

示 TACE 后不同肝功能损伤组间 TACE 前 Child-Pugh 评分和 TBIL 值无差别。

ICG 负荷试验的特点在于其在肝内不与谷胱甘肽结合,直接以游离形式由胆汁排出,胆汁中的回收率可达 100%,且无肝肠循环,即使在溶血状态下其测定结果亦不受影响,所以有学者认为 ICGR15 更能灵敏地反映肝储备功能^[4-5]。更有人认为其是评估肝脏储备功能的最准确指标^[6],并可根据 ICGR15 值预测术后肝功能不全的发生率^[7]。本组资料显示 TACE 后肝功能不同损伤组间 TACE 前 ICGR15 有显著差异。

我们发现 TACE 前 ICGR15 与 TACE 后肝功能损伤发生率具有一定的关系:ICGR15 < 10%,TACE 后肝功能损害频率低,损害程度也轻;ICGR15 10% ~ < 30%,TACE 后发生肝功能损害在 1 个月内可以基本恢复正常;当 ICGR15 > 30%,TACE 后肝功能损害加重频率高,损害程度也重。

值得一提的是 Child-Pugh A 级与 B 级之间 ICGR15 差异具有统计学意义,随着 Child-Pugh 分级的升高,ICGR15 亦升高,说明 ICGR15 反映的肝储备功能与传统的 Child-Pugh 分级反映的肝脏功能是一致的。

因此,我们认为 ICGR15 既能反映 HCC 患者的肝功能状态,又能反映肝脏的储备能力,是一个评估肝储备功能的较敏感的和动态的量化指标,TACE 前测定肝储备功能对原发性肝癌的介入治疗具有重要的临床意义。

[参考文献]

- [1] 中华医学会中华放射学杂志编委会介入放射学组.肝癌介入治疗规范化条例[J].中华放射学杂志,2001,35:887-891.
- [2] 崔书钟,刘海鹰,王斌,等.原发性肝癌患者肝储备功能的研究[J].肿瘤防治杂志,2003,10:1159-1160.
- [3] 王琼瑶,谢其根.不同肝功能指标对评估肝动脉化疗栓塞术耐受性的意义[J].中国现代医药杂志,2005,7:31-32.
- [4] Hsia CY, Lui WY, Chau GY, et al. Perioperative safety and prognosis in hepatocellular carcinoma patients with impaired liver function[J]. J Am Coll Surg, 2000, 190: 574-579.
- [5] 劳向明,张亚奇,关远祥,等.肝癌术前 ICG_{R15} 测定对肝储备功能的评估[J].癌症,2004,23:1213-1217.
- [6] Fan ST. Methods and related drawbacka in the estimation of surgical risks in cirrhotic patients undergoing hepatectomy [J]. Hepatogast roenterology, 2002, 49: 17-20.
- [7] 熊炬,张金辉,张朝霞,等.原发性肝癌患者术前肝储备功能的预测与术后评价[J].肝胆外科杂志,2007,15:93-96.

(收稿日期:2009-03-23)

·临床研究 Clinical research·

改良 FOLFOX 方案联合介入治疗进展期胃癌的临床研究

史东宏, 曹建民, 高大志, 许健, 孔伟东, 李成朗, 王中秋

【摘要】目的 评价改良 FOLFOX 方案联合介入治疗进展期胃癌的疗效与安全性。**方法** 34 例进展期胃癌患者接受改良 FOLFOX 方案联合介入治疗,每 4~5 周重复 1 次,直到出现疾病进展、不能接受的毒性、或者患者选择终止治疗结束,平均 7 个疗程。不良反应按照 NCI 毒性标准记录,数据经 SPSS 15.0 统计软件采用 Kaplan-Meier 生存分析。**结果** 所有患者都能耐受治疗,平均随访 17 个月,最长随访时间为 32 个月。CR 4 例,PR 20 例,NC 6 例和 PD 4 例,RR 70.6%。中位生存期 18 个月,1 年、2 年、32 个月累积生存率分别为 76.5%,33.1%,12.5%。NCI 1~2 级不良反应包括:白细胞减少(31.9%),血小板减少(11.8%),贫血(11.8%),恶心、呕吐(41.2%),腹泻(29.4%),ALT 升高(5.9%),脱发(64.7%),周围神经炎(11.8%),NCI 3~4 级不良反应包括恶心、呕吐(47.1%),腹泻(11.8%)。4 例出现 3 级 ALT 升高。无一例患者发生与治疗相关的患者死亡。**结论** 改良 FOLFOX 方案联合介入治疗进展期胃癌疗效较高,不良反应轻,因而相当安全。

