

III期非小细胞肺癌治疗指南 同步放化疗为何是“黄金方案”

□ 孙太伟 杜世锁

每年11月是“国际肺癌关注月”，肺癌是全球范围内发病率和死亡率最高的恶性肿瘤之一。在肺癌的浩瀚“战图”中，III期非小细胞肺癌(NSCLC)是一个极其特殊且关键的“战略要地”。

它处于“局部晚期”阶段——这意味着癌症尚未发生远处转移，但又并非早期那样局限，肿瘤可能体积较大，或已侵犯了附近的淋巴结、组织。正是这种“承前启后”的特性，使其成为治愈机遇与复发风险并存的“十字路口”。

而在这场决定命运的战役中，同步放化疗，正是当前全球公认的、不可手术的III期NSCLC患者的标准治疗方案和“黄金选择”。

为何放化疗要“同步”

大量临床研究证实，同步放化疗能显著提高肿瘤的“完全缓解率”。

同步放化疗，是指在同一个时间段内，患者既接受放疗也接受化疗。这绝非简单的“1+1”，而是结合两种治疗手段产生强大的“协同效应”——

一是空间协同：放疗是精准的“局部打击”，化疗是广泛的全身清扫。同步进行，可同时应对局部肿瘤和全身潜在的微转移灶。

二是生物学协同：某些化疗药物（如铂类）是著名的“放射增敏剂”。它们能干扰癌细胞的DNA修复机制，使癌细胞在被射线损伤后更难“复活”，从而大幅提升放疗的杀伤效果。相当于先用化疗给癌细胞“下毒”使其虚弱，再用放疗进行“精准狙杀”，效果更好。

三是时间协同：在肿瘤细胞未被反复治疗筛选出耐药性前，给予最强烈的一击，防止其治疗间隙恶化。

大量临床研究证实，同步放化疗能显著提高肿瘤的“完全缓解率”，并带来更长的生存时间和更高的治愈机会。因此，对于身体状况允许[PS(体能状态)评分0-1]的患者，同步放化疗是毋庸置疑的首选。

哪些患者适合同步放化疗

治疗方案由胸外科、放疗科、肿瘤内科等多学科医生共同决定。

并非所有III期NSCLC期患者都适合同步治疗。

对于不能手术的局部晚期肺癌(IIIA、IIIB、IIIC期)患者，能否接受同步放化疗，主要看这几点：

首先是身体状况，这是最关键的——能自己照顾生活、能做些轻体力活动(PS评分0-1分)。要是连日常活动都费劲(PS评分≥2分)，就扛不住同步治疗的强度，得换其他



同步放化疗是当前全球公认的、不可手术的III期非小细胞肺癌患者的标准治疗方案和“黄金选择”。

视觉中国供图

方案。

其次，心、肝、肾、骨髓这些重要器官功能得达标，治疗前会通过血常规、肝肾功能等检查确认身体是否能承受治疗冲击。

另外，肿瘤不能太大，也不能长在脊髓附近这类特殊位置，不然放疗范围太大，风险会很高，得仔细评估。

最后，治疗方案不是由单一科室的医生决定的，而是由胸外科、放疗科、肿瘤内科等多学科医生一起讨论，通过和患者及家属充分沟通后，才能做最终决定。

同步放化疗的全流程

同步放化疗联合免疫巩固治疗将患者的中位生存期提高到前所未有的程度。

准备期(1-2周)：患者需要先做专属体膜固定姿势，保证每次治疗位置一致；再做CT扫描获取三维图像，医生在图上精准圈出肿瘤(要消灭的“敌人”)和脊髓、心脏等正常器官(要保护的“平民”)，物理师用先进技术设计最优照射方案。

治疗期(6-7周)：每周一到周五放疗，共30-33次，每次几分钟，全程无痛；同时搭配化疗，每3-4周一个周期，共2个周期。常用方案为：

依托泊苷+顺铂(EP方案)：经典方案，研究证据最充分。

培美曲塞+顺铂/卡铂：适用于非鳞癌患者。

紫杉醇/多西他赛+卡铂：也是常用选择。

巩固期(治疗后)：对于同步放化疗后疾病未进展的患者，目前的标准是在治疗结束后接受免疫巩固治疗。即使用PD-L1抑制剂(如度伐利尤单抗，俗称“1药”)持续治疗1年。这样能进一步激活人体免疫系统，清除残余癌细胞，显著延长患者的生存期，该疗法已成为新的标准模式。

