

同时性多原发肺癌患者生存状况及其影响因素分析

张琦 谢国明 陈科 沈燕萍

【摘要】 目的 分析同时性多原发肺癌患者生存情况及其影响因素。方法 回顾性分析 118 例同时性多原发肺癌患者的临床资料,随访 5 年,统计患者发病 3、5 年生存状况,多因素分析患者生存状况的影响因素。结果 本组患者 3 年生存率为 92.37%,5 年生存率为 82.20%。单因素分析显示患者性别、吸烟、术后有无化疗、病理分型、淋巴结转移、病灶最大径、分化程度、是否在同一肺叶与患者生存状况有关(均 $P < 0.05$)。将单因素分析有统计学意义的因素进行多因素分析,结果显示,吸烟、术后有无化疗、病理分型、淋巴结转移、分化程度和是否位于同一肺叶是患者生存状况的独立影响因素。结论 临床治疗同时性多原发肺癌应重点注意吸烟、术后有无化疗、病理分型、淋巴结转移、分化程度和是否位于同一肺叶这些影响患者生存状况的因素。

【关键词】 肺癌 生存状况 影响因素

同时性多原发肺癌是指患者同侧或不同侧肺叶同时或先后发生(先后发生距离时间不超过 6 个月)2 个或 2 个以上的原发性恶性肿瘤^[1]。随着影像学检查技术的发展及在疾病辅助诊断中的广泛应用,同时性多原发肺癌检出率不断上升^[2]。有文献报道,同时性多原发肺癌发病率在 0.2%~20%^[3-4]。本研究通过回顾 118 例同时性多原发肺癌患者的临床资料,分析患者生存情况及其影响因素,现报道如下。

1 对象和方法

1.1 对象 回顾性分析 2010 年 1 月至 2012 年 1 月在本院接受治疗的 118 例同时性多原发肺癌患者的临床资料。纳入标准:(1)经影像学诊断符合多原发肺癌特点;(2)各病灶的病理学诊断符合同时性多原发肺癌特征,每例患者均由 2 位病理科医师阅术后病理切片,根据患者临床病理特征及影像学检查结果排除肺内转移灶;(3)年龄 18~85 岁。其中男 51 例,女 67 例;年龄 32~79(57.9±11.7)岁;有吸烟史 46 例,无吸烟史 72 例;术后接受化疗 77 例,未接受化疗 41 例;病理分型腺癌-腺癌 91 例,腺癌-鳞癌 9 例,鳞癌-鳞癌 8 例,其他类型 10 例;淋巴结转移 34 例,无淋巴结转移 84 例;肿瘤最大径 ≥3cm 67 例, <3cm 51 例;分化程度为高分化 47 例,中分化 38 例,低分化 33 例;病理分期 T_{1a} 期

31 例, T_{1b} 期 48 例, T_{1c} 期 20 例, T_{2a} 期及以上 19 例;病灶数目 2 个 88 例, 3 个及以上 30 例;病灶位于同一肺叶 55 例, 位于不同肺叶 63 例;病灶位于同侧肺叶 92 例,位于不同侧肺叶 26 例。本研究经医院医学伦理委员会批准,研究对象知情同意。

1.2 方法 患者术后密切随访,随访截至 2017 年 1 月,统计患者发病 3、5 年生存状况并分析患者生存状况的影响因素。生存期为接受第 1 次手术治疗当天至患者死亡或最后一次随访的间隔时间。

1.3 统计学处理 应用 SPSS 19.0 统计软件。采用 Kaplan-Meier 法绘制患者生存曲线;计数资料组间比较采用 χ^2 检验;多因素分析采用 Cox 回归模型。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者生存状况 患者生存曲线见图 1。