【关键词】 进展期胃癌;化学治疗;改良 Folfox 方案;介入治疗

基金项目:国家自然科学基金资助项目(30870689)

作者单位:210002 南京 南京军区南京总医院医学影像科

通信作者:曹建民 E-mail:nanzongcjm@tom.com

中图分类号:R735.2 文献标志码:B 文章编号:1008-794X(2009)-10-0759-04

Modified Folfox regimen combined with interventional therapy for the treatment of advanced gastric cancer: a clinical study

SHI Dong-hong, CAO Jian-ming, GAO Da-zhi, XU Jian, KONG Wei-dong, LI Cheng-lang, WANG Zhong-qiu. Department of Radiology, Nanjing General Hospital, Nanjing Military Command of PLA, Nanjing 210002, China

[Abstract] **Objective** To evaluate the efficacy and safety of modified Folfox regimen in combination with interventional therapy for patients with advanced gastric cancer. **Methods** Thirty-four patients were treated with modified Folfox regimen in combination with interventional therapy which was given at intervals of 4 or 5 weeks until the disease became worse, or the patient could not tolerate the drug toxicity, or the patient decided to stop the treatment. On an average, each patient received 7 therapeutic courses. Response to treatment and toxicity reaction to the drug were recorded according to NCI toxicity criteria. All data were analyzed by using Kaplan-Meier method with SPSS software (version 15.0, Chicago, IL, USA). **Results** All patients tolerated the toxicity and treatment. The mean follow-up period was 17 months, with the longest period being of 32 months. Of 34 patients, complete remission was seen in 4 (11.8%), partial remission in 20 (58.8%), stable condition in 6 (17.6%) and deterioration in 4 (11.8%). The overall response rate was 70.6%. The cumulated survival rate at 12, 24 and 32 months was 76.5%, 33.1% and 12.5% respectively, with a median survival time of 18 months. NCI grade 1 or 2 toxicities occurred, including alopecia (64.7%), peripheral neuritis (11.8%), anemia (11.8%), leucopenia (31.9%), diarrhea (29.4%), stomatitis (23.5%), thrombocytopenia (11.8%) and elevated ALT (5.9%). Grade 3 or 4 occurred in 47.1% and 11.8% of patients respectively, which included nausea, vomiting and diarrhea. Four patients developed grade 3 ALT elevation. No treatment-related death occurred. **Conclusion** Modified Folfox regimen in combination with interventional therapy is a safe and effective treatment for advanced gastric cancer with fewer adverse effects. (J Intervent Radiol, 2009, 18: 759-762)

[Key words] advanced gastric cancer; chemotherapy; modified Folfox regimen; interventional therapy

如何提高进展期胃癌的疗效成为临床面临的主要课题。我院自 1991 年以来,开展进展期胃癌新辅助化疗研究,在临床和基础研究方面已取得一定进展^[1]。本文收集了 2005 年 12 月至 2008 年 8 月资料完整的 34 例进展期胃癌患者行改良 FOLFOX 方案联合介入治疗临床资料及随访结果,现报道如下。

1 材料与方法

1.1 材料

1.1.1 一般资料 本组 34 例患者(ⅢB 期 2 例,Ⅳ期 32 例),其中男 24 例,女 10 例,年龄 31 ~ 83 岁,平均 58 岁。临床上 15 例患者表现为上腹部及剑突下隐痛,19 例表现为上腹胀满伴食欲减退、进行性消瘦。所有患者术前均行胃镜检查和组织活检病理学常规 HE 染色检查,确诊为胃癌。结果胃底贲门癌 10 例,胃窦和胃小弯癌 24 例。Borrmann II 型 6 例, Borrmann III 型 26 例, Borrmann IV 型 2 例。组织病理学分类:低分化腺癌 10 例,中分化腺癌 8 例,高分化腺癌 14 例,黏液腺癌 2 例。全部病例 ECOG 评分 < 2 分,预计生存期 > 3 个月。术前行肝、肾功能,

