

急性髓性白血病采用大剂量阿糖胞苷强化治疗的临床观察

王英洁

第四军医大学西京医院 陕西西安 710032

【摘要】目的 探究大剂量阿糖胞苷强化治疗急性髓性白血病的临床疗效。**方法** 将在我院于 2015 年 1 月-2016 年 1 月接受治疗的 86 例急性髓性白血病患者纳入研究,以数学领域盲选法为依据将患者分成 2 组,各 43 例;对照组患者给予常规治疗,观察组患者给予大剂量阿糖胞苷强化治疗,对比两组患者的 5 年内存活率及不良反应发生率。**结果** 在 1 年、2 年、3 年及 5 年存活率指标上,观察组分别为 20.93%、39.53%、53.49%、62.79%,与对照组 0%、11.63%、20.93%、41.86% 相比明显更高,两组数据差异有统计学意义 ($P < 0.05$);在不良反应发生率指标上,观察组 6.98%,与对照组 16.28% 相比明显更低,两组数据差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 在治疗急性髓性白血病患者过程中,给予大剂量阿糖胞苷强化治疗的效果良好,能有效提高患者 5 年内存活率,降低用药不良反应发生率。因此值得在临床实践中推广及使用。

【关键词】 大剂量阿糖胞苷;急性髓性白血病;临床疗效

【中图分类号】 R733.71

【文献标识码】 A

【文章编号】 1674-9561 (2018) 05-070-02

白血病指由于凋亡受阻、分化障碍及增殖失控造成克隆性白血病细胞于骨髓或其他造血组织内大量增殖累积浸润其他非造血组织及器官且抑制正常造血功能的疾病,属于临床常见血液疾病,与病毒因素、化学因素、放射因素及遗传因素存在着密切联系^[1]。按起病缓急,白血病可分为急性白血病及慢性白血病,特别是急性白血病,细胞分化停滞于早期,病情发展迅速,病程较短且致死率高。同时,急性髓性白血病,又称急性粒细胞白血病,英文简称 AML,普遍发于成年人,其骨髓涂片内原始粒细胞数量超过 25%,其临床表现为不同程度的发热、感染、出血、贫血、骨关节疼痛及肝脾淋巴结肿大等临床症状,严重威胁患者生命安全^[2]。鉴于此,本文重点探究大剂量阿糖胞苷强化治疗急性髓性白血病的临床疗效,现将研究结果报告如下:

1 资料与方法

1.1 基本资料

将在我院于 2015 年 1 月-2016 年 1 月接受治疗的 86 例急性髓性白血病患者纳入研究,以数学领域盲选法为依据将患者分成 2 组,各 43 例。其中,对照组 43 例患者中男女比例为 23:20,最小及最大年龄分别为 53 及 21 岁,中位数年龄 (37.1±5.3) 岁;观察组 43 例患者中男女比例为 22:21,最小及最大年龄分别为 52 及 20 岁,中位数年龄 (36.6±5.1) 岁。根据以上各项基本资料可知,两组患者对比不明显 ($P > 0.05$),存在对比研究的价值。两组患者及其家属均知悉此次实验内容,并签署实验同意书。纳入标准:两组患者均符合急性髓性白血病的诊断标准;两组患者均接受诱导治疗 2 疗程后符合完全缓解标准。排除标准:两组患者均不存在严重基础性疾病。

1.2 治疗方法

化疗前期给予两组患者水化或碱化尿液,化疗时给予两组患者营养强化、止吐及保肝治疗,化疗后给予两组患者漱口护理,特别是对于口腔溃疡患者局部涂抹碘甘油。

对照组患者给予常规治疗,即:缓慢静脉注射柔红霉素,每平方米 30 至 40 毫克,连用 3 日,静脉滴注阿糖胞苷,每平方米 100 毫克,连用 7 日;静脉滴注依托泊苷,每平方米 100 毫克,连用 3 日,静脉滴注阿糖胞苷,每平方米 100 毫克,连用 7 日。持续诱导缓解化疗符合完全缓解标准后,再给予柔红霉素、阿糖胞苷及依托泊苷交替治疗,巩固强化 8 个疗程后停止化疗。

观察组患者给予大剂量阿糖胞苷强化治疗,即:静脉滴注大剂量阿糖胞苷,每平方米 200 毫克,每 12 小时 1 次,持续治疗 1 至 3 日后,给予柔红霉素、大剂量阿糖胞苷及依托

