

## • 肿瘤介入 Tumor intervention •

## 胰腺癌不同治疗模式的疗效分析

王 彬, 闫 东, 刘德忠, 曾辉英, 姜文浩, 李 槐

**【摘要】 目的** 通过对比胰腺癌多种治疗模式的疗效,评价胰腺癌综合治疗模式的价值。**方法** 120例胰腺癌患者,根据治疗模式不同分成手术切除组、介入治疗组及其他治疗组,分别评价3组的临床疗效。**结果** 120例患者总的中位生存时间9.3个月,1年累计生存率33.4%。手术切除组(20例)中位生存时间15.4个月,1年累计生存率56.4%;介入治疗组(58例)中位生存时间8.4个月,1年累计生存率30.7%;其他治疗组(42例)中位生存时间9.3个月,1年累计生存率26.3%。手术切除组与其他两组间差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。介入治疗组临床受益率为43%,其他治疗组临床受益率为38%,两组间差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。**结论** 中晚期胰腺癌的姑息治疗以改善生活质量、控制疾病进展、适当延长生存时间为目的,介入治疗在这方面具有独特的优势,可作为首选姑息疗法。

**【关键词】** 胰腺癌;多种治疗模式;疗效;介入治疗

中图分类号:R736.7 文献标识码:A 文章编号:1008-794X(2008)-06-0404-04

**Analysis of different therapeutic programs for patients with pancreatic carcinoma** WANG Bin, YANG Dong, LIU De-zhong, ZENG Hui-ying, JIANG Wen-hao, LI Huai. Department of Interventional Radiology, Xuzhou First Municipal People's Hospital, Xuzhou 221002, China

**【Abstract】 Objective** To evaluate the efficacy of comprehensive therapy for pancreatic carcinoma through multi-therapeutic programs. **Methods** 120 patients were divided into three groups: operation, trans-arterial infusion (TAI) and the other therapy groups. The survival time, clinical benefit response (CBR), effective rate (ER), disease controlled rate (DCR), time to progression (TTP) and side effects were evaluated. **Results** All of the 120 patients showed the median survival time as 9.3 months and the overall 1-year survival rate as 33.4%. Furthermore the median survival time and 1-year survival rate were 15.4 months and 56.4% in operation group; 8.4 months and 30.7% in TAI group; 9.3 months and 26.3% in combined treatment group respectively. There was significant difference between the operation group and the other two groups ( $P < 0.05$ ). CBR (43%) of TAI group comparing with that of the other groups (38%) showed no significant difference ( $P > 0.05$ ). **Conclusions** The palliative treatments focusing on the improvement of living quality, controlling progression of disease, prolonging survival time, especially TAI possesses as a distinct and unique beneficial procedure for patients with advance pancreatic carcinoma and thus ought to be the first method of choice. (J Intervent Radiol, 2008, 17: 404-407)

**【Key words】** Pancreatic carcinoma; Multi-therapeutic program; effectiveness; Interventional therapy

胰腺癌具有发现晚、转移早、进展快、预后差的特点。近数十年来,其发病率在全世界范围内逐年上升,位居恶性肿瘤的第13位,死亡率高居恶性肿瘤的第8位,发病率与死亡率基本一致<sup>[1]</sup>。我国胰腺

癌发病率亦呈上升趋势,据北京、上海等地2006年前的统计数据显示:其发病率位于恶性肿瘤的第9位,死亡率位于第6位<sup>[2]</sup>。胰腺癌早期诊断和有效综合治疗模式的研究具有十分重要的意义。

本研究回顾性分析2004年9月至2006年8月中国医学科学院肿瘤医院收治的120例胰腺癌,通过对比分析对不同治疗方式患者的疗效,探讨胰腺癌综合治疗的模式。

## 1 材料与方法

攻关项目:国家十五科技攻关计划项目(2004BA714B09)

作者单位:221002 江苏省徐州市第一人民医院介入科(王彬);100021 中国医学科学院肿瘤医院影像诊断科(闫东、刘德忠、曾辉英、姜文浩、李槐)