出、凝血,血常规检查,上腹部 CT 平扫、增强和 CTNM 分期(根据日本癌症协会(JGCA)颁发的胃癌 TNM 标准(1998 年版))^[5]。

1.1.2 仪器设备 采用 OLYMPUS GX260 电子胃镜检查,采用 Borrmann 分型并活检送检病理学常规 HE 染色检查。SIEMENS definition 64 层螺旋 CT 机扫描上腹部,扫描前肌注 654-2 10 mg,口服温开水 1 000 ml 左右,分 2 期扫描,平扫及增强扫描。增强扫描经肘前静脉团注非离子型对比剂(350 ~ 370 mg I/ml)50 ml 及生理盐水 40 ml,注射速度 4 ml/s;扫描参数为:管电压 120 kV,管电流 120 mAs,准直 1.5 mm,层厚 1 mm。图像重建层厚 5 mm,间隔 5 mm,逐一观察增强扫描轴位和冠状位图像,对病变部位、范围、胃周围淋巴结、腹腔淋巴结、肝脏是否有转移进行评价。胃内见大小不等的软组织块影、溃疡或胃壁增厚大于 10 mm 为阳性,淋巴结直径大于 5 mm 为阳性。采用 GE LCA DSA 血管机行介入治疗。

1.2 方法

1.2.1 改良 FOLFOX 方案亚叶酸钙 CF 200 mg/m², 静脉滴注, d1 ~ 4; 5-Fu 500 mg/m² 静脉便携式

微泵辅注入(Civ)22 h,d1~4;第5天术晨禁食,经股动脉插管至肿瘤供血动脉灌注化疗:奥沙利铂(OXA 85 mg/m²),依托泊苷(60 mg/m²),5-Fu(500 mg/m²),伴有肝脏转移的患者行肝动脉灌注化疗并超液化碘油乳剂栓塞(超液化碘油 5~10 ml+表阿霉素(EPI 30 mg)。每4~5周重复1次,平均7个疗程。化疗前后常规使用昂丹司琼止吐、泮托拉唑抑制胃酸、腺苷蛋氨酸和谷胱甘肽保肝,并予水化等对症处理。

1.2.2 介入方法 采用改良 Seldinger 法穿刺股动脉,DSA 下将 Rosch-RH(4F/5F)导管插入腹腔干造影(流速 5 ml/s,剂量 20 ml,压力 400 psi)。根据肿瘤发生部位及转移情况选择灌注药物的靶血管,主要包括胃左动脉(贲门癌、胃小弯癌、胃底癌)、胃右动脉和肝总动脉(胃大弯、胃窦及周围癌)、腹腔动脉干(胃癌伴淋巴结、肝转移)。导管进入靶血管后依次缓慢(15~30 min)注入化疗药物,观察患者的注药反应并及时作出相应处理。DSA 造影肝内有转移的患者超选择插管至肿瘤供血动脉,行药物灌注和超液化碘油乳剂栓塞,透视下见肝内转移灶无碘油沉积时停止栓塞。药物注射完毕后拔管,动脉穿刺部位局部压迫止血、包扎、回病房平卧 24 h。

1.2.3 疗效观察 采用 WHO 实体瘤近期疗效评价标准,对治疗前后转移淋巴结直径、肝内转移灶直径、肿瘤胃壁厚、溃疡型肿块采用溃疡周围胃壁厚度进行判断,分为完全缓解(CR)、部分缓解(PR)、无变化(NC)和进展(PD),有效率为(CR+PR)。

1.2.4 随访 本组病例电话随访从 2005 年 12 月至 2008 年 8 月 30 日止,平均随访 17 个月,最长随访时间为 32 个月。生存期计算自确诊开始至死亡或 2008 年 8 月 30 日止。

1.3 统计学方法

数据经 SPSS15.0 统计软件(Chicago, IL, USA)采用 Kaplan-Meier 进行生存分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗前后影像学表现

2.1.1 CT 表现 治疗前 10 例贲门胃底处胃壁增厚,24 例胃小弯及胃窦部胃壁增厚,明显强化;30 例肝胃间隙、大弯侧或腹主动旁淋巴结肿大,4 例无明显淋巴结肿大;16 例肝内见单发或多发低密度灶,呈环形强化。改良 FOLFOX 方案介入治疗 3 个疗程后,CT 复查 59.1%(20/34) 瘤体和肿大淋巴结缩小

