

阿帕替尼治疗 IV 期胃食管结合部癌的疗效分析

邓飞龙

醴陵市中医院 湖南株洲 412200

【摘要】目的 探讨阿帕替尼治疗 IV 期胃食管结合部癌的疗效。**方法** 回顾分析 2017 年 12 月至 2018 年 12 月期间笔者所在医院收治的 64 例 IV 期胃食管结合部癌患者的临床资料, 观察组给予常规化疗联合阿帕替尼治疗, 对照组给予常规化疗。**结果** 观察组患者中总有效人数为 18 例, 有效率为 56.25%, 对照组中总有效人数为 12 例, 有效率为 37.50%, 两组的疗效比较具有显著差异 ($P < 0.05$), 但两组的不良反应比较无显著差异 ($P > 0.05$)。**结论** 阿帕替尼治疗 IV 期胃食管结合部癌的效果可靠, 无严重不良反应, 值得广泛推广。

【关键词】 胃食管结合部癌; IV 期; 化疗; 阿帕替尼; 疗效分析

【中图分类号】 R735

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672-0415 (2019) 03-107-02

随着人们生活习惯及饮食结构的巨大改变, 胃肠道癌症的发病率也呈现出了越来越高的趋势^[1]。化疗在胃癌治疗中占有重要地位, 但受各类因素影响不同化疗药物的作用效果不一样, 因此选择合适的治疗方案较为重要。阿帕替尼是目前临床上应用极为广泛的二线胃癌治疗药物, 也是目前首个应用于晚期癌症化疗失败治疗的小分子靶向药物^[2]。本研究旨在探讨阿帕替尼在治疗晚期胃食管结合部癌的作用效果, 旨在为临床治疗提供参考依据。现在本研究收治的部分 IV 期胃食管结合部癌患者的临床资料进行回顾分析, 详情报告如下。

1 资料和方法

1.1 基本资料

回顾分析 2017 年 12 月至 2018 年 12 月期间笔者所在医院收治的 64 例 IV 期胃食管结合部癌患者的临床资料, 观察组给予常规化疗联合阿帕替尼治疗, 对照组给予常规化疗, 研究时间为 2017 年 1 月至 2019 年 1 月。观察组中男 16 例, 女 16 例; 患者的年龄在 30 ~ 70 岁, 平均年龄为 (57.81 ± 5.22) 岁。对照组中男 18 例, 女 14 例; 患者的年龄在 30 ~ 72 岁, 平均年龄为 (57.89 ± 5.29) 岁。两组患者的资料比较无显著差异 ($P > 0.05$)。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准

全部患者均经影像学、病理学及细胞学检查确诊为胃食管结合部癌; 病理分期均为 IV 期; ECOG 评分为 0 ~ 2 分; 全部患者预

计生存期均超过三个月; 临床资料完整。

1.2.2 排除标准

化疗药物不耐受者; 临床资料不完整者。

1.3 治疗方法

对照组给予常规氟尿嘧啶类药物为基础的化疗方案。观察组患者在对照组基础上联合使用阿帕替尼治疗, 每天 250 毫克, 餐后半小时内服用, 4 周为一个治疗周期, 若治疗过程中出现严重药物不良反应, 可暂停药物治疗, 待患者的症状完全好转后继续进行化疗。

1.4 观察指标

观察两组患者的临床作用效果以及药物不良反应发生情况。疗效指标参考 WHO 制订的实体瘤客观疗效评定标准: 分别为完全缓解 (CR)、部分缓解 (PR)、稳定 (SD)、进展 (PD)。有效 (RR) = (CR + PR) / 总病例数 × 100.0%。

1.5 统计学处理

采用 SPSS18.0, 计量资料采用 t 检验, 计数资料使用 χ^2 检验。 $P < 0.05$, 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的临床疗效比较

观察组患者中总有效人数为 18 例, 有效率为 56.25%, 对照组中总有效人数为 12 例, 有效率为 37.50%, 两组的疗效比较具有显著差异 ($P < 0.05$), 如表 1 所示。

