



当头颈部肿瘤患者遇上放疗之“痛”



张雷教授

医师报讯（融媒体记者 秦苗）“2022年度搞笑诺贝尔奖”揭晓，该奖项设立的目的是为了奖励那些先让人们发笑，后让人们思考的研究，今年来自全球不同领域的10组研究者获得了该奖项。其中，医学奖被授予一项关于冰激凌可助肿瘤患者预防放射性口腔黏膜炎（RTOM）的研究，该项研究报道后引发了人们对于放疗后口腔黏膜炎这一症状的关注。

众所周知，接受放疗的头颈部肿瘤患者极有可能出现口腔黏膜炎，因为放射线的电离辐射使口腔内微血管壁肿胀，管壁变窄或堵塞，引发血供障碍导致口腔黏膜损伤。表现为口腔黏膜充血、红斑、糜烂、溃疡及纤维化等，患者轻则出现疼痛、进食困难、口干、味觉障碍等，重则可导致治疗中断，影响疗效，甚至危及生命。

关联
阅读全文
扫一扫

放射性口腔黏膜炎：不应被忽视的“痛苦”

北京大学口腔医学院口腔颌面外科张雷教授介绍，对于头颈部肿瘤患者来讲，手术和放疗作为最主要的治疗手段，通常需要接受平均25~35次的放射治疗，其中80%以上头颈部肿瘤患者在接受放疗过程中都会发生程度不一样的RTOM，其中半数以上患者甚至会发生3~4

级RTOM。在放疗结束后2~4周，RTOM会逐渐缓解，而如果在放疗之后继续行辅助化疗可能会导致RTOM恢复时间更长。在接受同步放化疗时，急性放射性口腔黏膜炎的出现时间会提前，且持续时间更长，常常成为中断治疗主要影响因素。

张教授告诉《医师报》记者，目前临床中对于头颈部肿瘤患者症状管理仍处于初级阶段，大型三甲医院对RTOM的预防不够重视，一般是出现症状之后才进行对症处理，进而耽误了治疗的最佳时间，影响患者生存质量，严重的甚至导致放疗中断；对于基层医院，肿瘤医生对于症状管理的认知不足，缺乏应对该症状的有效治疗手段。在临床中，很多

异地就医的患者，在大医院接受手术效果很好，但回到当地进行后续的治疗后，在局部放疗过程中，由于RTOM的问题没有得到有效的预防而导致无法坚持放疗，最终导致肿瘤复发，危及患者生命。

我们知道，头颈部肿瘤患者术后常常会受到比其他部位的肿瘤切除后所带来更多重的并发症，除共性的症状（疼痛、厌食、恶心、呕吐等）外，特殊的并发症还包含因手术造成的面容损毁、进食和发音功能受损，重者失去吞咽功能，甚至影响呼吸。对于头颈部肿瘤的患者，治疗后所迎接的挑战不仅来自于身体，更重要还有克服颜面部外观损伤所带来的心理和社会问题。

做好治疗前、中、后三个阶段的防护屏障

随着放疗技术的发展，放射治疗精准打击肿瘤的技术正逐渐成为现实，但中国不同区域的诊疗水平还未能达到一致，放射治疗的手段还不能跟得上最快的步伐。研究数据显示，调强放疗，适形放疗等新技术，质子重离子放疗等新型射线的应用，使得头颈恶性肿瘤患者放射治疗后口腔黏膜炎的发生率明显降低，但目前尚未得到广泛普及。

一项研究显示，采用放疗联合免疫同期治疗晚期鼻咽癌患者，3~4级口腔黏膜炎发生率高达89%。RTOM的发生与发展除了与放化疗治疗相关因素有关外，还与患者不良的口腔卫生习惯、既往牙周疾病史、吸烟以及营养不良等目前较公认的危险因素有关。此外，慢性病也可能是影响口腔黏膜炎严

重程度的相关因素。

对于以上可控性因素，张教授认为如果能在放射治疗前给予患者正确的指导，那么可以最大程度上减少口腔黏膜炎的发生率，如建议患者戒烟、戒酒，多喝水，少喝带糖饮料，避免刺激口腔黏膜的食物，或使用冰敷来增强口腔黏膜的抵御能力，因为良好的口腔卫生有助于预防和减轻RTOM。

在治疗中，分级治疗尤为重要，如轻度疼痛，可用利多卡因漱口液缓解，如果疼痛比较明显，则需用吗啡或芬太尼等强镇痛药治疗。对3级或明确感染者，可局部或系统性使用抗生素、激素。如发生4级RTOM，则需考虑暂停放疗或同步化疗、免疫治疗，直到黏膜反应降至2级以