明显,14 例患者效果不明显,肝内转移灶碘油沉积均欠佳。

2.1.2 DSA 表现 胃癌的血管造影显示胃癌多为富血管类型:供血动脉及分支增粗、扭曲、动脉拉直移位;肿瘤血管受侵蚀和肿瘤染色等,介入治疗后,肿瘤血供明显减少。肝动脉造影证实术前 CT 检查发现的 16 例患者肝脏转移灶,透视下见肝转移灶碘油沉积欠佳。

2.2 临床疗效

CR 4 例,PR 20 例,NC 6 例和 PD 4 例,RR 70.6%,中位生存期 18 个月,1 年、2 年、32 个月累计生存率分别为 76.5%、33.3%、12.5%。目前 10 例患者健在(生存 32、31 个月 2 例,29、28、27、26、22、21 个月各 1 例),最长随访时间为 32 个月。

2.3 并发症

并发症在治疗间歇期或经肠内营养支持治疗、止吐、粒细胞集落刺激因子肌肉注射等对症处理恢复正常,无因并发症中止化疗或致死,见表 1。

表 1 34 例进展期胃癌患者改良 FOLFOX 方案的不良反应

不良反应	发生率(n, %)(n = 34)			
	1级	2级	3级	4级
白细胞减少	6(17.6)	4(11.8)	2(5.9)	0
血小板减少	2(5.9)	2(5.9)	2(5.9)	0
贫血	1(2.9)	3(8.8)	1(2.9)	0
恶心/呕吐	0	14(41.2)	14(41.2)	2(5.9)
腹泻	6(17.6)	4(11.8)	2(5.9)	2(5.9)
口腔炎	6(17.6)	2(5.9)	0	0
ALT 升高	2(5.9)	0	4(11.8)	0
脱发	12(35.3)	10(29.4)	0	0
周围神经炎	2(5.9)	2(5.9)	0	0

3 讨论

目前临床已探索开展多种治疗手段结合的方法治疗晚期胃癌,如围绕手术开展的新辅助化疗^[1,3],静脉化疗序贯介入治疗等治疗方法已取得一定临床进步,并逐渐得到临床验证。

目前临床上就诊的胃癌患者多为Ⅲ或Ⅳ期,自然生存期为 3~4 个月,对于无法手术切除的胃癌或转移胃癌,姑息性化疗可以明显地改善患者的生活质量,提高生存时间,现在已被广泛接受^[4],但仍没有一种理想化疗方案,文献报道的静脉化疗中位生存期为 6~9 个月^[5]。

OXA 与 CF/5-Fu 并用的 FOLFOX 方案最初用于治疗晚期大肠癌,后来发现这一方案对胃癌颇具疗效,且和传统化疗或紫杉类药物不具交叉耐药性,可以作为晚期或转移胃癌的一线或二线方案使

用^[6-9]。2002 年至 2008 年有学者采用 FOLFOX 方案作为一线方案治疗进展期胃癌,中位生存期为 8.6 ~ 11.2 个月,有效率为 45% ~ 52.5%^[6-9]。血液系统不良反应主要为骨髓抑制、贫血。消化系统不良反应恶心、呕吐最常见。还有周围神经炎等。

本研究旨在探索改良 FOLFOX 方案对进展期胃癌患者临床疗效,根据“单药有效,药理作用与细胞动力学相配合、药物毒性不叠加”的原则,选择添加细胞周期特异性药物 TOPO II 抑制剂依托泊苷^[10]。同时为了减轻周围神经毒性和提高局部化疗药物浓度,我们改变用药方式,将导管插至原发灶和肝转移灶供血动脉内灌注化疗药物,对肝内转移灶进一步碘油栓塞,临床疗效得到了长期临床随访结果的证实。临床有效率为 70.6%,明显高于文献报道的静脉化疗(45% ~ 52.5%);中位生存期 18 个月,1 年、2 年、32 个月累积生存率分别为 76.5%、33.3%、12.5%。本研究结果显示改良 FOLFOX 方案中位生存期明显长于文献报道(18 个月 vs 8.6 ~ 11.2 个月),稍高于国内 2005 年曾巨浪等^[11]报道的 135 例晚期胃癌患者行动脉灌注化疗并长期随访结果(方案为 FADM),后者 1、2 年生存率分别为 51.3%及 23.0%。

