

· 药物与临床 ·

分析洛铂联合吡柔比星介入治疗原发性肝癌的临床疗效

徐刚

(江苏省宿迁市沭阳县中心医院, 江苏 宿迁)

摘要: **目的** 研讨原发性肝癌患者使用洛铂配合吡柔比星方案介入治疗的临床价值。**方法** 本实验抽选我院 2014 年至 2018 年收治的 60 例原发性肝癌患者作为观察对象, 按随机数表法将患者划入两组, I 组 ($n=30$) 接受顺铂 + 吡柔比星方案介入治疗, II 组 ($n=30$) 接受洛铂 + 吡柔比星方案治疗, 对比评估两组的临床疗效、存活时间及用药安全性。**结果** II 组治疗有效率优于 I 组, 数据比较有统计学意义 ($P<0.05$); 两组疾病控制率相当, 两数据比较无统计学意义 ($P>0.05$); II 组的平均存活时间为 (21.48 ± 2.13) 个月, 相比 I 组的 (17.08 ± 1.97) 个月显著延长, 比较有统计学意义 ($P<0.05$); 两组在骨髓抑制、神经感觉异常发生率上的对比, 无统计学意义 ($P>0.05$); 在胃肠道反应、肝肾功能异常发生率方面的对比, II 组明显低于 I 组, 比较有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论** 对原发性肝癌患者使用洛铂配合吡柔比星方案介入治疗有确切的疗效, 且方案毒副反应较轻, 对延长患者的存活时间有明显帮助, 值得推荐。

关键词: 原发性肝癌; 洛铂; 吡柔比星; 介入治疗

中图分类号: R735.7

文献标识码: B

DOI: 10.19613/j.cnki.1671-3141.2018.77.083

本文引用格式: 徐刚. 分析洛铂联合吡柔比星介入治疗原发性肝癌的临床疗效 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(77): 112-113.

0 引言

原发性肝癌 (Primary Liver Cancer) 在我国的罹患率仅次于肺癌^[1]。根据病理类型划分, 其一般包括肝细胞癌、肝内胆管细胞癌及混合型癌 3 种, 其中又以肝细胞癌居多, 在所有原发性肝癌中占比超过 90%^[2]。肝动脉化疗栓塞术是目前临床上治疗无手术时机肝癌的最佳治疗方法, 但所选化疗药物不同, 其疗效也会受到明显的影响。本文中, 笔者采取洛铂 + 吡柔比星方案对部分原发性肝癌患者进行介入治疗, 取得的效果较理想, 现作如下表述。

1 资料与方法

1.1 病例资料

将 2014 年至 2018 年在我院接受系统检查并确诊的 60 例原发性肝癌患者资料作为研究对象, 并接受 TACE 治疗。其中男性 33 例, 女性 27 例, 年龄 34~71 岁, 平均 (56.8 ± 7.6) 岁。入选患者均无明显的心肺功能异常, 对碘无过敏性, 且 KPS 评估值 ≥ 70 分, 肝功能 Child 评级超过 B 级, 预计存活期 ≥ 3 个月。采用双盲分组方法将患者划入两组, I、II 组均 30 例, 两组各基本信息均无统计学意义 ($P>0.05$), 具有研究可比性。

1.2 治疗方法

实施改良 Seldinger 方法, 经股动脉穿刺后置入 5FRH 肝管选择性插管至肝总动脉行 DSA 造影, 以明确瘤体大小、数目、部位及供血动脉等, 必要时行膈动脉、肠系膜上动脉造影寻找异位供血动脉。对伴有肝动脉-门静脉瘘或肝动脉-肝静脉瘘者, 需使用明胶海绵颗粒或者无水酒精封闭瘘口。明确肿瘤供血动脉后, 经 RH 肝管置入 3F 微导管, 在微导丝

引导下超选择性插管至肿瘤供血动脉主干内。根据不同介入治疗方案给予相应的化疗药物缓慢灌注, 其中 I 组接受顺铂 + 5-氟尿嘧啶灌注化疗, 然后超液化碘油 + 吡柔比星混合制成乳剂栓塞肿瘤血管。II 组使用 5-氟尿嘧啶灌注化疗, 然后洛铂 + 吡柔比星 + 超液化碘油混合制作乳剂进行栓塞肿瘤血管, 两组均在碘油乳剂栓塞至肿瘤的供血动脉内碘油明显停滞不前时, 再通过导管注入适量的明胶海绵颗粒以栓塞肿瘤供血动脉的近心端。术后按常规标准给予止酸剂、水化及胃黏膜保护剂等使用和处理。

1.3 评估项目

记录两组的平均存活时间, 同时以世界卫生组织 (WHO) 发行的实体瘤疗效评估标准、抗癌药急性与亚急性毒性表现及分级标准为参照, 评估两组的介入治疗疗效与副反应发生情况。前者包括完全缓解 (CR)、部分缓解 (PR)、病情稳定 (SD) 与进展 (PD) 4 项, 由前 2 项计算疾病控制率, 由前 3 项计算总有效率; 后者主要记录骨髓抑制、神经感觉异常、肝肾功能异常与胃肠道反应的发生率。

1.4 统计学方法

采用 SPSS20.0 软件作统计学分析, 其中计数 (或计量) 数据的检验由 χ^2 (或 t) 执行, 采取率 [或 (均数 $\pm$ 标准差)] 表述, $P<0.05$ 提示数据有统计学意义。