通讯作者:李槐

## 1.1 一般资料

2004 年 9 月至 2006 年 8 月中国医学科学院肿瘤医院连续收治的 120 例胰腺癌患者, 其中男 74 例, 女 46 例; 年龄 21 ~ 75 岁, 中位年龄 59 岁。临床分期采用国际抗癌联盟(UICC, 2002)标准, II 期 20 例, III 期 59 例, IV 期 41 例; 肿瘤位于胰头颈部 72 例, 位于胰体尾 48 例。KPS(Karnofsky)评分: 60 分 3 例, 70 分 44 例, 80 分 63 例, 90 分 10 例。疼痛评价采用视觉模拟评分法(Visual Analog Scale, VAS): 0 级 16 例, I 级 59 例, II 级 42 例, III 级 3 例。91 例经病理证实, 29 例未取得病理资料者经由 2 种或 2 种以上影像学证实。

## 1.2 治疗分组

120 例患者按治疗方式不同分为 3 组: ①手术切除组 20 例; ②介入治疗组 58 例, 仅行经动脉介入治疗; ③其他治疗组 42 例, 包含行单一姑息手术(包括减瘤术、减症术、术中  $^{125}\text{I}$  粒子植入术、术中 5-Fu 缓释剂植入术)或姑息术后序贯治疗(三维适形调强放疗、全身化疗、经动脉灌注化疗), 以及单一或序贯放射治疗、化疗的患者。

3 组患者在性别、年龄、KPS 评分、肿瘤部位方面差异无统计学意义。在肿瘤分期上, 手术切除组与介入治疗组、其他治疗组间有显著性差异, 而介入治疗组与其他治疗组之间无显著差异。

## 1.3 治疗方法

**1.3.1 手术切除** 20 例行胰腺癌根治性切除术, 其中 9 例行胰十二指肠切除术, 11 例行胰体尾切除术。

**1.3.2 全身化疗** 本组共有 16 例患者行全身化疗, 其中行 5 周期、4 周期各 1 例, 3 周期化疗 7 例, 行 2 周期化疗 5 例, 行 1 周期化疗 2 例。化疗方案: 吉西他滨(GEM)  $1\,000\text{ mg/m}^2$ , 第 1, 8, 15 日; 28 d 为 1 周期。

**1.3.3 经动脉灌注化疗** 采用改良 Seldinger 穿刺法行股动脉穿刺, 将导管分别置于腹腔动脉、肠系膜上动脉造影。若可见肿瘤供血血管, 则将导管置于肿瘤供血动脉灌注化疗。如未见肿瘤供血动脉, 则根据肿瘤所在部位、侵犯范围确定靶血管。胰头、胰颈部肿瘤经胃十二指肠动脉灌注化疗; 胰体尾部肿瘤经腹腔动脉、肠系膜上动脉或脾动脉灌注化疗; 伴肝转移者同时经肝固有动脉灌注化疗, 若造影下见肝转移瘤血供较丰富, 给予栓塞治疗, 栓塞剂均为超液化碘油, 根据肿瘤血供情况 5 ~ 20 ml 不等。灌注化疗方案: 吉西他滨  $800 \sim 1\,000\text{ mg/m}^2$ ,

溶于 30 ~ 40 ml 生理盐水中, 灌注 20 ~ 25 min; 个别患者使用 5-Fu  $500 \sim 700\text{ mg/m}^2$ , 草酸铂  $100 \sim 130\text{ mg/m}^2$ 。

本组 58 例行单一动脉灌注化疗(1 ~ 8 次), 共 149 例次。2 次动脉灌注化疗间隔时间 29 ~ 87 d, 中位间隔时间为 43 d。

**1.3.4 术中化疗** 16 例行术中化疗。采用 ADW4.1 工作站 CT 三维重建技术计算出肿瘤体积, 按照  $50\text{ mg/cm}^3$  计算出所需 5-FU 缓释剂剂量。术中超声引导下植入 5-Fu 缓释剂。平均剂量约 800 mg( $300 \sim 2\,000\text{ mg}$ )。

