

大医生开讲

肿瘤不用一刀切
精准放疗新选择

□本报记者 陈坤

随着精准放疗迭代升级,越来越多原本只能靠手术解决的肿瘤,靠无创放疗也有根治机会。

8月20日晚,福建卫生报《大医生开讲·福建省肿瘤医院直播间》邀请福建省肿瘤医院放疗科大科主任、主任医师吴君心,福建省肿瘤医院放射治疗科主任医师邵凌东,福建省肿瘤医院放疗中心物理师陈济鸿,揭开新一代精准放疗的面纱。

截至目前,本场直播在各平台观看人数超28万人次。



这些肿瘤不开刀,靠放疗也有根治机会

传统认知里,手术是治癌的“王道”。吴君心主任指出,实际上不少肿瘤对放疗较为敏感,单纯依靠放疗即有望根治。

鼻咽癌是典型病种。该病在南方特别是广东地区高发,位置深在,周围血管神经结构复杂,易于淋巴结转移,手术难以完整切除,但对放疗相当敏感。早期患者经规范根治性放疗,5年生存率可达90%以上,多数能实现临床治愈;局部区域晚期病例联合放化疗,5年总生存率为70%~80%。

宫颈癌和前列腺癌同样是通过放疗可根治的经典病种。精准放疗SBRT普及后,许多小体积肿瘤通过放疗也获得根治,例如小病灶早期肝癌、肺癌。低位直肠癌患者术前接受同步放化疗后,相当比例肿瘤完全消退,部分患者甚至可不手术,采取“等待观察”策略,最大程度保留脏器功能。

此外,对于食管癌、头颈鳞癌等肿瘤,精准放疗均能发挥重要作用,在提高疗效的同时减少放疗副反应。



吴君心主任介绍,近年来放射治疗技术实现了飞跃式发展,可概括为精准化、可视化、自适应化、大分割(放射外科化)。福建省肿瘤医院引进了国际一流的精准放疗高端设备,包括TOMO刀、M6型射波刀、CT引导智能全流程自适应



加速器、MR加速器,并在国内率先正式开展MR引导的靶区综合运动管理(CMM)技术。治疗中实时判断靶区运动是否在设计范围内,一旦超出范围射线自动停束,待靶区回到预定范围后继续出束,既精准又能保护正常组织,实现了放疗过程中实时无辐射动态成像与追踪照射。

外科医生患癌后,选择毫米级放疗

直播中,邵凌东主任医师分享了一位外科医生的病例。这位医生也是晚期前列腺癌患者。

作为外科医生,他最在意能否保住排尿功能,毕竟一台手术往往要站立数小时。多方咨询后,他选择了磁共振加速器放疗。该技术的优势在于将1.5T磁共振影像与直线加速器

集成,治疗前、治疗中均可实时成像。

邵凌东主任医师解释,前列腺位于膀胱与直肠之间,其位置每日随膀胱充盈度、直肠状态变化而改变。磁共振加速器通过每日实时扫描、每日调整计划,精准锁定靶区。最终这位医生疗效理想,排尿功能几乎未受影响,顺利回到手术台岗位。

高端放疗设备各有所长

伽马刀主要用于颅内小肿瘤,采用伽马射线,精度高但需佩戴固定头架、治疗时间较长。

射波刀擅长追踪随呼吸运动的肿瘤。设备通过两套X线成像系统实时定位,建立预测模型,配合机械臂,使射线跟随肿瘤运动,即便肺部肿瘤随呼吸移动数厘米,也能实现毫米级甚至亚毫米级照射。

TOMO刀(螺旋断层放疗)擅长复杂、多病灶、长病灶照射,如全骨髓、全淋巴、全脑全脊髓、胸膜间皮瘤大面积照射,剂量分布更为均匀。

幕后物理师,精准放疗的关键一环

放疗不只依靠设备,还有幕后物理师。

陈济鸿物理师表示,许多人初次听说物理师这一职业,实际上物理师在整个放疗流程中发挥着关键作用。

一位年轻左乳腺癌患者,在网上了解到肿瘤紧贴心脏,该部位放疗时心脏和肺难免受到较大辐射,因此特意前来咨

询物理师。团队指导她进行深吸气屏气训练。深吸气后屏住气,肺体积随之扩大,心脏与肿瘤距离拉远,心脏和肺部所受辐射剂量显著降低。

患者年轻,预期生存时间长,团队在她屏气状态下制定放疗计划,治疗时实时监测屏气位置,配合得当,实现了精准治疗。

陈济鸿物理师指出,现代放疗技术发展迅速,患者了解这些新知识对自身治疗也大有裨益。

年纪大、基础病多、身体弱,放疗能否进行?

陈济鸿物理师表示,这正是精准放疗的优势领域。团队会根据患者心肺功能、基础疾病状况“量体裁衣”,设计个体化安全方案,确保符合国际放疗指南与规范;每次放疗前进行影像引导,确保射线精准对准肿瘤。

对体质较弱患者,也可采用特殊分割方案,如大分割方案缩短总次数、缩短疗程以减轻不便;或采用超分割方案减少单次剂量,同时保护心、肺等正常组织。

放疗最好连续完成,避免给肿瘤喘息机会。患者应遵医嘱完成规范治疗,切勿擅自中断。



吴君心主任强调,肿瘤治疗方案应由多学科专家团队讨论制定,根据患者的肿瘤特征、生物学特点、身体状况,并尊重患者意愿,在遵循诊疗指南基础上实施个体化最佳治疗。

活动组织

主办单位:福建卫生报、
福建日报·新福建客户端
协办单位:福建省肿瘤医院