泊苷交替治疗,巩固强化 8 个疗程后停止化疗。

1.3 判定标准

统计两组患者 1 年、2 年、3 年及 5 年的存活例数,并且观察两组患者不良反应的发生概况^[3]。

1.4 统计学分析

选取 SPSS18.0 统计学软件对数据加以处理,在计量资料方面,采取 ($\bar{x} \pm s$) 加以表示,本次两组之间数据对比采取 t 进行检验;在计数资料方面,采取百分率 (%) 加以表示,本次两组之间数据对比采取 χ^2 进行检验,如果 P 值低于 0.05,代表两组数据存在显著的差异性,具备统计学价值。

2 结果

2.1 两组患者存活率对比

经对比分析,对照组 1 年存活 18 例,存活率 41.86%,2 年存活 9 例,存活率 20.93%,3 年存活 5 例,存活率 11.63%,5 年存活 0 例,存活率 0%;观察组 1 年存活 27 例,存活率 62.79%,2 年存活 23 例,存活率 53.49%,3 年存活 17 例,存活率 39.53%,5 年存活 9 例,存活率 20.93%。在 1 年、2 年、3 年及 5 年存活率指标上,观察组分别为 20.93%、39.53%、53.49%、62.79%,与对照组 0%、11.63%、20.93%、41.86% 相比明显更高,两组数据差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.2 两组患者不良反应发生率对比

经对比分析,对照组感染 2 例,出血 1 例,肝肾功能损伤 1 例,骨髓抑制 1 例,胃肠道反应 2 例,总发生率为 16.28%;观察组感染 1 例,出血 1 例,肝肾功能损伤 0 例,骨髓抑制 0 例,胃肠道反应 1 例,总发生率 6.98%。在不良反应发生率指标上,观察组 6.98%,与对照组 16.28% 相比明显更低,两组数据差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 讨论

白血病属于临床常见血液疾病,尚不存在确切的病理机制,与病毒因素、化学因素、放射因素及遗传因素存在着密切联系,特别是化学因素,以苯为例,长期大量接触苯及衍生物人群的白血病发生率高于普通人群,并且一部分抗肿瘤细胞毒药物、亚硝胺类物质、氯霉素、保泰松及其衍生物均极易诱发白血病。同时,按起病缓急,白血病可分为急性白血病及慢性白血病,特别是急性白血病,细胞分化停滞于早期,病情发展迅速,病程较短且致死率高^[4]。

从现阶段我国医疗水平来看,治疗急性髓性白血病的方案较为单一,以化疗治疗为主以药物治疗为辅,治疗周期长,治疗成本高。阿糖胞苷属于嘧啶类抗代谢药物,进入人体后经酶磷酸化转为阿糖胞苷二磷酸及三磷酸,阿糖胞苷二磷酸 (下转第 72 页)

· 临床研究 ·

2.2 Scr、 β 2-MG

比较两组患者血清 Scr、 β 2-MG, 治疗前, $P>0.05$, 治疗后, 研究组低于对照组 ($P<0.05$)。详见下表 2:

3 讨论

复杂性肾结石多合并肾脏集合系统感染和结构异常, 临床治疗目的为, 确定科学合理的治疗方式, 清除结石, 降低并发症和复发率, 在解除梗阻的基础上尽量保护肾功能。以往多给予常规手术治疗, 已发展为主要治疗方式, 但因术后多并发症、创伤性大、出血量大, 患者接受程度低。学者徐玉芳^[3]曾纳入 50 例复杂性肾结石患者进行分析, 结果显示, 观察组并发症、出血量等均低于对照组, 结石清除率高于对照组, 提示多通道微创经皮肾镜取石术治疗复杂性肾结石的疗效优于开放手术。近几年来, 因医学技术逐步改进, 经皮肾镜主要通过输尿管及肾盏上段、经皮肾盂的治疗。和传统开放手术比较, 经皮肾镜技术可在直视下进行碎石取石, 且可随时停止操作。较为适合复杂肾结石和铸型结石等, 结石直径 $>2.5\text{cm}$ 者。

本研究中纳入 80 例复杂性肾结石患者分组讨论, 结果显示, 研究组手术时间、出血量、切口大小、下床时间、住院时间、血清 Scr、 β 2-MG 均低于对照组, 结石清除率高于对照组, 提示, 多通道微创经皮肾镜取石术比开放手术更具应用价值。且研究结果与以往报道结果相符^[4]。微创理念逐步民众生活和临床上得到普及, 且将其广泛应用于疾病治疗中, 手术切

口小, 筋膜扩张小, 有利于降低出血量, 且患者肾脏不受影响, 术后恢复速度快。成功建立经皮肾碎石通道属于多通道微创经皮肾镜取石术顺利实施的关键, 所以, 在选择穿刺点和穿刺肾盏时则需充分考虑是否可清晰观察肾内各盏和肾盂状况, 以便置管。

