

放射和争光霉素综合治疗食管癌

西安医学院附属一院 张哲舫 杨克强

多年来，在治疗食管癌方面，累积了不少经验，但除早期病例外，预后仍然很差。为改进不适应于手术的中晚期食管癌患者单纯放射治疗的疗效，1973年以来，我们对部分食管癌患者，进行放射和争光霉素综合治疗，现将其治疗情况及随访结果，报告于下：

临床材料

1973年2月-1975年12月，共对61例因各种原因不作手术治疗的食管癌患者，进行放射和争光霉素综合治疗。本组病人多未用过争光霉素，其照射量在4850拉得以上，争光霉使用量在90mg以上。其中男性50人，女性11人；年龄37-82岁，平均56.2岁。病变部位，中段癌52例，占85.2%，上段3例(4.9%)，下段6例(9.8%)。病变长度，小于5厘米者15例，占24.6%；5-7厘米27例，44.3%；7厘米以上19例，31.1%。全组经病例证实者18例，余均以x线检查作为诊断之主要依据。

治疗方法

均用钴⁶⁰照射，同时并用争光霉素。钴⁶⁰每周照射5次，剂量范围：4850-6800拉得／4-8周，大部分病例例给量范围在5350-5850拉得左右。争光霉用量每次15-30mg，肌肉或静脉注射，每周3次，总量90-450mg，大部分用量为300mg。

结 果

61例中，3例中断联系，均自失随日起，作死亡论。随访率95%。存活时间从放射治疗开始日起算记，治疗结果见表一。除失随者外，本组平均生存期——自治疗开始包括

现仍存活者为21.8月。

表一 放射和争光霉素综合治疗的生存率

生存时期	一年	二年	三年	四年	五年
生存数	39/61	21/61	12/61	8/49	4/23
生存率	63.9%	34.4%	19.7%	16.3%	17.4%

治疗并发症

本组中有9例(14.8%)在应用争光霉素过程中发烧，较一般文献报告20%-50%为低，可能与部分病人在门诊照射有关。1例于放疗后4年出现放射性脊髓炎，已5年余仍带病存活。本组未见争光霉素肺炎。

治疗失败之原因

本组中10例现仍存活。其中1例于治疗后6年又出现下咽困难，估计为局部复发；1例出现放射性脊髓炎，余8例均无病生存。在已知死亡的48例中，15例死亡不详者外，33例中因局部复发死亡者18例(54.6%)，大出血死亡的3例(9%)，死于远处转移的9例(27.3%)，死于其它病变的3例(9%)。局部复发加大出血死亡共21例，占已知死因之63.6%，且其中，除1例外均死于治疗后3年之内，所以局部复发仍为治疗失败的主要原因。其次是远处转移，9例均死于治疗后3年之内。

讨 论

关于争光霉素治疗食管癌，自1972年以来，迭有报导。报告有术前应用争光霉素之手术标本，5/9例见肿瘤消退，并且发现对淋巴系有亲和力。切除之局部淋巴结中有癌细胞纤维化，因而认为争光霉素对食管

癌局部病变及转移之淋巴结均起作用^{4·5}。但Blum⁶收集文献，报告42例食管鳞癌单纯应用争光霉素，有效率为33%，且维持时间很短。有的⁷认为有效率仅17%。1976年Kolaric等⁸对51例晚期食管癌，单独用争光霉素、放疗加争光霉素以及单纯放疗三种方案治疗，结果合并治疗组的客观消退率为60%，平均消退期9个月，优于单一治疗组。本组一年生存率为63.9%，高于单纯放射治疗迄今所报导的38%—50.8%，但2年生存率下降为34.4%，3年19.7%，5年17.4%，与国内所报告之5年生存率8.1%—16.8%相似。生存曲线的下降最陡处在治疗后最初三年之内，与单纯放射治疗者相同，而争光霉素的并用，是否提高了近期疗效，由于无严格对照组相比，尚不能结论，初步看来，本组毒性反应是可以接受的，如用药前给予抗组织

胺类药物，发现反应可能减轻⁹。另外如注意争光霉素用量，使总量在300mg以下，并改进照射野，使脊髓受量在正常组织耐受范围之内，则估计不致产生严重之肺或脊髓的并发症。

综合治疗的剂量，鉴于失败主要在于局部复发，故仍应给足量照射。关于单纯根治性照射食管癌量以多少最为合适，看法还不完全一致，由于照射剂量在5000拉得以下，复发率高，7000拉得以上，食管放射损伤之可能性增加，因此大部分作者推荐给量范围在5000—7000拉得之间，从照射剂量与预后关系中，看不出在此范围内有明显差异（见表二）。因此们我认为最终剂量的决定，可在此范围内根据病人具体情况而定。关于争光霉素用量与预后，见表三。表示给量在300mg以上，不至有何优越性。300mg以上

