

# 乳腺癌脑转移不是“世界末日”

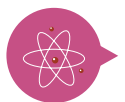
复旦大学附属肿瘤医院放疗科 杨昭志

乳腺癌是最常见的女性肿瘤，脑转移是乳腺癌的严重并发症之一。脑转移一旦发生，一些患者可能会出现严重的并发症甚至危及生命。患者也因此丧失了治疗信心，有的放弃了治疗。其实，很多脑转移患者的预后并不差，规范合理的多学科治疗是最佳疗效的保障，而患者和家属的信心和依从性是治疗的必备条件。

先说 1 个病例，2016 年 3 月我接诊了 1 位年轻的乳腺癌脑转移患者，当时她才 33 岁，有 1 个 6 岁的女儿。该患者 2014 年首次确诊乳腺癌，经治疗后病情稳定，2 年后因为突发的头痛就诊，经磁共振检查发现了右侧颅脑顶叶 1 个单发的病灶，在外院神经外科进行了肿瘤切除。术后转诊来到我院，她表现得非常焦虑：“医生，我就希望看到我女儿进小学，请你救救我”。针对她的病情，我们做了术后残

腔的立体定向放射治疗（SRT）。2018 年患者再次出现了颅内复发，我们再做了一次 SRT 治疗。之后，患者病情一直稳定，2020 年患者带着女儿去北京登长城。

在临床工作中，经常听病人或家属问“我已经脑转移了，还能活多久？”、“听说全脑放疗后人也会变傻”等悲观的问题，甚至很多基层的医生也持有这样的观点。其实，每个脑转移患者的病情可能不同，脑转移也并不意味着不可治疗以及末日的来临。现代医学的发展突飞猛进，放射治疗越来越精准，新药也层出不穷，脑转移的治疗发生了巨大的改变。作为每年治疗超过 100 例脑转移患者的医生，在这里结合国内外以及我们自己的数据来揭开脑转移的预后真相以及规范合理的治疗和注意事项。



## 一、多学科治疗模式是脑转移最佳疗效的保障

过去脑内转移灶的治疗主要依靠局部治疗包括手术和放疗，或者两者联合治疗。常见的化疗药物以及大分子药物不能顺利进入脑

组织或者在脑组织内的药物浓度偏低。地塞米松和甘露醇仅能够起到脱水降颅压的对症治疗作用。而近 10 年，随着新的药物，如靶

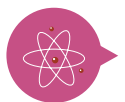
向酪氨酸激酶受体抑制剂（TKI）类药物、抗体偶联的靶向药物（ADC）、免疫检查点抑制剂和细胞周期抑制剂（CDK4/6）等药物的出现，乳腺癌脑转移的治疗格局也逐渐发生了改变。通过多学科团队的合作，患者能够获得最佳的疗效。

1. 手术。脑外科手术通常用于单发病灶，或者患者有头痛，恶心，呕吐，癫痫发作或者肢体肌力下降等症状需要手术减压。通常需要且能够进行手术的患者占脑转移患者的15%~20%。

2. 放射治疗。上世纪80年代以来，全脑放疗成为脑转移癌的最基本的治疗方式之一。然而，随着患者生存时间的延长，考虑到全脑放疗对认知功能、记忆力以及行动执行能力的影响，全脑放疗的应用在逐渐下降。根据我院的数据，2015年以前超过80%的患者接受全脑放疗，而2015年以后则下降到了40%左右。针对病灶局部照射的SRT由于照射范围小、剂量高、照射次数少（仅需1~5次）、局部肿瘤控制率高（2年的局部控制率为80%）以及对认知功能影响小而广泛被采用。这种治疗

方式根据不同的机器或者实现方式常常被称为“刀”，如伽马刀、X刀、赛博刀、速锋刀等。甚至多于4个病灶的患者，也可以用SRT治疗获得很好的控制。此外，针对病灶转移数较多的患者，全脑放疗技术也有很大的发展，部分患者通过保护海马全脑放疗（WBRT-HA）和口服美金刚的药物可以大大降低全脑放疗对认知功能、记忆的影响。总之，放射治疗技术的进步让不良反应明显减轻。

3. 药物治疗。HER2阳性的患者已经有了很多药物如小分子的TKI类药物拉帕替尼、吡咯替尼、图卡替尼。这些药物联合卡培他滨治疗，患者中位无进展生存（PFS）可以达到5.5~11个月。而根据我们自己的临床研究数据，放疗联合吡咯替尼中位PFS可以达到18个月。新的ADC类药物德曲妥珠单抗目前也显示出了强大的中枢神经系统抗肿瘤作用，中位PFS可以达到17个月。在三阴性乳腺癌患者中，免疫检查点抑制剂帕博丽珠单抗等也证明了对脑转移有效。雌激素受体阳性患者采用细胞周期靶向抑制剂的内分泌治疗也明显延长了激素受体阳性患者的生存时间。



## 二、医生、家属和患者携手同行

一些患者的脑转移症状表现为突然的头痛、呕吐、手或腿短暂的抽搐或者一侧上肢或者下肢无力、一侧视力模糊或者下降，说话表达不清等症状。当然，也有的患者没有任何症状。乳腺癌患者的家属以及本人平时

如果发现这些症状，需要警惕。建议及时就诊，先行脑CT或者磁共振检查，以免延误病情。患者确诊脑转移无论对家属还是对本人从心理上可能都像是一颗定时炸弹。患者从无法接受、惊慌失措，忧郁焦虑到逐渐接受都需

要一个过程。家属需要关心爱护以及耐心帮助患者，树立坚定的治疗信心。相信通过医生，

患者以及家属的共同努力，患者一定能够获得最佳的治疗效果。



### 三、治疗后的随访和生活质量评估

脑转移患者在治疗后都需要每 2~3 个月随访脑 MRI。大约一半的患者会在 1 年内出现颅内复发。通过随访 MRI，可以及时发现病灶，及时给与相应的治疗。其中有一些患者通过再次放疗或者多线的药物治疗可以获得长期生存的机会。在脑转移治疗后，我们也可以做好认知、记忆等功能评估，根据国外和我们自己的

研究，做 SRT 的患者对功能影响相对较小，部分患者仍都能够继续从事以前的工作。而接受传统的全脑放疗可能会有 20%~30% 患者出现一定程度的记忆和认知功能轻度下降，但绝大部分患者并不会“变傻”到影响生活自理能力。实际上有一部分患者，特别是存活超过 1 年以上的患者，认知功能可能还会有所恢复。



### 四、康复锻炼与饮食

治疗后全身一般情况好的患者，依然可以从事日常工作和家务劳动。有的患者可能因为肿瘤位于功能区，导致一侧肢体肌力下降、走路不稳等不良情况，治疗后需要康复治疗师帮助改善他们的力量、行走和平衡能力。有些患者如果评估后出现注意力、记忆力和认知能力下降，可以考虑请认知康复专家指导康复，通过保留日历、提醒小工具来应对记忆力减退。

在放疗或者药物治疗期间，应尽可能清淡饮食。而在治疗间歇期，需要加强营养，多进

食优质蛋白，如肉类，鱼虾，牛奶等，患者可以根据自己的饮食爱好做到营养全面均衡。

总之，当乳腺癌患者不幸发生了脑转移，并不意味着她的世界末日。千万不要丧失信心，放弃治疗。随着越来越多的治疗进展，通过我们合理规范的多学科综合治疗，以及家属的关爱和患者的配合，很多患者能够收获超过预期的疗效。乳腺癌脑转移患者不应该失去治疗的信心，保持积极乐观的心态，配合治疗，仍有可能在不影响生活质量的情况下获得更长的生存期。