表 1: 临床疗效分析 [n (%)]

组别	例数	CR	PR	SD	PD	RR
观察组	32	8 (25.00)	10 (31.25)	7 (21.88)	7 (21.88)	18 (56.25)
对照组	32	4 (12.50)	8 (25.00)	8 (25.00)	12 (37.50)	12 (37.50)
P 值		$P < 0.05$	$P > 0.05$	$P > 0.05$	$P < 0.05$	$P < 0.05$

2.2 两组的不良反应比较

观察组患者中总有效人数为 26 例, 有效率为 56.25%, 对照组中总有效人数为 27 例, 有效率为 37.50%, 两组的疗效比较无显著差异 ($P > 0.05$); 观察组中恶心、呕吐 3 例, 肝功异常 1 例, 白细胞减少 2 例, 肾功能损伤 1 例, 高血压 4 例, 对照组中恶心、呕吐 5 例, 肝功异常 2 例, 肾功能损伤 3 例, 白细胞减少 1 例, 两组的不良反应比较无显著差异 ($P > 0.05$), 上述不良发应均于化疗结束后好转。

3 讨论

胃食管结合部肿瘤属于常见的消化道肿瘤, 由于早期缺乏典型症状, 因此部分患者就诊时已经发展为中晚期, 此时已经错过了最佳的治疗时机, 具有极高的病死率^[3]。近年来, 随着国际肿瘤分子生物学技术的快速发展, 越来越多的分子靶向药物在肿瘤治疗中展现出了良好的前景, 但目前临床上应用于治疗恶性肿瘤的靶向分子药物仍然相对较少, 阿帕替尼是 2014 年获准治疗二线化疗失败的晚期胃癌小分子靶向药物, 该药给广大的胃癌患者带来了新的希望^[4]。阿帕替尼为新型抗肿瘤药, 该药属于小分子血管内皮生长因子受体 2 酪氨酸激酶抑制剂, 进入体内后可通过竞争结合酪氨酸结合位点, 进而抑制血管内皮生长因子受体 2

酪氨酸激酶活性, 可通过抑制肿瘤血管生成, 促进肿瘤细胞凋亡, 从而起到抗癌作用^[5-6]。大量的临床研究发现, 阿帕替尼有助于提升晚期消化道肿瘤患者的生存期, 并可提高患者的治疗依从性。

研究结果显示, 观察组患者中总有效人数为 26 例, 有效率为 56.25%, 对照组中总有效人数为 27 例, 有效率为 37.50%, 两组的疗效比较无显著差异 ($P > 0.05$); 观察组中恶心、呕吐 3 例, 肝功异常 1 例, 白细胞减少 2 例, 肾功能损伤 1 例, 高血压 4 例, 对照组中恶心、呕吐 5 例, 肝功异常 2 例, 肾功能损伤 3 例, 白细胞减少 1 例, 两组的不良反应比较无显著差异 ($P > 0.05$), 上述不良发应均于化疗结束后好转。上述结果提示甲磺酸阿帕替尼在胃食管结合部癌治疗中展现出了良好的优势, 不仅有助于提升疾病的治疗效果, 并且并未引起严重的不良反应, 具有较好的疗效和安全性, 是一种安全可靠的治疗方案。

本研究通过对出现高血压的患者, 给予积极的降压治疗, 选用的降压药物为硝苯地平治疗, 将患者的血压控制在正常范围内, 对于出现肝功能异常的患者, 应给予适当的保肝治疗, 若不见好转, 则需要停用阿帕替尼一周, 并持续口服保肝治疗药物, 直至患者的肝功能恢复正常, 随后继续接受化疗。对于出现肾功能损伤的

(下转第 111 页)