本方案不良反应轻微,患者耐受性良好,骨髓抑制、周围神经炎稍低于文献报道,考虑是由于总疗程较少,瘤体供血动脉内化疗药物灌注,减少了非靶器官药物接触。同时 OXA 的累积剂量 595 mg/m² 低于以往文献报道的出现神经毒性剂量 780 ~ 800 mg/m² 引起^[12]。但本组介入术后消化系统不良反应恶心/呕吐明显高于文献报道(47.1%),可能与高浓度化疗药物一过性刺激胃肠道反应有关。本组无一例发生胃穿孔等严重并发症。

本研究初步结果提示,改良 FOLFOX 方案联合介入治疗进展期胃癌的疗效较好,不良反应轻,患者耐受性好,值得进一步研究和推广。

[参考文献]

- [1] 刘福坤,曹建民.胃恶性肿瘤术前介入治疗的基础和临床研究[J].外科理论与实践,2000,5:161-169.
- [2] Japanese Gastric Cancer Association. Japanese classification of gastric carcinoma-2nd english edition[J]. Gastric Cancer, 1998, 1: 10-24.
- [3] Louvet C, André T, Tigaud JM, et al. Phase II study of oxaliplatin, fluorouracil, and folinic acid in locally advanced or metastatic gastric cancer patients[J]. J Clin Oncol, 2002, 20: 4543-4548.
- [4] Köhne CH, Wils JA, Wilke HJ. Developments in the treatment of gastric cancer in Europe[J]. Oncology, 2000, 14: 22-25.
- [5] Kelsen DP, Daly JM, Kern SE, et al. Gastrointestinal Oncology: Principles and Practice [M]. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2002: 383-422.
- [6] de Vita F, Orditura M, Matano E, et al. A phase II study of biweekly oxaliplatin plus infusional 5-fluorouracil and folinic acid (FOLFOX-4) as first-line treatment of advanced gastric cancer patients [J]. Br J Cancer, 2005, 92: 1644-1649.
- [7] Liu ZF, Guo QS, Zhang XQ, et al. Biweekly oxaliplatin in combination with continuous infusional 5-fluorouracil, and leucovorin (modified FOLFOX-4 regimen) as first-line chemotherapy for elderly patients with advanced gastric cancer[J]. Am J Clin Oncol, 2008, 31: 259-263.
- [8] 金懋林.奥沙利铂联合亚叶酸钙、5-氟尿嘧啶治疗晚期或转移性胃癌的多中心研究[J].中华肿瘤杂志,2003,25:172-174.
- [9] Al Batran SE, Atmaca A, Hegewisch Becker S, et al. Phase II trial of biweekly infusional fluorouracil, folinic acid and oxaliplatin in patients with advanced gastric cancer [J]. J Clin Oncol, 2004, 22: 658-663.
- [10] Blagosklonny MV. Drug-resistance enables selective killing of resistant leukemia cells: exploiting of drug resistance instead of reversal[J]. Leukemia, 1999, 13: 2031-2035.
- [11] 曾巨浪,林明友,高文华,等.介入治疗晚期胃癌 135 例[J].人民军医,2005,48:24-26.
- [12] Gamelin E, Gamelin L, Bossi L, et al. Clinical aspects and molecular basis of oxaliplatin neurotoxicity: current management and development of preventive measures [J]. Semin Oncol, 2002, 29: 21-33.

(收稿日期:2009-03-26)

改良FOLFOX方案联合介入治疗进展期胃癌的临床研究

作者: [史东宏](#), [曹建民](#), [高大志](#), [许健](#), [孔伟东](#), [李成朗](#), [王中秋](#)
 作者单位: [南京军区南京总医院医学影像科, 南京, 210002](#)
 刊名: [介入放射学杂志](#) ISTIC PKU
 英文刊名: [JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)
 年, 卷(期): 2009, 18(10)
 被引用次数: 0次

参考文献(12条)