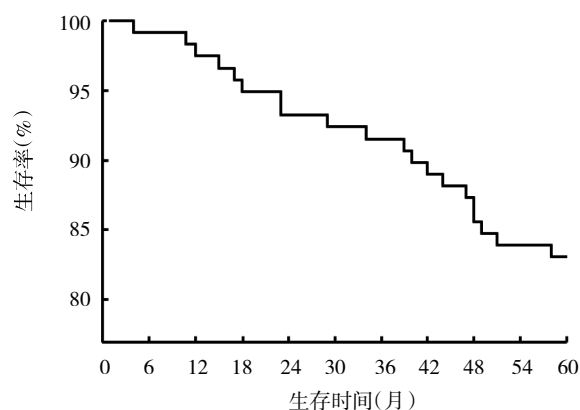


图 1 患者生存曲线

DOI: 10.12056/j.issn.1006-2785.2019.41.15.2017-1533

作者单位:315040 宁波市鄞州人民医院放化疗中心

通信作者:张琦, E-mail: 546274423@qq.com

由图1可见,随访3年患者死亡9例,3年生存率为92.37%;随访5年患者死亡21例,5年生存率为82.20%。

2.2 患者生存状况影响因素分析 以患者5年生存状况进行分层(5年存活与5年死亡),分析患者生存状况影响因素,见表1、2。

表1 患者生存状况影响因素的单因素分析(例)

因素		存活 (n=97)	死亡 (n=21)	P值
性别	男/女	37/60	14/7	<0.05
年龄	<50岁/50~59岁/≥60岁	20/30/47	8/5/8	>0.05
吸烟史	有/否	31/66	15/6	<0.05
术后化疗	无/有	29/68	12/9	<0.05
病理分型	①/②/③/④	80/7/2/8	11/2/6/2	<0.05
淋巴转移	是/无	20/77	14/7	<0.05
肿瘤最大径	≥3cm/<3cm	51/46	16/5	<0.05
分化程度	低/中/高	21/34/42	12/4/5	<0.05
病灶数目	多个/2个/1个	22/75/0	8/13/0	>0.05
位于同一肺叶	是/否	50/47	5/16	<0.05
位于同侧肺叶	是/否	78/19	14/7	>0.05
病理分期	①/②/③/④	28/42/14/13	3/8/4/6	>0.05

注:病理分型①、②、③、④分别为腺癌-腺癌、腺癌-鳞癌、鳞癌-鳞癌、其他类型;病理分期①、②、③、④分别为T_{1a}期、T_{1b}期、T_{1c}期、T_{2a}期及以上

表2 患者生存状况影响因素的多因素分析

因素	HR	95%CI	P值
性别	3.062	0.210~43.289	>0.05
有无吸烟史	0.327	0.119~0.984	<0.05
术后有无化疗	4.964	1.230~20.032	<0.05
病理分型			
腺癌-腺癌	1	-	-
腺癌-鳞癌	0.184	0.035~0.992	<0.05
鳞癌-鳞癌	0.161	0.041~0.794	<0.05
淋巴结是否转移	4.57	1.263~17.413	<0.05
肿瘤最大径	4.025	0.633~26.180	>0.05
分化程度			
高分化	0.125	0.017~0.964	<0.05
中分化	0.603	0.221~1.823	>0.05
低分化	1	-	-
是否位于同一肺叶	5.042	1.349~20.618	<0.05

由表1可见,单因素分析显示患者性别、吸烟、术后有无化疗、病理分型、淋巴结转移、病灶最大径、分化程度、是否在同一肺叶与患者生存状况有关(均P<0.05)。将单因素分析有统计学意义的因素进行多因素分析,由表2可见,吸烟、术后有无化疗、病理分型、淋巴结转

移、分化程度和是否位于同一肺叶是患者生存状况的独立影响因素。

3 讨论

同时性多原发肺癌是一种少见疾病。国外有报道多原发肺癌发病率为5%~6%,同时性肺癌发病率为1.1%~3.1%^[5];国内相关文献显示多原发肺癌发病率为0.5%~1.26%^[6]。近年同时性多原发肺癌发病率不断上升^[7]。临床应提高对同时性多原发肺癌的认知,提高诊断和治疗水平,因此探究同时性多原发肺癌患者生存状况具有临床意义。