2 结果

2.1 两组方案对介入治疗疗效的影响

II 组相比 I 组在总有效率方面显著提升, 比较有统计学意义 ($P<0.05$), 但疾病控制率相比, 两组差异无统计学意义 ($P>0.05$), 见表 1。

表 1 两组方案对介入治疗疗效的影响 [n(%)]

组别	CR	PR	SD	PD	疾病控制率	总有效
I 组 ($n=30$)	0 (0)	6 (20.0)	18 (60.0)	6 (20.0)	6 (20.0)	24 (80.0)
II 组 ($n=30$)	1 (3.3)	8 (26.7)	20 (66.7)	1 (3.3)	9 (30.0)	29 (96.7)

2.2 两组方案对患者存活时间的影响

II 组的平均存活时间为 (21.48 ± 2.13) 个月, 相比 I 组的 (17.08 ± 1.97) 个月显著延长, 比较有统计学意义 ($P<0.05$)。

2.3 两组方案对介入治疗安全性的影响

两组在骨髓抑制、神经感觉异常发生率上的对比, 无统计学意义 ($P>0.05$), 在胃肠道反应、肝肾功能异常发生率方面的对比, II 组明显低于 I 组, 比较有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 2。

3 讨论

TACE 是目前国际临床针对无法实施手术切除的原发性

肝癌患者提出的一种有效治疗手段, 其中化疗方案则常以蒽环类联合铂类药物作为首选。该类化疗药物对延长患者的存活时间有明显的效果, 但其同时也带来了各种毒副反应, 不仅会加重影响患者的身心健康, 部分患者甚至可能不耐受而延后治疗或中断治疗。因此, 如何在保障 TACE 疗效的同时, 尽可能减少各种毒副反应的发生, 成为了当前临床学者广为热议的课题之一。

顺铂 + 蒽环类化疗药物是 TACE 治疗方案中较理想也较常用的一种, 但药效的发挥与所用药物浓度呈正相关, 若增加剂量用药, 往往会对肾脏、消化道等造成明显的毒性, 因此

表 2 两组方案对介入治疗安全性的影响 (n, %)

组别	副反应程度	骨髓抑制	神经感觉异常	肝肾功能异常	胃肠道反应
I 组 (n=30)	0 级	23	21	25	17
	1~2 级	6	6	4	8
	3~4 级	1	3	1	5
	发生率	23.3	30.0	16.7	43.3
II 组 (n=30)	0 级	25	23	29	25
	1~2 级	5	5	1	4
	3~4 级	0	2	0	1
	发生率	16.7	23.3	3.3	16.7

一般不推荐高剂量用药^[3]。

吡柔比星是一种半合成蒽环类药物,给药后能够迅速与 DNA 聚合酶产生作用,使核酸形成过程受阻,进而抑制细胞的增殖及分裂,由此发挥治疗的目的。洛铂作为第三代铂类药物,其肾毒性相对较低,并且能够明显减少恶心、呕吐等胃肠道反应的发生,用药安全性相对有保障。同时,本品的溶解度也较好,能够较长时间维持较高的血药浓度,并可诱导细胞凋亡,对细胞周期起调控作用。据相关资料介绍,本品相比顺铂也具有较强的细胞毒作用,且二者之间无交叉耐药性,故目前临床多推荐采取含洛铂的 TACE 方案对原发性肝癌患者进行治疗。刘德华等^[4]研究对 156 例中晚期原发性肝癌患者进行随机对照试验与分析,指出患者经含洛铂方案治疗后的有效率可达 65.6%,并且患者的中位生存期明显长于非含洛铂方案治疗组。

本组实验显示,两组患者在接受相应化疗方案介入治疗后,患者的疾病控制率基本相当,Ⅰ组为 20.0%,Ⅱ组为 30.0%;但在总有效率上,Ⅱ组提高至 96.7%,并且平均存活时间明显延长,相对Ⅰ组均更占优势,提示对原发性肝癌患

者联合使用洛铂与吡柔比星治疗是完全可行的,能够让患者获得更为良好的预后。同时,在肝肾功能异常、胃肠道反应方面,Ⅱ组的发生率相比Ⅰ组也明显降低,提示该化疗方案有较高的安全系数,对改善患者预后也更有帮助,符合上述资料观点。

综上所述,对原发性肝癌患者使用洛铂配合吡柔比星方案介入治疗有确切的疗效,且方案毒副反应较轻,对延长患者的存活时间有明显帮助,值得推荐。

参考文献

[1] 林小兰,余辉,刘灵修.雷替曲塞介入治疗中晚期原发性肝癌的疗效及安全性分析[J].海峡药学,2017,9(10):128-130.

[2] 范群,伍尤华,伍小平,等.洛铂肝动脉化疗栓塞术治疗原发性肝癌的临床分析[J].医学理论与实践,2017,30(24):3653-3654.

[3] 谷顺通,李维颜,卢兰涛,等.TACE 联合碘油吡柔比星乳剂对原发性肝癌的疗效分析[J].重庆医学,2018,9(7):984-986.

[4] 刘德华,魏红.含洛铂方案 TACE 治疗中晚期原发性肝癌的临床观察[J].中国保健营养旬刊,2013,23(6):253-254.