

• 论 著 •

新辅助化疗对胰腺癌患者术后生存率及肿瘤缩小效果的观察

方向明

长沙市星沙医院肿瘤内科 410100

【摘要】目的 研究新辅助化疗对胰腺癌患者术后生存率及肿瘤缩小效果。**方法** 共计选取 60 例作为样本展开研究，均来自于 2023 年 1 月至 2024 年 2 月期间本院所接收的胰腺癌患者。使用随机数字表法展开分组，对照组 30 例在术前实施吉西他滨单药新辅助化疗，观察组 30 例在术前实施基于 FOLFIRINOX 的新辅助化疗。将两组的治疗效果、术后生存率进行比对。**结果** 观察组的疾病总缓解率（76.67%）、疾病总控制率（93.33%）以及术后 1 年生存率（76.67%）均高于对照组， $P < 0.05$ 。**结论** 在胰腺癌患者术前实施新辅助化疗可促进疗效提升，尤其是 FOLFIRINOX 新辅助化疗可更好地控制病情以及提升术后生存率。

【关键词】 胰腺癌；生存率；肿瘤缩小**【中图分类号】** R735.9**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1009-4393 (2025) 06-014-02

胰腺癌的恶性程度以及死亡率均较高，即使实施早期根治手术，预后效果也难以达到满意^[1]。且该病的手术切除率小于 20%，术后 5 年生存率也不高，还可能会出现术后远处转移、局部复发等情况。为了提升该病的疗效和预后，临床推荐采用化疗 + 手术的综合治疗方案。新辅助化疗是指局部治疗开展前的全身化疗，其可缩小肿块，将转移细胞杀灭^[2]。吉西他滨单药化疗的效果有限，本次研究对 FOLFIRINOX 新辅助化疗方案在该病中的实施效果进行观察分析，旨在为临床更好地提高该病疗效提供参考。

1 资料和方法

1.1 资料

样本数为 60 例，疾病类型为胰腺癌，均于 2023.1-2024.2 期间在本院进行治疗。分组方法：随机数字表，30 例 / 组。纳入标准：（1）符合《胰腺癌诊疗指南（2022 年版）》^[3] 中有关诊断标准，且通过组织病理学活检确诊；（2）无化疗、手术禁忌证；（3）均行术前新辅助治疗；（4）一般资料、检查资料均齐全。排除标准：（1）其他部位存在占位性病变者；（2）病灶出现远处转移者；（3）对化疗存在不耐受情况者；（4）存在全身感染性疾病者；（5）存在严重精神疾病者。对照组中性别分布情况为 19 例男性、11 例女性；年龄以 40 岁至 76 岁为具体范围，平均值（52.44±5.06）岁。体质指数为 17.4-26.7kg/m²，均值为（21.80±1.17）kg/m²。肿瘤所处位置：胰颈体部 20 例，胰腺钩突部 6 例，胰尾部 4 例。观察组中男性占比 66.67%（20 例），女性占比 33.33%（10 例）；最小年龄为，计算平均值，得（52.50±5.14）岁。体质指数为 17.6-26.9kg/m²，均值为（21.84±1.23）kg/m²。肿瘤所处位置与对照组相同，具体分布情况为 21 例、7 例、2 例。一般资料组间对比存在同质性（ $P > 0.05$ ）。

1.2 方法

对照组：吉西他滨单药新辅助化疗。吉西他滨 1000mg/m² 静脉滴注，在 30min 内完成滴注，一周一次，连续静滴 3 周，停药一周，一个化疗周期为 4 周。

观察组：基于 FOLFIRINOX 的新辅助化疗。化疗第一天，亚叶酸钙 400mg/m² 静脉滴注；400mg/m² 5-氟尿嘧啶先采用静脉推注的途径给药，再持续静脉滴注 48h，剂量为 2400mg/m²，奥沙利铂 85mg/m² 静脉滴注，伊立替康 180mg/m²，静滴。两周为一个化疗周期，共 2 个周期。