**1.3.5 三维适形放疗或调强适形放疗** 7 例行三维适形放疗或调强适形放疗。采用 6MV X 线予以 95% 计划靶区(planning target volume, PTV),  $40 \sim 60\text{ Gy}/20 \sim 30$  次, 5 次/周。

**1.3.6 术中  $^{125}\text{I}$  粒子植入术** 18 例行术中  $^{125}\text{I}$  粒子植入术。采用 CT 三维重建技术计算出肿瘤的体积、治疗靶区及所需粒子数量, 术中进行  $^{125}\text{I}$  粒子植入。所有患者 100% 处方体积率(V100)为 95.2%, 即 95.2% 的肿瘤接受了 100% 的处方剂量。平均植入 26( $13 \sim 60$ )粒, 粒子活度  $0.66(0.41 \sim 0.82)\text{ mCi/粒}$ 。

## 1.4 疗效评价

**1.4.1 生存时间** 生存时间(survival time, ST)指从首次治疗之日到死亡或末次随访之日。

**1.4.2 临床受益反应 (clinical benefit response, CBR)** 根据 Burris 等<sup>[9]</sup>制定的有关 CBR 的标准进行评价。凡符合下列任一项指标(持续 4 周以上), 并无任一项恶化者, 定义为临床受益者: ①疼痛强度减轻  $\geq 50\%$ ; ②镇痛药物用量减少  $\geq 50\%$ ; ③体力状况按卡氏评分标准改善  $\geq 20$  分; ④如疼痛程度及体力状况均稳定, 则非体液滞留的体重增加  $\geq 7\%$ 。对于治疗前不用镇痛药的疼痛患者, 如治疗后疼痛完全缓解, 可认为符合上述条件。

**1.4.3 有效率 (effective rate, ER)、疾病控制率 (disease control rate, DCR)、疾病进展时间 (time to progression, TTP)** 对于未行根治性切除的患者, 治疗后 4 ~ 6 周, 行 CT 或 MRI 扫描, 根据影像学资料评判疗效: 完全缓解(CR): 全部病灶消失, 维持 4 周以上; 部分缓解(PR): 可测量病灶两条最大横径乘积缩小 50% 或以上并维持至少 4 周; 稳定(SD): 可测量病灶两条最大横径乘积缩小不足 50% 或增大不足 25%; 进展(PD): 可测量病灶两条最大横径乘积增大  $> 25\%$  或出现新的病灶。ER = CR + PR。DCR = CR + PR + SD。TTP: 从治疗之日到疾病进展

之日。

1.4.4 不良反应评估 行胰腺癌根治性切除术的患者评价术后并发症。对介入治疗组及其他治疗组患者,观察治疗后不良反应,主要观察指标包括血常规、肝、肾功能及胃肠道反应等。

### 1.5 病例随访

每 2 个月电话或信件随访 1 次,直至患者死亡。本组病例完成随访时间 3.1 ~ 22.7 个月,随访截至日期为 2007 年 4 月 10 日。全组死亡 84 例,存活 27 例,9 例失随,失访率 7%。

### 1.6 统计学方法

采用 SPSS13.0 软件包, Kaplan-Meier 法计算累积生存率, log-rank 检验进行组间生存率比较。率的比较采用  $\chi^2$  检验, 检验水平定为  $P < 0.05$  有显著性差异。

## 2 结果

### 2.1 生存率

本组全组生存时间 3.1 ~ 24.8 个月, 中位生存时间 9.3 个月。6 个月累计生存率 74.2%, 1 年累积生存率为 33.4%。

其中手术切除组生存时间 5.2 ~ 24.8 个月, 中位生存时间 15.4 个月, 1 年累计生存率 56.4%; 介入治疗组生存时间 3.5 ~ 22.7 个月, 中位生存时间 8.4 个月, 1 年累计生存率 30.7%; 其他治疗组生存时间 3.1 ~ 20.0 个月, 中位生存时间 9.3 个月, 1 年累计生存率 26.3%。手术切除组与介入治疗组、其他治疗组之间差异有非常显著性 ( $P = 0.004$ ), 介入治疗组与其他治疗组之间差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