此外, 为降低并发症, 术前需做好各项准备, 给予 CT 或 KUB 检查, 合理确定穿刺位置, 并全面评估结石分布和数量、体积, 以及肾盏形态等, 确保肾盂与输尿管交界处于同一水平。并可建造人工“肾积水”, 提升穿刺率。但本研究因研讨时间等因素局限, 未探讨到手术治疗安全性, 此后可深入分析此点。综上, 多通道微创经皮肾镜取石术治疗复杂性肾结石, 安全且高效, 术后恢复速度快, 值得推广。

【参考文献】

- [1] 田河, 张于, 林繁录, 等. 单通道微创经皮肾镜取石术治疗复杂性肾结石的疗效及其对性功能影响分析 [J]. 中国性科学, 2017, 26(10):19-21.
- [2] 《泌尿外科杂志》编辑部. 泌尿系结石诊治指南解读 (二): 肾结石治疗 [J]. 泌尿外科杂志 (电子版), 2012, 4(1):46-48.
- [3] 徐玉芳. 多通道微创经皮肾镜取石术与传统开放手术对复杂性肾结石的疗效对比 [J]. 现代医学, 2015(8):1036-1039.
- [4] 陈立红, 章永坚, 沈晗. 微创经皮肾镜取石术联合 II 期逆行输尿管软镜治疗复杂性肾结石 96 例 [J]. 国际泌尿系统杂志, 2016, 36(3):321-323.

(上接第 68 页)

患者缩短康复时间有着积极的意义, 于临床中推广应用的意义较为深远。

【参考文献】

- [1] 刘星宝. 腹腔镜微创技术、开腹手术对急性结石嵌顿性胆囊炎的临床治疗效果分析 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(65):59.

- [2] 姜伟. 腹腔镜微创手术治疗坏疽性胆囊炎的疗效观察 [J]. 临床医药实践, 2017, 26(7):555-556.

- [3] 黄远生, 贾举闻, 葛麟, 等. 腹腔镜微创手术在老年急性坏疽性胆囊炎患者中的应用分析 [J]. 中医临床研究, 2016, 8(24):121-122.

- [4] 郭志刚. 急性坏疽性胆囊炎腹腔镜微创手术治疗方法及其疗效 [J]. 西南军医, 2017, 19(5):448-450.

(上接第 69 页)

慢性支气管炎的疗效观察 [J]. 临床合理用药杂志, 2016, 9(22): 68-69.

- [2] 边双双, 王银儿, 冯月娟. 加替沙星联合雾化吸入盐酸氨溴索治疗老年急性肺炎的临床观察 [J]. 中华医院感染学杂志, 2013, 23(12): 2980-2982.

- [3] 曹珺. 盐酸氨溴索联合不同药物治疗老年急性肺炎疗效

对比观察 [J]. 现代诊断与治疗, 2016, 27(11): 20341-2035.

- [4] 谢新华. 盐酸氨溴索联合头孢曲松他唑巴坦钠治疗老年急性肺炎的临床疗效 [J]. 白求恩医学院学报, 2013, 11(5): 412-413.

- [5] 徐晓华. 头孢曲松他唑巴坦钠联合盐酸氨溴索治疗老年急性肺炎的临床疗效观察 [J]. 药物与临床, 2013, 20(6): 87-89.

(上接第 70 页)

能抑制二磷酸胞苷转为二磷酸脱氧胞苷阻碍细胞 DNA 聚集成, 阿糖胞苷三磷酸能抑制合成 DNA 聚合酶, 特别是对于处于 S 期的增殖细胞, 作用持久且敏感。

综上所述: 在治疗急性髓性白血病患者过程中, 给予大剂量阿糖胞苷强化治疗的效果良好, 能有效提高患者 5 年内存活率, 降低用药不良反应发生率。因此值得在临床实践中推广及使用。

【参考文献】

- [1] 陈姣, 王晓冬, 王春森. 不同剂量阿糖胞苷对急性髓

性白血病缓解后巩固治疗的疗效分析 [J]. 临床血液学杂志, 2016, 02(29):219-221.

- [2] 张旗, 慕俐君, 李伟平, 周栋, 康志杰, 陈雪瑜, 高源, 闫金松. 大剂量阿糖胞苷治疗急性髓细胞白血病疗效及不良反应观察 [J]. 医学与哲学 (B), 2016, 01(37):44-46.

- [3] 赵文, 牟莹, 张秀凤. 大剂量阿糖胞苷强化治疗急性髓性白血病的临床效果 [J]. 中外医疗, 2016, 15(01):1-3.

- [4] 杨莉, 付炯捷, 蔡铭慈, 杜超, 侯海珠, 何高芬, 孙致信, 翁巍. 初发老年急性髓系白血病患者不同低强度治疗方案的疗效分析 [J]. 上海医学, 2016, 03(39):134-137.