



改良密集 EC 序贯紫杉醇周疗法在高危乳腺癌患者术后的安全性及效果

李伟卓

广西梧州市红十字会医院化疗科一区 543002

【摘要】目的 分析改良密集 EC 序贯紫杉醇周疗法在高危乳腺癌患者术后的安全性及效果。**方法** 选取 64 例高危乳腺癌患者，术后随机将其分为密集组和常规组，每组 32 例。密集组给予 3 周双周 EC 方案治疗 4 个疗程，序贯紫杉醇每周疗法 10 周化疗，常规组给予 3 周 EC 方案 4 个疗程，序贯紫杉醇 3 周方案 4 个疗程化疗。对比两组的疗效。**结果** 对患者进行为其 3 年的随访，3 年内密集组和常规组 3 年内无瘤生存率分别为 87.5% 和 78.1%，总生存率分别为 90.6% 和 84.4%，其差异均无统计学意义 ($P < 0.05$)；两组治疗毒性均可耐受，在预防性 G-CSF 的支持下，密集组和常规组的白细胞减少发生率分别是 68.8% 和 84.4%，其差异无统计学意义。**结论** 改良密集 EC 序贯紫杉醇周疗法在高危乳腺癌患者术后的治疗中具有很好的效果，治疗毒性可耐受，安全性好，值得进行深入的临床研究。

【关键词】 紫杉醇；高危乳腺癌；安全性；效果

【中图分类号】 R737.9 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2018) 02-035-02

在乳腺癌的临床治疗中，术后辅助化疗很早就临床中的到应用，早期的乳腺癌化疗方案包括 CAF、CMF 等。进入 20 世纪 90 年代后，乳腺癌术后化疗逐渐开始使用含紫杉醇类方案，并且具有很好的效果，通常来说，辅助化疗的常规用药间隔是 3 周。但是随着研究的深入，紫杉醇 3 周给药的用法被取消，将紫杉醇每周疗法作为主要的使用方法。我院近年来对紫杉醇每周疗法进行改进，在高危乳腺癌患者术后的辅助化疗中应用改良密集 EC 序贯紫杉醇周疗法，现将过程报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2012 年 6 月-2015 年 5 月收治的 62 例高危乳腺癌患者，随机将其分为密集组和常规组，每组 32 例，密集组给予密集 EC → 紫杉醇周疗法进行辅助化疗，而常规组给予常规 EC → 紫杉醇 3 周疗法进行辅助化疗。其中密集组年龄 28-59 岁，平均年龄 44 岁；病理分期：13 例 II 期，19 例 III 期；4 例浸润性小叶癌，25 例浸润性导管癌，3 例其他类型。常规组年龄 27-59 岁，平均年龄 43 岁；病理分期：11 例 II 期，21 例 III 期；2 例浸润性小叶癌，28 例浸润性导管癌，2 例其他类型。两组患者的一般资料对比，其差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，具有可比性。

1.2 化疗方法

两组患者均给予环磷酰胺 $600\text{mg}/\text{m}^2$ ，iv， d_1 ；比表柔比星 $90\text{mg}/\text{m}^2$ ，iv， d_1 。密集组和常规组均接受 4 个周期的化疗，常规组每 3 周重复，密集组每 2 周重复。第五个周期时，常规组序贯予以 $175\text{mg}/\text{m}^2$ ，iv，3h， d_1 紫杉醇，与前四个周期一样每 3 周重复，进行 4 个周期的治疗；密集组序贯予以 $100\text{mg}/\text{m}^2$ ，iv，1h， d_1 紫杉醇，每周重复，共治疗 10 周。两组在进行治疗的过程中，对其进行止吐治疗。密集组在化疗结束 2d 天，预防性注射 $150\mu\text{g}$ 重组人粒细胞刺激因子。如果常规组出现 2 级以上粒细胞减少，同样需要注射重组人粒细胞刺激因子。