### 2.2 CBR

介入治疗组患者中, 25 例为临床受益者, CBR 为 43%。其中 20 例疼痛强度减轻  $\geq 50\%$  和 (或) 镇痛药用量减少  $\geq 50\%$ , 所需时间 1 ~ 9 d, 疼痛状况改善持续时间 20 ~ 76 d, 中位时间 38 d; 16 例 KPS 评分增加  $\geq 20$  分, 其中 12 例同时疼痛强度减轻  $\geq 50\%$  和 (或) 镇痛药用量减少  $\geq 50\%$ ; 3 例体重增加  $\geq 7\%$ , 其中 2 例同时疼痛强度减轻  $\geq 50\%$  和 (或) 镇痛药用量减少  $\geq 50\%$ 、KPS 评分增加  $\geq 20$  分, 1 例在疼痛程度及体力状况稳定的情况下。

其他治疗组 42 例中, 16 例临床受益者, 临床受益率为 38%。其中 14 例疼痛强度减轻  $\geq 50\%$  和 (或) 镇痛药用量减少  $\geq 50\%$ , 所需时间 16 ~ 47 d, 疼痛状况改善持续时间 20 ~ 42 d, 中位时间 31 d;

11 例 KPS 评分增加  $\geq 20$  分, 其中 9 例同时疼痛强度减轻  $\geq 50\%$  和 (或) 镇痛药用量减少  $\geq 50\%$ ; 2 例患者在疼痛程度及体力状况均明显改善的情况下体重增加  $\geq 7\%$ 。两组间 CBR 无显著差异 ( $P$  值  $> 0.05$ ), 详见表 1。

上述两组间 CBR 差异无统计学意义 ( $P$  值  $> 0.05$ ), 详见表 1。

表 1 介入治疗组与其他治疗组 CBR 比较

参数	介入治疗组 (n = 58)	其他治疗组 (n = 42)
VAS 评分降低 $\geq 50\%$ (例)	18	12
止痛药物用量减少 $\geq 50\%$ (例)	12	8
KPS 评分增加 $\geq 20$ (例)	16	11
体重增加 $\geq 7\%$ (例)	3	2
CBR (%)	43	38

### 2.3 ER、DCR、和 TTP

介入治疗组 58 例患者中 7 例无法评价, CR 0 例, PR 6 例, SD 32 例, PD 13 例; ER 11.7%, DCR 74.5%, 中位疾病进展时间 4.2 (1.7 ~ 8.9) 个月。其他治疗组 42 例患者, 4 例无法评价, CR 0 例, PR 3 例, SD 21 例, PD 14 例; ER 为 7.9%, DCR 63.2%, 中位疾病进展时间 3.7 (1.5 ~ 6.3) 个月。两组间差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

### 2.4 不良反应

手术切除组患者 1 例发生胃肠吻合口出血, 2 例发生胰漏, 经保守治疗, 康复出院。介入治疗及其他治疗组患者均无剂量限制性毒性出现, 两组不良反应差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。详见表 2。

表 2 介入治疗组与其他治疗主要不良反应一览表

不良反应	介入治疗组 (n = 58)	其他治疗组 (n = 42)
恶心呕吐		
Ⅰ度	19	14
Ⅱ度	17	21
Ⅲ度	2	4
WBC 下降		
Ⅰ度	6	9
Ⅱ度	3	14
ALT 异常		
Ⅰ度	6	7
Ⅱ度	2	6

## 3 讨论

由于胰腺自身解剖学特点及胰腺癌的生物学特性, 导致了胰腺癌早期诊断困难, 肿瘤较小时就侵犯周围大血管和神经, 和 (或) 发生远处转移, 从而失去手术切除机会。同时, 由于胰腺癌为乏血供肿瘤, 对常规化疗、放疗和免疫治疗等均不敏感, 缺

