

# 胰腺癌切除术后吉西他滨辅助化疗 疗效观察

王广征

(聊城市传染病医院, 山东聊城 252000)

**摘要:**目的 观察胰腺癌术后吉西他滨辅助化疗的疗效。**方法** 胰腺癌切除术后患者 120例, 随机分为观察组和对照组各 60例。观察组给予吉西他滨化疗, 对照组未给予化疗。**结果** 观察组化疗后血清肿瘤标志物水平显著降低, 疼痛明显缓解。观察组中位生存期为 19.5个月, 1、2、3 a生存率分别为 72.1%、30.3%和 8.2%; 对照组分别为 11个月和 43.0%、19.2%和 4.1%; 两组比较 P均<0.05。**结论** 胰腺癌切除术后采用吉西他滨辅助化疗, 有助于延长生存期, 改善疾病相关症状。

**关键词:** 胰腺肿瘤; 胰腺癌; 吉西他滨; 药物疗法  
**中图分类号:** R735.9   **文献标志码:** B   **文章编号:** 1002-266X(2009)38-0095-02

胰腺癌早期诊断困难、手术切除率低、预后差。2005年 6月~2008年 6月, 我们在 60例胰腺癌患者切除术后给予吉西他滨辅助化疗, 效果满意。现报告如下。

## 1 资料与方法

1.1 临床资料 120例胰腺癌切除术后患者, 男 70例, 女 50例; 年龄 36~76岁。其中胰头癌 82例, 行胰头十二指肠切除术; 胰体尾部癌 25例, 行胰体尾部切除, 加或不加脾切除术; 全胰癌 13例, 行全胰加脾切除术。全部病例均经术后病理证实, 其中腺癌 88例, 黏液癌 32例。TNM分期Ⅰ期 9例、Ⅱ期 13例、Ⅲ期 32例、Ⅳ期 66例。随机分为观察组和对照组, 各 60例。

1.2 术后辅助化疗方法 观察组术后即行吉西他滨单药化疗, 每 4周 1个疗程, 每疗程第 1、8、15天按 1 000 mg/m<sup>2</sup> 给药, 静滴 30 min 共 6个疗程。对照组不予化疗。

1.3 化疗效果评定 ①疼痛: 通过简单目测划线法测定患者腹部和腰背部疼痛程度。0分表示无痛; 1~3分表示轻度疼痛, 但不影响睡眠; 4~6分表

示中等程度疼痛, 疼痛妨碍睡眠且需服止痛药; 7~10分表示疼痛严重干扰睡眠和伴植物神经功能或强迫体位, 需服止痛药。②肿瘤标志物: 采用生物芯片检测仪和 C-12多肿瘤标志物蛋白芯片诊断试剂盒检测两组患者手术后第 1次化疗前(术后 1个月)和第 1次化疗后 1个月血清 CA19-9、CA50、CA125、CA242水平。操作按试剂盒说明书进行。③生存期: 以手术日期作为开始观察日期, 计算所有患者的生存时间, 并统计根治性切除组和姑息性手术组 1、2、3 a的生存率(寿命表法)<sup>[1]</sup>。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 10.0软件统计软件。数据用  $\bar{x} \pm s$ 表示。数据比较采用配对 t检验。P≤0.05为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 疼痛程度 观察组术后有腰背部疼痛, 其中轻度 5例、中度 30例和重度 10例。36例在第 1次化疗后的第 1~2天即有疼痛缓解。对照组疼痛无缓解。

2.2 肿瘤标志物 两组患者化疗前后血清 CA19-9、CA50、CA125、CA242见表 1。

表 1 两组化疗前后血清 CA19-9、CA50、CA125、CA242水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | n  | CA19-9(U/ml)   | CA50(U/ml)   | CA125(U/ml)  | CA242(U/ml)  |
|-----|----|----------------|--------------|--------------|--------------|
| 观察组 | 60 |                |              |              |              |
| 化疗前 |    | 396.04±431.45  | 99.46±64.73  | 72.42±55.65  | 42.44±32.60  |
| 化疗后 |    | 285.31±265.40* | 61.60±34.35* | 42.60±41.35* | 21.90±22.12* |
| 对照组 | 60 | 370.06±412.42  | 91.41±45.71  | 67.45±52.61  | 38.40±31.62  |

注: 与化疗前和对照组相比, \* P<0.05  
2.3 生存期 观察组中位生存期为 19.5个月, 1、2、3 a生存率分别为 72.1%、30.3%和 8.2%; 对照组分别为 11个月和 43.0%、19.2%、4.1%。两组以上指标相比, P均<0.05。

## 3 讨论

目前根治性手术切除仍是胰腺癌的常规治疗措

施,但 5 a生存率仅约 5%,预后极差<sup>[2]</sup>。文献报道<sup>[3~5]</sup>,胰腺癌切除术后采用吉西他滨辅助化疗显著延长了肿瘤复发时间。研究中观察组中位生存期达 19.5 个月,1、2、3 a生存率分别为 72.1%、30.3%和 8.2%。与对照组比较明显延长了生存期( $P<0.05$ )。

由于胰管的机械性梗阻、胰腺细胞的失极性和早期的血管受侵,胰腺癌患者血清分泌某些特定的黏蛋白水平有升高趋势。有研究发现<sup>[5,6]</sup>,血清 CA19-9、CA50、CA125和 CA242对胰腺癌有一定的诊断价值,血清肿瘤标志物水平的监测可评价化疗方案的效果和疾病进展。手术切除可引起血清上述肿瘤标志物水平下降,说明肿瘤标志物水平与肿瘤相关。本研究结果显示,血清水平观察组化疗后明显低于化疗前和对照组,亦证明吉西他滨辅助化疗