下。近年来，多项成品中药复方制剂预防RTOM的研究陆续发表，其中一项纳入240例鼻咽癌患者的多中心随机、双盲、前瞻性临床研究结果显示，服用双花百合片能减少口腔黏膜炎的发生率，延迟RTOM出现的时间，以及降低严重的RTOM发生率。

在治疗后，除了使用药物治疗，非药物治疗也必不可少，口腔黏膜炎的非药物性治疗十分重要，需要从心理、营养、卫生习惯等多方面进行。我们应该加大对口腔黏膜炎的关注力度，加强从基础实验向临床应用过渡的转化性研究，开展大规模前瞻性随机对照临床试验，不仅关注患者躯体的症状，更需要在社会、精神、心理等方面给予足够的重视。

学术争鸣



李恒宇副教授

医师报讯（融媒体记者 刘则伯）1985年，NSABP-B06研究论证了早期乳腺癌保乳手术联合放疗的临床价值，推动了发达国家保乳手术比例明显提高，随后20年的随访结果证实了保乳手术的安全性。目前，保乳手术已经作为乳腺癌根治性手术方式获得广泛认同，但保乳手术中切缘距离却饱受争议。

9月21日，BMJ发表最新Mate分析称，早期浸润性乳腺癌行保乳术后，切缘阳性或接近肿瘤边缘，会增加局部复发及远处复发风险，研究指出，外科医生在为早期浸润性乳腺癌患者实施保乳手术时候，实现至少1mm的最小净缘，并且建议根据现有的证据，修订国际指南。《医师报》特邀长海医院乳腺甲状腺外科（普外四科）主任李恒宇副教授畅谈乳腺癌切缘现状及存在问题。（BMJ.9月21日在线版）

切缘大小关乎肿瘤复发

李副教授介绍，2014年美国三大协会共同制定

的乳腺癌诊疗指南中，将切缘染色处没有肿瘤细胞（“no ink on tumor”）定义为切缘阴性标准，指南中提到，早期（I~III期）浸润性乳腺癌保乳术要达到阴性切缘。该标准一直沿用至今，目前，国内多采用此定义乳腺浸润性癌的阴性切缘。

该研究分析了过去41年的68项研究，纳入早期浸润性乳腺癌（I~III期）接受保乳术的患者共计112140例，纳入的患者均为接受过至少60个月的随访。在这些患者中，9.4%为阳性切缘，17.8%为肿瘤距切缘<1mm。结果发现，阳性切缘的患者远处复发率为25.4%，肿

瘤距切缘距离<1mm的患者复发率为8.4%，阴性切缘患者复发率为7.4%。与阴性切缘相比，阳性切缘以及肿瘤距切缘<1mm的患者远处复发率和局部复发率明显提高。研究者表示，为降低肿瘤局部及远处复发率，应该保证切缘距肿瘤至少1mm，而不是切缘染色处没有肿瘤细胞。

辅助治疗不能弥补疗效

研究进一步显示，在接受了辅助化疗和放疗的患者中，肿瘤距切缘距离<1mm的患者和阳性切缘的患者远处复发率仍高于阴性切缘患者。随着乳腺癌辅助治疗手段增多，且效果都不错，部分医生可

能会认为，即使切缘阳性也可以通过后期治疗来弥补。李副教授表示，这种观念是不正确的，外科医生一定要重视乳腺肿瘤的切缘问题。

重视乳腺肿瘤切缘

“事实上，国内乳腺外科的医生更倾向于多切一点，尽量保证阴性切缘。”2019年，中华医学会外科学分会乳腺外科学组多中心真实世界研究结果也证实了李副教授这一说法。该试验中1734例患者记录了肿瘤边缘宽度数据，有近88.2%的患者切缘>5mm。国内乳腺癌切缘阳性率要远低于国际，国内对保乳手术适应

证的把控相对严格，如术前检查时判断患者肿瘤较大，一般会建议进行术前的新辅助化疗，待肿瘤缩小后再进行保乳手术。

“该研究结果再次提醒我们要重视保乳手术中的切缘问题。”他指出，外科医生在手术时，切缘染色处没有肿瘤细胞是一个理想状态，可以最大程度的保留患者的乳腺组织，但是切缘>2mm更能有效的降低患者的复发率，保证患者长期生存的获益。

关联
阅读全文
扫一扫