1. [刘福坤, 曹建民. 胃恶性肿瘤术前介入治疗的基础和临床研究\[J\]. 外科理论与实践, 2000, 5:161-169.](#)
2. [Japanese Gastric Cancer Association. Japanese classification of gastric carcinoma-2nd english edition\[J\]. Gastric Cancer, 1998, 1:10-24.](#)
3. [Louver C, Andre T, Tigaud JM, et al. Phase II study of oxaliplatin, fluorouracil, and folinic acid in locally advanced or metastatic gastric cancer patients\[J\]. J Clin Oncol, 2002, 20:4543-4548.](#)
4. [Kohne CH, Wils JA, Wiike HJ. Developments in the treatment of gastric cancer in Europe\[J\]. Oncology, 2000, 14:22-25.](#)
5. [Kelsen DP, Daly JM, Kern SE, et al. Gastrointestinal Oncology: Principles and Practice\[M\]. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2002:383-422.](#)
6. [de Vita F, Orditura M, Matano E, et al. A phase II study of biweekly oxaliplatin plus infusional 5-fluorouracil and folinic acid \(FOLFOX-4\) as first-line treatment of advanced gastric cancer patients\[J\]. Br J Cancer, 2005, 92:1644-1649.](#)
7. [Liu ZF, Guo QS, Zhang XQ, et al. Biweekly oxaliplatin in combination with continuous infusional 5-fluorouracil, and leucovorin \(modified FOLFOX-4 regimen\) as first-line chemotherapy for elderly patients with advanced gastric cancer\[J\]. Am J Clin Oncol, 2008, 31:259-263.](#)
8. [金懋林. 奥沙利铂联合亚叶酸钙、5-氟尿嘧啶治疗晚期或转移性胃癌的多中心研究\[J\]. 中华肿瘤杂志, 2003, 25:172-174.](#)
9. [Al Batran SE, Atmaca A, Hegewiach Becket S, et al. Phase II trial of biweekly infusional fluorouracil, folinic acid and oxaliplatin in patients with advanced gastric cancer\[J\]. J Clin Oncol, 2004, 22:658-663.](#)
10. [Blagosklonny MV. Drug-resistance enables selective killing of resistant leukemia cells: exploiting of drug resistance instead of reversal\[J\]. Leukemia, 1999, 13:2031-2035.](#)
11. [曾巨浪, 林明友, 高文华, 等. 介入治疗晚期胃癌135例\[J\]. 人民军医, 2005, 48:24-26.](#)
12. [Gamelin E, Gamelin L, Bossi L, et al. Clinical aspects and molecular basis of oxaliplatin neurotoxicity: current management and development of preventive measures\[J\]. Semin Oncol, 2002, 29:21-33.](#)

相似文献(10条)

