年期间,22例受试者(18例伴有2型糖尿病;4例不伴有2型糖尿病)发生肝细胞癌。

校正多种混杂因素后,2型糖尿病和糖化血红蛋白是肝功能失代偿、肝细胞癌的独立预测因素。

总的来说,在NAFLD患者中,合并2型糖尿病与肝功能失代偿和肝细胞癌的风险显著增高相关。

同期

《柳叶刀》子刊杂志同期邀请美国印第安纳大学医学院 Eduardo Vilar-Gomez 教授撰写述评。他认为,随着人口的增长和老龄化,全球NAFLD发病率预计将在未来十年大幅增加,同时肥胖和2型糖尿病

的负担也将增加。NAFLD患者病情的严重程度和进展取决

于多个因素,同时使用某些药物共用控制原发病及其他全身并发症等均可能成为诱因。此前很少有回顾性队列研究调查糖化血红蛋白与NAFLD严重程度之间的关系。在该Meta分析中,作者研究了糖化血红蛋白水平对肝失代偿风险以及肝癌的发生风险。这些发现提供了令人信服的临床数据,

表明2型糖尿病与晚期肝病更快的疾病进展和NAFLD患者更差的肝脏相关结果相关。

值得注意的是,患有肝硬化的2型糖尿病患者有很高的失代偿、肝癌和死亡风险,这表明他们应该接受初级风险评估,进行更密切的随访,并提供早期治疗选择,如强化生活方式干预、代谢手术或

应用胰高血糖素样肽-1激动剂,以降低并发症和死亡的风险。

作为血糖控制不良的替代物,高水平的糖化血红蛋白与严重的长期并发症有关,包括晚期肝病和NAFLD的更差结果。尽管尚未确定识别具有这些不良临床结果风险的人的理想临界值,但该研究仍有重要意义。

丁震 超声内镜为医生打开“第三只眼”

医师报讯(融媒体记者 裘佳)

超声内镜(EUS)技术于2014年左右在国内兴起,是一项“年轻的”内镜技术,之后在国内发展迅速,快速被消化内镜医生认可并广泛应用于消化道疾病的诊疗。中



丁震教授

山大学附属第一医院内镜中心主任

任丁震教授告诉记者,EUS的最大特点是可以从腔内走向腔外,解决了常规内镜(包括ESD、ERCP)主要局限于消化道的困境。“相当于为内镜医生张开了‘第三只眼’,在内科和外科间搭建起桥梁。”

超声内镜在胸腹部疾病诊疗应用广泛

EUS可以在胃、食管、十二指肠、结肠进行相应操作,几乎涵盖了胸腹部的主要器官,同时对纵膈、盆腔、腹腔、腹膜后等都能进行观察。在此基础上,穿刺的出现可以引导超声内镜在所观察范围内进行活检和取样,还能在穿刺针的引导下带动导丝进入各种视野进行相应操作,介入治疗进一步延伸。

“最初的介入治疗可能包括神经节阻滞和假性囊肿的引流。在此基础上,出现了多种消融技术,如胰岛细胞瘤和囊性病,甚至有时还进行实质性病变的消融。总体而言,EUS

范围非常广泛,只要在能接触的范围,能看清的病灶,都可进行相应干预。”

丁震表示,这些进步离不开内镜元件的升级、内镜医生技术的进步,以及与病理科等多学科协作发展。“例如通过细针穿刺抽吸术(FNA),在国外可能很多时候只会发出细胞学结果,但国内绝大部分医院能拿到病理结果,这与我们和病理科医生的紧密协作密切相关。当然细针穿刺活检术(FNB)穿刺针(如EZ Shot3 Plus)的发展在组织样本取样率、准确诊断方面有优势,期待未来价格更加亲民。”

EUS+ERCP 让临床实践多一份选择

“ERCP与EUS在临床中相互配合可以更好地解决临床问题。”丁震表示,随着大家对EUS应用的认可,既往以ERCP为主导的内镜医生越来越重视学习EUS,但既往以EUS为主导的医生对ERCP的热情却不够。事实上,很多EUS引导下的胆道支架引流(ERBD)、经皮经肝穿刺胆道引流(PTBD)等,从技术角度来看,实际是ERCP技术。掌握好ERCP,对内镜操作是一个巨大的推进。

丁震认为,ERCP和EUS可用于几乎所有涉及胆管和胰管的问题,两者结合对病变诊治有相互促进作用。如胆管狭窄病变形态不同,团块型病变,EUS检出阳性率更高,涉及管壁浸润的病变,ERCP下检出阳性率更高,如两者皆能掌握,则可根据不同情况做相应的选择。胰管也有相同情况。

“中山大学附属第一医院开展内镜技术非常早。此前的崔冀主任是国内第一批做EUS的专家,同时在几乎所有的EUS、ERCP、ESD都做了非常多的工作。如十二指肠肿瘤中开展ESD相对较困难,风险非常大,操作空间也较小,但在中山医院,十二指肠ESD开展非常好,也开展了非常多例。有这样坚实的基础和人才储备,未来在EUS和ERCP结合介入,与外科、肿瘤科的协作等都将有进一步的提升。”

内镜技术的成长是一个长期的学习和总结经验的过程。丁震表示,内镜医生的成长离不开环境、科室团队协作等,此外需要对自己有信心,不要过度夸大天赋在成长中的作用,更多时候需要勤奋和刻苦,明确目标并持之以恒地努力,就能在技术上有所造诣。