乏有效的治疗手段。因此,胰腺癌目前仍是预后最差的腹部恶性实体肿瘤之一。在过去 20 年间,虽然在影像诊断学、手术技术、围手术期处理及综合治疗等方面有一定进展,但胰腺癌总 5 年生存率仍在 5% 以下<sup>[9]</sup>。

国内外报道胰腺癌手术切除率为 10% ~ 27%, 其中根治术仅占 5% ~ 7.5%, 术后 5 年生存率为 11% ~ 24%<sup>[9]</sup>。而早期胰腺癌手术切除率高, 5 年生存率可高达 70% ~ 100%。既往资料显示, 局部晚期胰腺癌患者生存期为 6 ~ 10 个月, 有远处转移者生存期仅为 3 ~ 6 个月<sup>[9]</sup>, 且多数患者生存质量较差, 约 75% 以上伴有疼痛, 95% 伴有体重下降, 同时伴有恶心、乏力等症状<sup>[7]</sup>。

胰腺癌的早期发现、早期诊断是获得最佳治疗效果的关键, 然而胰腺癌早期诊断十分困难。张群华等<sup>[8]</sup>报道国内 2 340 例胰腺癌, 其中 I、II 期仅占 18.4%, III、IV 期高达 81.6%。国内资料显示<sup>[9]</sup>, 50% 以上的患者有被误诊为胃肠或肝胆疾病的病史, 误诊时间多为 3 ~ 6 个月。当患者确诊时, 多数已失去根治性手术切除的机会。

本研究显示行根治性切除术的患者仅占 16.6%, 但中位生存时间可达 15.4 个月, 1 年累计生存率 56.4%, 明显高于其他两组。对于不能行根治性切除术的晚期患者, 各种姑息治疗均不能显著提高生存率。本研究介入治疗组中位生存时间仅 8.4 个月, 1 年累计生存率 30.7%; 其他治疗组中位生存时间 9.3 个月, 1 年累计生存率 26.3%, 后两组间无显著性统计学差异。

动脉灌注化疗是近年来发展迅速、研究较多的姑息治疗新技术之一。与全身化疗相比, 可以显著提高肿瘤局部的药物浓度, 同时减轻全身不良反应。另外, 经腹腔干动脉和肠系膜上动脉灌注化疗药物, 通过门静脉回流的二次再灌注, 可以有效杀灭门脉系统内的肿瘤细胞, 减少和延缓肝转移的发生<sup>[10-12]</sup>。本组数据显示, 虽然在生存率、临床受益率方面与其他治疗组无显著性差异, 但行动脉灌注化疗的患者疼痛缓解所需时间、持续时间较其他治疗有优势。

本组结果显示, 采用经动脉灌注化疗、术中 <sup>125</sup>I 粒子植入、术中 5-Fu 缓释剂植入及三维适形调强放疗等姑息治疗手段, 虽然未获得较高的有效率, 但在 DCR(63.2% ~ 74.5%) 及(3.7 ~ 4.2 个月)方面取

得均了较好的结果。

本文结果证实经动脉灌注化疗可以有效改善患者生活质量, 控制疾病进展, 适当延长生存时间, 而且具有毒副作用低, 创伤小, 平均住院日少, 费用低的特点, 在控制疼痛方面与其他姑息治疗方法相比具有优势, 非常符合上述胰腺癌的治疗目标, 可作的首选姑息治疗方法。