1. 会议论文 [金懋林 进展期胃癌规范化全身化学治疗](#) 2007
 本文就进展期胃癌规范化全身化学治疗问题进行了研究, 文章围绕进展期胃癌全身化学治疗规范化历程、进展期胃癌全身化学治疗规范化指南、进展期胃癌全身化学治疗现状以及进展期胃癌规范化全身化学治疗等内容展开。
2. 期刊论文 [叶正宝, 朱正纲. YE Zheng-bao, ZHU Zheng-gang 进展期胃癌综合治疗的现状和进展 - 中国癌症杂志](#) 2006, 16(10)
 本文主要综述进展期胃癌的手术治疗、化学治疗及放射治疗的现状和进展. 对于Ⅱ/Ⅲ期的胃癌主要是以D2手术根治为主, 并辅以术中的热疗. 对于完整的手术前分期检查, 使得ⅢB/Ⅳ期的患者予以新辅助化疗后再行手术, 这部分手术再切除, 可提高胃癌患者的生存率, 亦能改善生活质量. 术后的辅助治疗, 在原有的氟尿嘧啶、多柔比星(阿霉素)、顺铂治疗方案的基础上, 氟尿嘧啶与奥沙利铂(乐沙定)、氟尿嘧啶、顺铂与紫杉醇组合及顺铂加CPT-11组成的方案有效率均有不同程度的提高. 术后的放化疗结合也在研究探讨之中。
3. 期刊论文 [毛新彦. MAO Xin-yan 多西紫杉醇联合顺铂、5-氟尿嘧啶化疗治疗进展期胃癌的48例疗效观察 - 中国实用医药](#) 2009, 4(9)
 目的 探讨多西紫杉醇、顺铂、5-氟尿嘧啶的联合化疗方案对进展期胃癌的疗效和毒副作用. 方法 自2007年1月至2008年12月共有48例进展期胃癌患者入组本次临床研究. 化疗方案为: 多西紫杉醇75 mg/m², 第1天; 顺铂25 mg/m², 第1~3天; 5-氟尿嘧啶500 mg/m², 持续滴入或泵入(第1~5天), 每3周为1个周期, 共2个周期. 观察化疗后肿瘤原发病灶的变化情况及化疗的毒副反应. 结果 临床有效率为62. 5%, 其中完全缓解(CR) 2例, 部分缓解(PR) 28例, 疾病稳定(SD) 13例, 疾病进展(PD) 5例. 毒副作用主要是白细胞减少、腹泻、恶心、呕吐、脱发, 但未有因此而死亡的病例. 结论 多西紫杉醇加顺铂及5-氟尿嘧啶的联合化疗方案是治疗进展期胃癌有效安全的方法之一。
4. 期刊论文 [刘超英, 李江. 许粤颖, 胡红. 王润洁. LIU Chao-ying, LI Jiang, XU Juan-ying, HU Hong, WANG Run-jie 卡培他滨联合奥沙利铂治疗进展期胃癌68例 - 临床肿瘤学杂志](#) 2008, 13(11)
 目的: 观察卡培他滨联合奥沙利铂治疗进展期胃癌的疗效及安全性. 方法: 经病理证实的进展期胃癌患者, 应用卡培他滨2 000mg/m², 分早晚2次口服, d1~d14, 服用2周后休息1周; 奥沙利铂130mg/m², 静脉滴注, 持续4h以上, d1, 21天为1个周期. 结果: 全组68例患者, 获CR 2例, PR 34例, 总有效率为52. 9%, 中位疾病进展时间(TTP)为7. 3个月. 中位生存期(OS) 11. 9个月. 1年生存率为42. 9%. 毒副反应以Ⅰ~Ⅱ度为主, 出现Ⅲ度白细胞减少3例、血小板减少5例、恶心呕吐1例以及腹泻4例, 无Ⅳ度毒副反应. 结论: 卡培他滨联合奥沙利铂治疗进展期胃癌有效率较高, 毒副反应较低, 患者耐受性好。
5. 期刊论文 [梁进, 毕清. 杨润祥. LIANG Jin, BI Qing, YANG Run-xiang 多西他赛联合奥沙利铂治疗进展期胃癌的临床观察 - 实用癌症杂志](#) 2007, 22(5)
 目的 观察多西他赛联合奥沙利铂治疗进展期胃癌的近期疗效和不良反应. 方法 28例进展期胃癌以多西他赛75 mg/m²第1天, 奥沙利铂130mg/m²第2天行全身化疗, 21~28天为1个周期, 2个周期后评价疗效和不良反应. 结果 28例患者, 完全缓解1例, 部分缓解14例, 稳定9例, 进展4例, 总有效率为53. 57%. 结论 多西他赛联合奥沙利铂治疗进展期胃癌疗效好, 患者生活质量提

高,不良反应可耐受,值得在临床上推广。

6. 期刊论文 [徐小红. 谭清和. 龚振夏. 周建明. PELF方案治疗进展期胃癌67例临床研究 - 南通医学院学报2003, 23 \(2\)](#)

目的:观察PELF方案治疗进展期胃癌的效果及毒副反应. 方法:67例进展期胃癌采用PELF方案治疗, 顺铂(PDD) 50mg第1~3天, 足叶乙甙(Vp16) 100mg, 第1~5天, 甲酰四氢叶酸钙(CF) 100~300mg, 第1~5天, 5-氟尿嘧啶(5-Fu) 750mg, 第1~5天(持续静滴120h), 每21~28天重复. 结果:可评价疗效者63例, 完全缓解8例(12. 7%), 部分缓解26例(41. 3%), 总缓解率(54. 0%). 可评价毒副反应65例, 剂量限制性毒性为骨髓抑制, 以白细胞下降尤为明显, 49例(75. 4%), 其中III~IV度19例(29. 2%). 血红蛋白及血小板亦有不同程度的下降, 口腔粘膜炎的发生率为9. 2%. 结论:PELF方案治疗进展期胃癌效果好, 毒副反应能耐受.