（下转18页）

表二

照射剂量与预后

项 目	1 年	2 年	3 年	4 年	5 年
	生存数	生存数	生存数	生存数	生存数
4850拉得	10/15	6/15	5/15	3/10	0/1
5350拉得	10/16	6/16	3/16	2/16	1/10
5850拉得	14/23	7/23	3/23	2/17	2/7
6000拉得↑	5/7	2/7	1/7	1/6	1/5

表三

争光霉素用量与预后

项 目	1 年	2 年	3 年	4 年	5 年
	生存数	生存数	生存数	生存数	生存数
100mg以下	0/1	0/1	0/1	0/1	
150—300mg以下	11/13	5/13	3/13	2/11	1/4
300mg	20/33	11/33	7/33	5/28	2/14
300mg以上	8/14	5/14	2/14	1/9	1/5

皮炎，病员均可耐受。7，个别病例⁽³⁾用同样条件照射几处病变，有的明显缩小，有的却变化不大。本病放疗效果较好，可作为首选疗法。复习病例中少数也曾采用手术治疗，术后复发似较放疗常见。本文病例中7例曾经手术切除，3例在术后6年内出现复发或新发病灶。金氏⁽²⁾曾报导1例右颊肿物，2次手术切除皆复发。关于本病的抗癌药物及抗菌素治疗，过去曾有试用，但无效果。张氏⁽³⁾5例中曾有一例用盐酸氮芥22毫克，氧化氮芥800毫克，无效，改作放疗后肿块迅速消退。其后未见采用抗癌药治疗的报导。肾上腺皮质激素，有认为对本病有控制作用，但不能使病变完全消退⁽⁶⁾，本组曾用作放疗时的辅助治疗，对减轻放疗反应，缩小病变可能有一定帮助。

本病的病因及本质，目前尚不清楚。金氏等⁽²⁾认为可能属感染性，林氏⁽⁵⁾认为病理改变符合过敏性炎症，且同一病灶内新旧病变更存，说明病变有反复发作之特点。从本文复习病例的临床特点来看，大多数病人有白细胞总数增高及嗜酸性粒细胞增多，多组淋巴结轻～中度肿大，与某些感染及过敏性疾病相同，而且当手术或放疗消除主要肿块后，血相即可恢复正常。有的未经照射的淋巴结或肿块可见缩小，似提示某些病变可能导致本病。但本病可进行性持续生长，肿

（上接25页）时则发生肺炎的可能性增加，因此，用量可在150—300mg之间。

总之，放射和争光霉素综合治疗食管癌，毒性反应不定，而近期治疗可能较单纯放射治疗者为佳。为肯定其作用，我们尚在进行严格的随机分组，进行对比研究中。

参 考 文 献

- 河北新医学院第四医院胸外科：肿瘤防治研究 1:1, 1978.

块可长至较大体积，治疗后有的病例出现复发及新发病灶，与某些肿瘤的生物学行为也很相似，总之，对本病的病因及本性有待进一步观察、研究。

预后：

所见病例，经过良好，迄今未见因本病死亡的报告。但治疗后出现新病灶者并不罕见。本文复习52例中有随访者25例，随访时间2月——14年，其中19例（76%）无复发，其余6例在7个月至6年内出现复发或新发病变，因此进一步研究本病性质，同时除局部治疗手段外，寻找有效的全身治疗方法，可能进一步改善本病的预后。

（本文承刘家騮审阅，特此致谢）

参 考 文 献

- 金显宅等：中华医学杂志 5:699, 1937
- 金显宅等：中华外科杂志 5:877, 1957
- 张书盛等：中华外科杂志 10:447, 1962
- 陈意生：中华病理杂志 8:193, 1964
- 林从：中华病理杂志 8:273, 1964
- 天津医学院：实用外科病理学，200页天津，1976
- James Z Cinberg et al: Laryngoscope 88: 1281, 1978
- Carl Pochedly: Clinical management of Cancer in Children P203~211 Edward Arnold, 1975
- 李铭新，国外医学参考资料肿瘤学分册 1:34 1979.
- 三户康郎·代，Jap.J.Cancer Clin 23(8): 810, 1977.
- Fuimaki M, 等, Jap.J.Surg. 5(1):4619 75.
- 膝卷雅夫，癌の临床22(13), 1012, 1976.
- Blum R H, Cancer 31(4):903, 1973. Rubin P, 等, Ca. 26:2741976.
- Kolaric K 等Excerpta Medica 16 Cancer 1890, 1977.