管理与应对：同步治疗的副作用是叠加的，但绝大多数是可控、可逆

的。主动管理至关重要。

放射性食管炎：最常见挑战。表现为吞咽疼痛、烧灼感。

应对：①饮食调整：立即改为温凉、细软、高蛋白高热量的流质/半流质食物(营养奶昔、肉汤、粥、酸奶)。忌辛辣、坚硬、过烫食物。②药物支持：使用止痛药(从口服到贴剂直至静脉)、黏膜保护剂。③营养支持：若进食困难，切勿犹豫使用肠内营养制剂，甚至鼻饲管，这是保障治疗完成的生命线。

放射性肺炎：最需警惕的副作用。可能发生在治疗中或治疗后数月，表现为干咳、发热、气短。

应对：治疗期间密切监测。一旦出现症状，需立即告知医生，通过影像学检查确诊，并及时使用糖皮质激素治疗。

骨髓抑制：化疗可能让白细胞、血小板、血红蛋白下降，这时候要定期复查血常规。可以用升白针预防感染，必要时输血或用升血小板的药物。

应对：定期复查血常规。使用升白针预防感染，必要时输血或使用升血小板药物。

疲劳乏力：几乎所有人都会经历。保证休息的同时，进行如散步等轻度活动有助于缓解。

皮肤反应：照射区域皮肤可能发红、干燥、脱屑，只要保持干燥清洁，用医生推荐的药膏就行。

恶心呕吐：现在的止吐方案效果很好，化疗前提前用就能预防。

总之，多和医疗团队坦诚沟通、及时说说自己的情况就好。他们有不少应对办法，能帮患者更平稳地熬过这段治疗期。III期NSCLC的治疗目标依然是“临床治愈”。同步放化疗联合免疫巩固治疗将患者的中位生存期提高到前所未有的程度，让更多患者获得了长期生存甚至治愈的机会。

(作者孙太伟系复旦大学附属中山医院放疗科主治医师，杜世锁系复旦大学附属中山医院放疗科主任医师)

10月27日，在国家卫生健康委新闻发布会上，针对“霜降后每天泡脚需泡到出汗才到位”的热门说法，中国中医科学院西苑医院主任医师孙林娟给出了科学解答，明确该说法“只对一半”，不当泡脚反而可能暗藏健康风险。

孙林娟表示，泡脚确实是广受认可的养生方式，通过刺激足部经络、促进局部血液循环，能为体质虚寒、手足发凉人群带来明显温暖感。但“泡到大汗淋漓”的标准，对中老年人等群体并不适用，反而存在健康隐患。

“秋冬季节阳气本应内敛，强行泡出大汗会导致毛孔开泄、阳气外散。”孙林娟解释，不少人泡到大汗后出现疲乏、心悸、头晕，甚至更容易感冒，根源就在于此。她强调，正确的泡脚状态是“身暖微潮”——全身温暖舒适，背部、头部仅微微出汗，无汗珠流下；水温建议控制在37-40℃，时间以15-20分钟为宜，以身体舒适度为度。

此外，孙林娟特别提醒，并非所有人都适合泡脚，部分人群需格外注意方式方法。

糖尿病患者：因常合并下肢周围神经、血管病变，对温度感知迟钝，易因水温不当引发烫伤，进而导致感染、坏疽等难以愈合的问题。建议用温度计精准测量水温(37-40℃)，避免用手感知，泡脚时间不超过10分钟。

下肢静脉曲张患者：热水会使曲张血管进一步扩张，加重血液淤滞，影响病情控制。若确需泡脚，需用温度计确认水温(37-40℃)，泡后可抬高患肢，促进血液回流。

严重高血压、冠心病、脑血管狭窄患者：热水会导致下肢血管扩张、血液淤滞，减少回心血量，造成心、脑等重要脏器供血不足，可能诱发心绞痛、心肌缺血、缺血性脑血管病。建议水温严格控制在40℃以内，泡脚时间不超过10分钟，且水位不宜过小腿。

孙林娟提醒，泡脚虽好，但需遵循科学方法，只有根据自身健康状况调整，才能真正收获养生益处。

□ 科普时报记者 史诗

泡脚泡到出汗才算养生？



AI制图