在化疗结束后结合患者的实际情况进行手术治疗。

1.3 评价指标及判定标准

（1）以实体瘤疗效评价标准（RECIST）指南 1.1 版^[4] 为根据制定治疗效果判定标准：肿瘤消失持续时间超过 4 周，未见新病灶，则判定为完全缓解（CR）；肿瘤体积缩小超过 50% 且持续时间在 4 周以上，即为部分缓解（PR）；肿瘤体积缩小在 50% 及以下，或者是体积增大 ≤ 25%，即为稳定（SD）；肿瘤体积增加超过 25%，亦或是发现新病灶，则为进展（PD）。疾病总缓解率为 CR 和 PR 百分比之和，疾病总控制率为 100%-PD 百分比。

（2）随访 1 年，对两组患者术后的生存情况进行了解。

1.4 统计学处理

临床指标数据录入至统计学软件（SPSS25.0）中。通过借助 χ^2 检验或 Fisher 确切概率法处理计数资料，结果以例数、百分比描述。差异有统计学意义表达形式为 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 治疗效果

在疾病总缓解率、总控制率方面，观察组的数据均处于更高水平（ $P < 0.05$ ）。见表 1 所示：

表 1：对比两组的治疗效果 [n (%)]

组别	n	CR	PR	SD	PD	疾病总缓解率	疾病总控制率
对照组	30	2 (6.67)	12 (40.00)	8 (26.67)	8 (26.67)	14 (46.67)	22 (73.33)
观察组	30	6 (20.00)	17 (56.67)	5 (16.67)	2 (6.67)	23 (76.67)	28 (93.33)
χ^2 值						5.711	4.320
P 值						0.017	0.038

2.2 术后生存率

术后随访 1 年的统计结果显示，对照组的生存率为 50.00%（15/30），较观察组的 76.67%（23/30）明显更低，

数据对比差异较大（ $\chi^2=4.593$ ， $P < 0.05$ ）。

3 讨论

对于胰腺癌，早期根治术能够促进病情改善，但手术存

在视野盲区,对肠系膜上动脉、腹腔侵犯程度难以进行准确评估,对肿瘤的可切除性难以准确判断,还会出现术后肿瘤清除不彻底的情况,同时手术切缘存在较高阳性率,术后易复发^[4]。另外部分患者的年龄大、机体功能减退,不能及时进行手术治疗,需要在术前通过恰当的治疗改善病情状况,以促进后续手术切除的顺利进行。

新辅助化疗是为手术进行创造良好条件的一种有效手段,其能够对原发病灶进展进行抑制,不仅能够缩小肿瘤体积,而且有助于术中血管重建难度下降,减轻并发症发生风险^[5]。同时新辅助化疗在术前可有效抑制肿瘤细胞,促使术后残留肿瘤反应性增生情况减弱,有效防止术中肿瘤种植播散情况的出现,还可降低术后淋巴结转移率以及肿瘤复发率^[6]。吉西他滨进入到人体内后,其代谢物能够进入到细胞内 DNA 中,加快癌细胞凋亡速度,但临床上对于该药物在延长生存期方面的作用存在争议。FOLFIRINOX 属于一线化疗方案,多种药物联合应用能够促进抗肿瘤作用增强。此次研究的数据显示,观察组的临床疗效更高,这是因为 FOLFIRINOX 新辅助化疗能够更好地控制肿瘤体积,减轻手术难度,降低手术切缘阳性率。且观察组术后 1 年生存率更高,说明了该新辅助化疗方案的

远期效果相对较好。

总而言之,FOLFIRINOX 新辅助化疗能够提升胰腺癌患者的资料效果,同时对于生存率的提升也具有较好的促进作用。

参考文献:

- [1] 黄金灿,潘飞,姜涛,等.新辅助化疗对术中联合同种异体血管置换的交界可切除胰腺癌预后的影响[J].中华肝胆外科杂志,2022,28(8):582-586.
- [2] 卓奇峰,刘梦奇,李征,等.胰腺癌新辅助化疗后腹腔镜手术治疗的效果分析[J].中华外科杂志,2022,60(2):134-139.
- [3] 中华人民共和国国家卫生健康委员会医政医管局.胰腺癌诊疗指南(2022年版)[J].中华消化外科杂志,2022,21(9):1117-1136.
- [4] 李征,虞先潜,徐晓武.胰腺癌新辅助化疗后行腹腔镜胰十二指肠切除术的难点及对策[J].中国实用外科杂志,2022,42(5):526-528.
- [5] 李治锋.新辅助治疗对胰腺癌术后并发症的影响观察[J].临床研究,2020,28(12):197-198.
- [6] 孟庆才,王巍.胰腺癌新辅助化疗策略选择及手术时机[J].肝胆外科杂志,2022,30(1):73-75.

(上接第 12 页)

有很好的保护作用。使用大剂量的奥美拉唑可以使患者胃内的 pH 值快速提高,从而达到止血的效果,减少患者出血量,临床治疗效果明显优于常规剂量,而且患者出现的不良反应较轻且少。奥曲肽是人工合成的八肽衍生物生长抑素,它能够选择性的对患者内脏血管进行收缩,减少患者肝脏血流量,降低主干脉的血流量,同时也能对患者的胰液、胆汁、胃酸分泌进行抑制,临床效果显著。本次研究中,实验组患者的止血效果和溃疡愈合情况明显由于对照组($P < 0.05$);而且两组患者出现的不良反应较轻,不良反应发生率没有显著差异($P > 0.05$)。

综上所述,对消化性溃疡合并消化道出血患者采取大剂量奥美拉唑和奥曲肽结合治疗,临床效果显著,不良反应发生率低,值得临床使用。

参考文献:

- [1] 彭月华.大剂量奥美拉唑与奥曲肽用于消化性溃疡并上消化道出血患者治疗中的临床效果分析[J].医药卫生:文摘版,2023(7):00273-00273.

(上接第 13 页)

血液瘀滞,血栓形成,诱发脑梗死,且高血糖可致脑缺氧,对脑神经造成直接损害,使脑梗死病情加重,对脑梗死的预后造成影响^[4]。2 型糖尿病属于脑梗死的一个危险因素,患者发生脑梗死的机率较高,也可影响脑梗死的预后^[5]。因此临床医师治疗 2 型糖尿病合并脑梗死,不应忽视糖尿病的治疗。观察组治疗有效率为 90.91% (40/44),对照组为 72.73% (32/44),两组差异显著($P < 0.05$)。本次研究可见,在积极治疗脑梗死的同时,严格控制血糖效果较好,优于脑梗死的常规急诊治疗效果。

综上所述,在脑梗死常规急诊治疗的基础上加强血糖控制,有助于改善 2 型糖尿病合并脑梗死患者的预后,具有较

高的临床应用价值。

参考文献:

- [1] 张东利.2 型糖尿病合并脑梗死急诊治疗效果观察[J].糖尿病新世界,2024,17(10):64-65.
- [2] 陆宇翔,师美凤,董国富,等.2 型糖尿病合并脑梗死急诊治疗临床探讨[J].糖尿病新世界,2022,19(1):42-44.
- [3] 郭明.对 2 型糖尿病合并脑梗死患者进行急诊治疗的方法和效果探讨[J].当代医药论坛,2024,14(11):179-180.
- [4] 胡俊杰.2 型糖尿病合并脑梗死急诊治疗分析[J].中国伤残医学,2024,22(05):114-115.
- [5] 李坤.脑梗死合并 2 型糖尿病急诊治疗的效果探讨[J].糖尿病新世界,2023,11(24):89-91.