#### 【参考文献】

- [1] Parkin DM, Bray F, Ferlay J, et al. Global cancer statistics, 2002[J]. Cancer J Clin, 2005, 55: 74 - 108.
- [2] 张思维, 陈万青, 孔灵芝, 等. 中国部分县市 1998-2002 恶性肿瘤的发病与死亡[J]. 中国肿瘤, 2006, 15: 430 - 448.
- [3] Burris HA, Moore MJ, Andersen J, et al. Improvements in survival and clinical benefit with gemcitabine as first-line therapy for patients with advanced pancreas cancer: a randomized trial[J]. J Clin Oncol, 1997, 15: 2403 - 2413.
- [4] Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer statistics, 2007[J]. Cancer J Clin, 2007, 57: 43 - 66.
- [5] Storniolo AM, Enas NH, Brown CA, et al. An investigational new drug treatment program for patients with gemcitabine: Results for over 3000 patients with pancreatic carcinoma [J]. Cancer, 1999, 85: 1261 - 1268.
- [6] American Cancer Society. Cancer facts and figure 2003 [J]. Atlanta: American Cancer Society, 2003, 16: 38.
- [7] Di Costanzo F, Carlini P, Doni L, et al. Gemcitabine with or without continuous infusion 5-FU in advanced pancreatic cancer: a randomised phase II trial of the Italian Oncology Group for Clinical Research (GOIRC)[J]. Br J Cancer, 2005, 93: 185 - 189.
- [8] 张群华, 倪泉兴. 胰腺癌 2340 例临床病例分析[J]. 中华医学杂志, 2004, 84: 214 - 217.
- [9] 赵玉沛, 张太平. 重视胰腺癌的早期诊断[J]. 肝胆胰外科杂志, 2000, 12: 59.
- [10] Hayashibe A, Kameyama M, Shinbo M, et al. Clinical results on intra-arterial adjuvant chemotherapy for prevention of liver-metastasis following curative resection of pancreatic cancer [J]. Ann Surg Oncol, 2007, 14: 190 - 194.
- [11] 洪国斌, 周经兴, 许林锋, 等. 中晚期胰腺癌介入治疗与外周静脉化疗疗效比较的 META 分析 [J]. 实用放射学杂志, 2004, 20: 350 - 353.
- [12] 刘德忠, 李 槐, 曾辉英, 等. 经动脉灌注化疗治疗中晚期胰腺癌临床疗效初步观察[J]. 中国医学影像技术, 2000, 16: 928 - 929.

(收稿日期: 2008-04-03)

作者: 王彬, 闫东, 刘德忠, 曾辉英, 姜文浩, 李槐, WANG Bin, YANG Dong, LIU De-zhong, ZENG Hui-ying, JIANG Wen-hao, LI Huai  
作者单位: 王彬, WANG Bin(江苏省徐州市第一人民医院介入科, 221002), 闫东, 刘德忠, 曾辉英, 姜文浩, 李槐, YANG Dong, LIU De-zhong, ZENG Hui-ying, JIANG Wen-hao, LI Huai(中国医学科学院肿瘤医院影像诊断科, 100021)  
刊名: 介入放射学杂志   
英文刊名: JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY  
年, 卷(期): 2008, 17(6)  
被引用次数: 2次

参考文献(12条)

1. Parkin DM, Bray F, Ferlay J Global cancer statistics, 2002 2005
2. 张思维, 陈万青, 孔灵芝 中国部分县市1998-2002恶性肿瘤的发病与死亡[期刊论文]-中国肿瘤 2006
3. Burris HA, Moore MJ, Andersen J Improvements in survival and clinical benefit with gemcitabine as first-line therapy for patients with advanced pancreas cancer:a randomized trial 1997
4. Jemal A, Siegel R, Ward E Cancer statistics, 2007 2007
5. Storniolo AM, Enas NH, Brown CA An investigational new drug treatment program for patients with gemcitabine:Results for over 3000 patients with pancreatic carcinoma 1999
6. American Cancer Society Cancer facts and figure 2003 2003
7. Di Costanzo F, Carlini P, Doni L Gemcitabine with or without continuous infusion 5-FU in advanced pancreatic cancer:a randomised phase II trial of the Italian Oncology Group for Clinical Research (GOIRC) 2005
8. 张群华, 倪泉兴 胰腺癌2340例临床病例分析[期刊论文]-中华医学杂志 2004
9. 赵玉沛, 张太平 重视胰腺癌的早期诊断[期刊论文]-肝胆胰外科杂志 2000(12)
10. Hayashibe A, Kameyama M, Shinbo M Clinical results on intra-arterial adjuvant chemotherapy for prevention of liver-metastasis following curative resection of pancreatic cancer 2007
11. 洪国斌, 周经兴, 许林锋 中晚期胰腺癌介入治疗与外周静脉化疗疗效比较的META分析[期刊论文]-实用放射学杂志 2004
12. 刘德忠, 李槐, 曾辉英 经动脉灌注化疗治疗中晚期胰腺癌临床疗效初步观察[期刊论文]-中国医学影像技术 2000