够最大限度地进行保障。

本研究的结果提示了以下的结论, B组患者在运用腹腔镜之下腺肌瘤切除手术联合曼月乐环后, 其各手术指标、总复发率、总治愈率, 优于运用全子宫次切除手术的A组患者($P < 0.05$)。由此证实了, 腹腔镜之下子宫腺肌瘤切除手术联合曼月乐环能够促进各临床指标最大限度地得到改善。本研究的结果提示了以下的结论, B组患者在运用腹腔镜之下腺肌瘤切除手术后, 其卵巢功能, 对比运用全子宫次切除手术的A组患者($P > 0.05$)。由此证实了, 两类手术方法对于卵巢功能都不会带来过多的影响。分析其原因, 即: 全子宫次切除手术要对局部子宫动脉加以切除, 在短期间中, 不会对卵巢功能带来影响; 而腹腔镜之下子宫腺肌瘤切除手术能够全部留存子宫动脉, 让卵巢功能长时间都不会被影响, 所以, 这一手术所具有的效果更为良好。同时, 联合运用曼月乐环, 在把其放进宫腔后, 可以平缓且平稳地低剂量对左炔诺孕酮加以释放, 让药物对局部子宫内膜进行十分良好的保护, 还可以调整子宫中的激素水平, 阻碍各类增生组织,

且不会对子宫体积带来不利的影响。

总之, 对于子宫腺肌瘤患者来说, 在运用腹腔镜之下腺肌瘤切除手术后, 其治疗最后的效果与质量对比全子宫次切除手术而言更为良好, 可推广。

参考文献

- [1] 胡美丽, 杨欣, 王晓娜, 等. 健康指导在高强度聚焦超声消融治疗子宫肌瘤和子宫腺肌病中的作用[J]. 山西医药杂志, 2015, 44(20):2396-2398.
- [2] 李欣晓, 张萍, 张纯溪. 促性腺激素释放激素激动剂联合腹腔镜手术治疗大子宫腺肌病疗效的研究[J]. 中国计划生育和妇产科, 2016, 8(7):63-67.
- [3] 韩瑜红, 华越珂. 地诺孕素治疗子宫腺肌症痛经患者的疗效及对血清中肿瘤坏死因子- α 白细胞介素-8的影响[J]. 中国药物与临床, 2017, 17(7):968-970.
- [4] 邓丽, 刘其友. 子宫腺肌病神经生长因子蛋白表达水平与盆腔疼痛的发生机制研究[J]. 川北医学院学报, 2017, 32(1):93-95.

(上接第106页)

生率低于对照组($P < 0.05$); 治疗后1周、2周, 观察组患者的临床症状评分均明显低于对照组($P < 0.05$); 提示益生菌、序贯疗法联合治疗方案能够提高Hp根除率, 改善患者临床症状, 减少并发症发生。双歧三联活菌能够有效抑制胃肠道细菌繁殖, 并在代谢过程中释放有机酸, 促进胃肠道蠕动, 减少毒素聚集及吸收。此外, 双歧三联活菌能够与Hp竞争性结合糖脂受体, 破坏Hp周围碱性环境, 抑制细菌繁殖, 从而提升治疗效果。

综上所述, 联合使用益生菌、序贯疗法治疗Hp相关性胃炎能够快速缓解患者临床症状, 减少不良反应, 提高Hp根除率, 是种理想的治疗方案。

(上接第107页)

患者, 可针对性的根据患者的情况适量减少阿帕替尼的药物用量。

当然本研究也存在一定的局限性, 由于入组病例较少, 阿帕替尼治疗胃食管结合部肿瘤的远期疗效和安全性仍有待今后进一步论证, 并且本研究未统计患者的生存期, 笔者也将在今后的临床研究中进一步完善实验方案, 以期临床治疗提供重要参考依据。

随着未来机制研究的不断深入, 分子靶向药物治疗将在今后消化道肿瘤治疗中展现出更加优越的前景, 为胃食管结合部癌患者的治疗带来新的希望。

参考文献

- [1] 赵峻洁. 某三甲医院胃癌用药趋势研究及阿帕替尼用于胃癌的不良反应集中监测[D]. 郑州大学, 2017.