是胰腺癌切除术后的有效辅助治疗方法。

参考文献:

[1] 景钊,南克俊,张晓战,等.晚期胰腺癌全身化疗的疗效观察.癌症,2004,23(4):439-442.  
[2] 王伟艺.预防胰腺癌根治术后复发的治疗进展[J].外科理论与实践 2009,14(1):118-122.  
[3] 楼文晖.根治性胰腺癌切除术后吉西他滨辅助化疗的随机对照临床研究[J].中华医学杂志,2007,87(22):1544.  
[4] Beger HG, Gansauge F, Buchler MW, et al. Intraarterial adjuvant chemotherapy after pancreaticoduodenectomy for pancreatic cancer: significant reduction in occurrence of liver metastasis[J]. World J Surg 1999, 23(9): 946-949.  
[5] Papachristou E, Link KH, Schoenberg MH. Regional celiac artery infusion in the adjuvant treatment of pancreatic cancer[J]. Anticancer Res 2003, 23(2A): 831-834.  
[6] 徐近,倪泉兴,傅德良,等.胰腺癌术后介入化疗作用的探讨[J].中国实用外科杂志 2004, 24(5):285-287.

(收稿日期:2009-07-25)

• 经验交流 •

窄谱中波紫外线联合更昔洛韦治疗带状疱疹 34例报告

司晓青<sup>1</sup>,马国明<sup>1</sup>,高敏虹<sup>1</sup>,马静霖<sup>1</sup>,孙晓慧<sup>1</sup>  
(山东省千佛山医院,济南 250014)

2007年 4月~2008年 5月,我们采用更昔洛韦联合窄谱中波紫外线(NB-UVB)治疗带状疱疹 34例,疗效满意。现报告如下。

临床资料:68例带状疱疹患者,男 35例,女 33例;年龄 16~65岁。病程均在 1周内;未用抗病毒药,无肝、肾疾患,无白内障、光过敏病史。随机分为治疗组和对照组各 34例。

治疗方法:治疗组采用窄谱紫外线光疗仪治疗,波长 311 nm,按光疗仪使用说明操作。平均最小红斑量(MED)为 500 mJ/cm<sup>2</sup>。Fitzpatrick-Patthak皮肤分型Ⅲ~Ⅳ型患者初始剂量为 0.36 J/cm<sup>2</sup>,以后每次增加 20%的照射剂量,隔日照射 1次,照射 5次为 1疗程。同时用更昔洛韦 5 mg/(kg·d)静滴,1次/d共 7 d。对照组仅给予更昔洛韦静滴,用法同上。记录并比较两组水泡结痂时间、疼痛缓解时间、疼痛基本消失时间。

结果:治疗组疼痛缓解时间(2.801±1.034)d,水泡结痂时间(4.628±1.427)d,疼痛基本消失时间(7.996±2.783)d,对照组分别为(3.449±1.281)、(5.924±2.786)、(9.837±3.248)d,两组以上指标相比,P均<0.05。治疗组有 1例出现轻度红斑反应,表现为照射部位皮肤轻度水肿性红斑、灼热感,无水疱,3~5 h可自行消退,不影响继续治疗。两组静滴更昔洛韦注射液后,治疗组 1例、对照组 2例出现轻度胃肠道反应,但均能完成治疗。

讨论:更昔洛韦是一种 2脱氧鸟嘌呤核苷酸的类似物,

通过直接参入病毒 DNA链而阻止其延长,或通过竞争性抑制 DNA聚合酶而抑制病毒 DNA合成,在体内可抑制巨细胞病毒、水痘一带状疱疹病毒、单纯疱疹病毒、EB病毒的复制,是一种广谱抗 DNA病毒药物,能减少或避免病毒在神经节内的潜伏,对突变病毒株亦有极强的杀灭作用。更昔洛韦在感染细胞内浓度可以高于非感染细胞的 100倍,与蛋白结合率 1%~2%,主要以原形经肾排出,且在感染细胞内半衰期 18 h以上,易透过血脑屏障,起效迅速,疗效显著,安全性好,已被广泛用于预防和治疗巨细胞病毒感染和疱疹病毒感染等。

NB-UVB是波谱非常窄的中波紫外线,它避开 DNA吸收峰值,不易引起 DNA突变,从而降低了致癌性,提高了临床应用的安全性。NB-UVB能够透过真皮并在不导致皮肤灼伤的情况下释放出治疗所需能量,引起真皮中大量 T细胞凋亡,抑制朗格汉斯细胞的抗原提呈功能,明显抑制淋巴细胞增殖,抑制前炎症细胞因子 IL-12、TNF-α表达,其生物学作用强,能减轻炎症反应,可加速受损皮肤的修复和愈合,有促进炎症渗出吸收、疱疹消退、止痛的作用。

本研究结果显示,更昔洛韦与 NB-UVB联合应用治疗带状疱疹,患者疼痛缓解时间、疼痛基本消失时间、水泡结痂时间均比单用更昔洛韦时明显缩短,说明更昔洛韦与 NB-UVB联合治疗带状疱疹具有起效快、疗效好、缩短病程明显等优点,值得临床推广、应用。

(收稿日期:2009-08-17)