本研究结果显示患者3年生存率为92.37%,5年生存率为82.20%,吸烟、术后有无化疗、病理分型、淋巴结转移、是否位于同一肺叶和分化程度是患者生存状况的独立影响因素。吸烟会对患者呼吸系统产生严重损伤,且引起肺癌的主要原因之一就是吸烟(鳞状上皮细胞癌和小细胞未分化癌受到的影响最为严重)。不吸烟人群的肺癌发病风险远低于吸烟人群,大约为吸烟人群的1/13,且不吸烟人群肺癌发病后病死率也比吸烟人群肺癌发病后病死率低10~13倍^[8]。彭岳等^[9]研究也指出术后是否接受化疗也是影响患者预后的因素之一。可能由于鳞癌为中心型肺癌的常见病理类型,不同病理分型患者分期时间不同,鳞癌-鳞癌患者预后较早期发现的周边型原位腺癌及微浸润腺癌差很多^[10],且不同病理类型患者转移程度及治疗敏感度不同,因此导致了患者预后及生存状况的不同。低分化同时性多原发肺癌患者有易早期阴性转移和术后易复发的特点,因此预后较差,而患者病理分期主要为T_{1a}~T_{1b}期,病理分期越高对患者预后影响越大,但不是影响患者生存状况的独立因素,而淋巴结是否转移、病灶是否位于同一肺叶均是影响同时性多原发肺癌患者预后及生存状况的独立危险因素,这与何萍等^[11]研究结果相符。

综上所述,本研究结果显示,同时性多原发肺癌患者5年生存率为82.20%,吸烟、术后有无化疗、病理分型、淋巴结转移、分化程度和是否位于同一肺叶是患者生存状况的独立影响因素。

4 参考文献

- [1] 郑琴,孙依萍,蔡蓉,等.肺内同时性多原发癌的临床诊断与治疗[J].中国呼吸与危重监护杂志,2012,11(6):550-553.
- [2] 陈克终,王迅,杨帆,等.不同影像学表现的多原发肺癌的临床特点及诊疗效果分析[J].中华外科杂志,2015,53(10):731-736. DOI:10.3760/cma.j.issn.0529-5815.2015.10.004.

(下转第1659页)

椎间盘突出症患者具有良好的临床疗效,但对于伴有 Modic II 型改变的患者,其临床疗效相对较差,表明 Modic II 型改变是腰椎间盘突出症患者内镜术后遗留腰痛及功能障碍的原因之一,需在临床工作中引起注意。

综上所述,Modic II 型改变与腰椎间盘突出症内镜术后疗效有密切关系,术前应对 MRI 影像中终板的情况加以考虑并引起重视。当然,本研究也存在随访时间较短,样本数量不大等缺点,期待后续更大样本的研究或进一步实验来证实笔者的观点。