(上接第108页)

匹林治疗, 氯吡格雷联合阿司匹林组对于就诊脑梗死患者采取阿司匹林+氯吡格雷治疗。结果显示, 氯吡格雷联合阿司匹林组有更高的疗效, $P < 0.05$, NIHSS测评分值、脑血流动力学更好, 氯吡格雷联合阿司匹林组 NIHSS 测评分值、脑血流动力学改善 50% 时间更短。氯吡格雷联合阿司匹林组和阿司匹林组不良反应相似, $P > 0.05$ 。

综上所述, 阿司匹林联合氯吡格雷对脑梗死的临床治疗效果确切。

参考文献

(上接第109页)

及巩固化疗治疗中晚期食管癌的疗效评价[J]. 浙江医学, 2017(6).

[2] 武文娟, 段钰. 培美曲塞与培美曲塞联合奥沙利铂二线治疗晚期胃癌的疗效对比[J]. 检验医学与临床, 2017(20).

[3] 杭天星, 李瑛, 牛梦婕, 等. 培美曲塞联合罗格列酮抑制

参考文献

- [1] 王能亮. 益生菌联合序贯疗法治疗幽门螺杆菌相关性胃炎的临床研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(47):116+128.
- [2] 洪二跃. 益生菌联合三联疗法治疗幽门螺杆菌相关性慢性胃炎的临床效果评价[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(33):57-58.
- [3] 叶振强. 益生菌制剂联合标准三联方案治疗幽门螺杆菌感染相关胃炎的临床观察[J]. 临床合理用药杂志, 2018, 11(04):100-101.
- [4] 漆小龙. 益生菌联合四联疗法治疗老年人群幽门螺杆菌感染的疗效及不良反应发生情况研究[D]. 新疆医科大学, 2017.
- [5] 陈建超. 研究益生菌联合序贯疗法治疗幽门螺杆菌相关性慢性萎缩性胃炎的价值[J]. 当代医学, 2017, 23(03):97-98.
- [2] 卜晓倩, 裴毅. 甲磺酸阿帕替尼治疗晚期胃-食管结合部腺癌1例[J]. 中国肿瘤临床, 2017, 44(9):459-460.
- [3] 方成, 袁青玲, 徐娟俐, 等. 阿帕替尼治疗胃癌和食管胃结合部腺癌伴肝转移患者的临床观察[J]. 临床肿瘤学杂志, 2018, 23(1):61-66.
- [4] 阿帕替尼治疗晚期胃癌的疗效预测和预后分析[J]. 中国癌症杂志, 2018, 28(3):203-209.
- [5] 徐勤, 高珊, 缪继东, 等. TACE联合阿帕替尼治疗中晚期原发性肝癌的临床疗效分析[J]. 西部医学, 2018, 30(5):125-128.
- [6] 彭雨, 李海涛, 杨文丽, 等. 阿帕替尼在既往二线及二线以上治疗失败后的晚期肝细胞癌中的临床疗效分析[J]. 徐州医学院学报, 2017, 37(3):178-181.

[1] 刘国平, 龙涛. 氯吡格雷联合阿司匹林治疗脑梗死的疗效分析[J]. 基层医学论坛, 2019(11):1531-1532.

[2] 李雁翔, 常虹. 阿司匹林联合氯吡格雷双联抗血小板治疗急性脑梗死的作用研究[J]. 中国处方药, 2019, 17(03):61-62.

[3] 王建国. 阿司匹林联合氯吡格雷对脑梗死的临床治疗效果观察[J]. 中外医学研究, 2019(07):172-173.

[4] 孙喜平. 氯吡格雷联合肠溶性阿司匹林在急性心肌梗死治疗中的应用研究[J]. 北方药学, 2019, 16(03):157-158.

肺癌 A549 细胞增殖研究[J]. 现代生物医学进展, 2017(06):42-46.

[4] 安改丽, 李旭, 黄尚科, 等. 阿帕替尼联合顺铂对食管癌 ECA109 细胞抑制作用及机制探讨[J]. 陕西医学杂志, 2017(02):14-17.

[5] 王锐, 宋征宇. 顺铂联合食管癌相关基因 2 蛋白对人食管 EC9706 细胞的增殖抑制研究[J]. 中国临床药理学杂志, 2018.