相似文献(2条)

1. 会议论文 李槐 胰腺癌多种治疗模式的疗效评价 2008

胰腺癌是消化系统中较常见的恶性肿瘤,具有发现晚、转移早、进展快、预后差的特点。近数十年来,其发病率在全世界范围内逐年上升,位居恶性肿瘤的第13位,但由于胰腺癌预后极差,死亡率居恶性肿瘤的第8位,发病率与死亡率基本一致。我国胰腺癌发病率亦呈上升趋势,据北京、上海等地的统计数据示:其发病率位于恶性肿瘤的第9位,死亡率位于第6位。胰腺癌已经成为严重威胁人类健康的疾病。因此,早期诊断和有效的综合治疗模式的研究具有十分重要的临床现实意义。本文收集了2004年9月至2006年8月本院收治的120例胰腺癌,通过对不同治疗方式患者的疗效分析,探讨胰腺癌综合治疗的模式。

2. 学位论文 王彬 胰腺癌多种治疗模式疗效评价及预后因素分析 2007

胰腺癌多种治疗模式疗效评价及影响预后因素分析目的通过胰腺癌多种治疗模式疗效评价及对影响预后因素的分析,探讨胰腺癌综合治疗的模式。方法120例胰腺癌患者,根据治疗模式的不同分成手术切除组、介入治疗组及其它治疗组。对生存期、临床受益率、有效率、疾病控制率、疾病进展时间、CA19-9变化、毒副作用进行评价,并对影响胰腺癌预后的因素进行单因素及Cox比例风险回归模型分析。结果120例患者中位生存时间9.3月,1年累积生存率为33.4%。手术切除组中位生存时间15.4月,1年累积生存率56.4%;介入治疗组中位生存时间8.4月,1年累积生存率30.7%;其它治疗组中位生存时间9.3月,1年累积生存率26.3%。手术切除组与其它两组间统计学上有显著性差异。介入治疗组临床受益率为43%,其它治疗组临床受益率为38%,两组间临床受益率统计学无显著差异(P值>0.05)。非手术治疗组未出现严重毒副作用。单因素分析显示肿瘤分期、KPS评分及治疗方式与预后相关(P值<0.05)。多因素分析显示肿瘤分期及KPS评分为影响预后的独立因素(P值<0.05)。结论胰腺癌患者预后取决于肿瘤分期及KPS评分。胰腺癌的治疗以手术切除为主,中晚期胰腺癌的姑息治疗以改善生活质量、控制疾病进展、适当延长生存时间为主,介入治疗因具有独特的优势,可作为首选治疗方法。

## 引证文献(2条)

1. [迟惠昌](#) [金龙胶囊联合动脉灌注治疗晚期胰腺癌临床观察](#)[期刊论文]-[中国中医药信息杂志](#) 2010(3)
2. [靳同孝](#). [郝立群](#). [李兰金](#) [胰腺癌的综合介入治疗](#)[期刊论文]-[当代医学](#) 2009(23)

本文链接: [http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical\\_jrfsxzz200806007.aspx](http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200806007.aspx)

授权使用: qknfy(qknfy), 授权号: bb7a71fa-90dc-4c85-8280-9df7017d2f38

下载时间: 2010年9月20日