4 参考文献

- [1] El Barzouhi A, Vleggeert-Lankamp CL, Van Der Kallen BF, et al. Back pain's association with vertebral end-plate signal changes in sciatica[J]. Spine J, 2014, 14(2): 225-233. DOI: 10.1016/j.spinee.2013.08.058.
- [2] Jensen OK, Nielsen CV, Sorensen JS, et al. Type 1 Modic changes was a significant risk factor for 1-year outcome in sick-listed low back pain patients: a nested cohort study using magnetic resonance imaging of the lumbar spine[J]. Spine J, 2014, 14(11): 2568-2581. DOI: 10.1016/j.spinee.2014.02.018.
- [3] Modic MT, Masaryk TJ, Ross JS, et al. Imaging of degenerative disk disease[J]. Radiology, 1988, 168(1): 177-186.
- [4] Alvi MA, Kerezoudis P, Wahood W, et al. Operative Approaches for Lumbar Disc Herniation: A Systematic Review and Multiple Treatment Meta-Analysis of Conventional and Minimally Invasive Surgeries[J]. World Neurosurg, 2018, 114: 391-407. DOI: 10.1016/j.wneu.2018.02.156.
- [5] Shen Z, Zhong ZM, Wu Q, et al. Predictors for Poor Outcomes After Percutaneous Endoscopic Lumbar Discectomy: A Retrospective Study of 241 Patients[J]. World Neurosurg, 2019. DOI: 10.1016/j.wneu.2019.02.068. [Epub ahead of print]
- [6] 薛静波,王文军,晏怡果,等. 经皮全脊柱内镜技术治疗腰椎间盘突出症的疗效分析[J]. 中南医学科学杂志, 2017, 45(3): 230-233. DOI: 10.15972/j.cnki.43-1509/r.2017.03.004.
- [7] 贺宪,黄东生,梁安靖,等. 椎体间融合术与单纯髓核摘除术治疗合并 Modic II 型改变的单节段腰椎间盘突出症的疗效比较[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2014, 24(11): 1007-1012. DOI: 10.3969/j.issn.1004-406X.2014.11.09.
- [8] Yaman ME, Kazanci A, Yaman ND, et al. Factors that influence recurrent lumbar disc herniation[J]. Chinese HongKong Med J, 2017, 23(3): 258-263. DOI:10.12809/hkmj164852.
- [9] Hayashi T, Daubs MD, Suzuki A, et al. Motion characteristics and related factors of Modic changes in the lumbar spine[J]. J Neurosurg Spine, 2015, 22(5): 511-517. DOI: 10.3171/2014.10.Spine.14496.
- [10] Weishaupt D, Zanetti M, Hodler J, et al. Painful Lumbar Disk Deformation: Relevance of Endplate Abnormalities at MR Imaging[J]. Radiology, 2001, 218(2): 420-427. DOI: 10.1148/radiology.218.2.r01fe15420.
- [11] Kaapa E, Luoma K, Pitkaniemi J, et al. Correlation of size and type of modic types 1 and 2 lesions with clinical symptoms: a descriptive study in a subgroup of patients with chronic low back pain on the basis of a university hospital patient sample[J]. Spine(Phila Pa 1976), 2012, 37(2): 134-139. DOI: 10.1097/BRS.0b013e3182188a90.

(收稿日期:2019-04-23)

(本文编辑:陈丽)

(上接第 1656 页)

- [3] Xue X, Liu Y, Pan L, et al. Diagnosis of multiple primary lung cancer: A systematic review[J]. The Journal of international medical research, 2013, 41(6): 1779-1787. DOI: 10.1177/0300060513504707.
- [4] 郭海法,毛锋,张辉,等. 同时性多原发肺癌的预后及生存相关因素研究[J]. 中国肺癌杂志, 2017, 20(1): 21-27. DOI: 10.3779/j.issn.1009-3419.2017.01.03.
- [5] Creach KM, Bradley JD, Mahasittiwat P, et al. Stereotactic body radiation therapy in the treatment of multiple primary lung cancers [J]. Radiotherapy and oncology: Journal of the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology, 2012, 104(1): 19-22. DOI: 10.1016/j.radonc.2011.12.005.
- [6] 李营,金波,施建新,等. 41 例可手术多原发肺癌临床分析[J]. 中国癌症杂志, 2014, 23(9): 700-706. DOI: 10.3969/j.issn.1007-3969.2014.09.010.
- [7] 侯晶晶,王慧娟,张国伟,等. 多原发肺癌的诊断与治疗[J]. 中国肺癌杂志, 2015, 17(12): 764-769. DOI: 10.3779/j.issn.1009-3419.2015.12.09.
- [8] 陈茜圆,郑扬阳,黄晓军,等. 116 例青年人肺癌临床及病理特征分析[J]. 浙江医学, 2013, 34(17): 1590-1592, 1598.
- [9] 彭岳,王晖,谢厚耐,等. 同时性多原发肺腺癌的外科治疗及预后[J]. 中国肺癌杂志, 2017, 20(2): 107-113. DOI: 10.3779/j.issn.1009-3419.2017.02.05.
- [10] 肖飞,梁朝阳. 多原发肺癌的诊断治疗及预后判断[J]. 中华胸心血管外科杂志, 2014, 30(8): 499-501, 509. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1001-4497.2014.08.017.
- [11] 何萍,顾霞,关玉宝,等. 同时性多中心原发性肺癌 37 例临床病理分析[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2013, 20(5): 357-360.

(收稿日期:2017-06-30)

(本文编辑:李媚)