7. 会议论文 [金懋林. 进展期胃癌化学治疗的现状 1998](#)

胃癌是常见恶性肿瘤, 在国内是最高发肿瘤. 当前的诊治状况是一高三低, 即发病率高, 早诊率低(低于10%), 手术切除率低(仅40~70 %), 五年生存率低(30~40 %). 近年诊断水平提高, 但IV期患者仍占10~20 %, 接受手术治疗者中约30%仅做非切除术(改道、造瘘、探查), 获根治切除术后复发者约20~30 %. 可以看出全部胃癌患者当中占50~80 %不能手术, 非根治术及切除术后复发转移患者处于晚期, 化学治疗成为综合治疗的主要手段, 本文就晚期胃癌全身化疗的现状与进展做一综述.

8. 期刊论文 [韩少荣. 王宝成. 毕经旺. 史杰. 狄剑时. 胡君莉. 刘英新. 以化疗为主综合治疗进展期胃癌543例 - 实用医药杂志2010, 27 \(3\)](#)

进展期胃癌(advanced gastric cancer, AGC)由于已存在腹腔内播散和/或远处转移, 大多数患者失去根治的机会, 姑息性手术对于AGC的整体疗效作用有限[1]. 随着认识的提高和观念的改变, 以化疗为主的综合治疗模式逐渐形成, AGC的生存期和生活质量有所改善. 本文利用笔者所在医院建立的医院病案检索系统的数据库资料, 分析1998-01~2009-01笔者所在医院543例可评价进展期胃癌患者的临床病理因素及在综合治疗模式下的近期疗效、中位生存期和生活质量, 为临床提供有益的参考.

9. 期刊论文 [袁华墅. 肖晓洪. 黄海. XELOX方案一线治疗老年进展期胃癌临床观察 - 实用癌症杂志2009, 24 \(6\)](#)

老年胃癌早期诊断率较低, 临床确诊时多数为晚期, 失去手术机会, 而且即便行根治术的患者, 术后50%左右仍会出现复发、转移, 故药物治疗非常重要, 但至今没有标准化疗方案. 自2006年6月以来, 我科采用卡培他滨联合奥沙利铂(XELOX)方案治疗老年进展期胃癌22例, 取得了较好疗效, 现报告如下.

10. 期刊论文 [高辉. 丁鑫. 魏东. 许涛. 程朋. 张涛. GAO Hui. DING Xin. WEI Dong. XU Tao. CHENG Peng. ZHANG Tao. 多西他赛对比表柔比星联合顺铂、亚叶酸钙和氟尿嘧啶一线治疗进展期胃癌的随机对照研究 - 临床肿瘤学杂志2010, 15 \(6\)](#)

目的 研究多西他赛(TXT)对比表柔比星(EPI)联合顺铂(DDP)、亚叶酸钙(LV)、氟尿嘧啶(5-FU)持续滴注一线治疗进展期胃癌的疗效和不良反应. 方法 2005年1月至2007年1月, 64例进展期胃癌住院患者按随机数字表随机分为DCF方案组和ECF方案组各32例. DCF方案组给予TXT、DDP、LV联合低剂量5-FU持续静脉滴注化疗; ECF组给予EPI、DDP、LV联合低剂量5-FU持续静脉滴注化疗, 21天为1周期. 至少完成2个周期化疗后评价两组的有效率、不良反应、疾病进展时间(TTP)和总生存时间(OS). 结果 两组患者均可评价疗效. DCF方案组总有效率(ORR)为56. 3%, ECF方案组为28. 1%, 两组差异有统计学意义($P=0. 023$); 在TTP和OS方面DCF方案组均优于ECF方案组($P<0. 05$). 除过敏反应外, 两组患者的不良反应均无统计学意义($P>0. 05$), 两组均无3~4级过敏反应发生. 结论 三周方案TXT、DDP和LV联合低剂量5-FU静脉持续滴注治疗进展期胃癌疗效优于ECF方案, 不良反应相似, 值得进一步推广.

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200910012.aspx

授权使用: qknfy(qknfy), 授权号: 0883026c-0a2d-4171-9f5a-9df70172b6a9

下载时间: 2010年9月20日