1.3 安全性以及毒性反应评价

针对患者化疗毒性的评价，主要依据 NCI2009 年公布的 CTCAE4.0 版分级标准。在本组患者化疗期间，每周化疗前后对其进行心电图、肝肾功能等检查，每周对其进行 2-3 次的血常规检查。

1.4 随访与疗效观察

在化疗期间，化疗前后对患者进行乳腺 + 腋窝彩超、腹部 B 超、肿瘤标志物、生化、心电图、肝功能、血常规、胸部 X 线片等检查。在化疗结束后前 3 年，以 3 个月为周期，每周进行 1 次随访；在化疗结束后 4-5 年，以 6 个月为周期，每周进行 1 次随访；此后以 12 个月为周期，每周进行 1 次随访。观察患者的总生存期 (OS)、无病生存期 (DFS)，其中 OS 为化疗开始到任何原因导致死亡的时间，DFS 为化疗开始到肿瘤转移、复发，或者非肿瘤相关死亡。

1.5 统计学分析

使用 SPSS15.0 统计软件，计数资料用 (%) 表示，采用方差检验。以 $P < 0.05$ 表示结果有统计学意义。

2 结果

2.1 毒性反应

在预防性 G-CSF 的支持下，密集组和常规组出此案白细胞减少的人数分别是 22 例和 27 例，白细胞减少发生率分别是 68.8% 和 84.4%，其差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。其中密集组和常规组 3-4 白细胞减少人数分别是 1 例和 3 例，白细胞减少发生率分别是 3.1% 和 9.4%，其差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。密集组合并贫血患者 16 例 (50.0%)，常规组合并贫血者 5 例 (15.6%)，密集组明显高于常规组 ($P < 0.05$)。密集组合并 1-2 周围神经毒性者 18 例 (56.3%)，常规组合并 1-2 周围神经毒性者 8 例 (25.0)，密集组明显高于常规组 ($P < 0.05$)。两组患者胃肠道反应、脱发均十分常见，其差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；两组患者心率失常、肝功能损伤均十分少见，其差异亦无统计学意义 ($P > 0.05$)。两组患者均未发生治疗死亡以及过敏性休克情况。

2.2 生存分析

对患者进行随访调查，在随访 37 个月后，密集组和常规组 3 年无瘤生存率分别为 87.5% 和 78.1%，总生存率分别为 90.6% 和 84.4%，其差异均无统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 讨论

系统性化疗可以十分有效的改善术后乳腺癌患者的 OS、DFS，但是有高危复发风险的患者的预后并不是十分理想。当前，有关的学者试图缩短化疗间隔、增加单次化疗剂量等方式，提升化疗效果。很多研究表明，如果化疗药物的单次剂量达到一定程度的提升后，不仅无法很好的提高药物的药效，

(下转第 37 页)



食欲低下、胃脘疼痛、腹泻甚至厌食等为表现。

伊托必利具有多巴胺 D2 受体阻断和乙酰胆碱酯酶抑制的两重作用, 有利于促进胃十二指肠运动, 刺激胃排空, 改善症状。伊托必利通过口服快速吸收, 30 分钟达到血浆峰值浓度, 半衰期约 6 小时, 适用于由功能性消化不良引起的食欲不振、饱腹等症状^[3-4]。莫沙必利属于一种选择性 5-羟色胺受体激动剂, 可促进乙酰胆碱的释放, 并对胃肠道产生刺激作用, 促使胃肠动力得到改善, 从而消除胃肠道症状, 但不影响胃酸分泌。该药与脑神经元突触膜上的多巴胺受体 D2, 5-HT1 和 5-HT2 受体, 肾上腺素能 $\alpha 1$ 受体没有亲和力, 因此不会引起锥体外系综合征等不良反应, 口服后快速吸收, 高浓度聚集在胃肠道, 肝脏和肾脏局部组织中, 其次则在血浆中分布。相对于伊托必利, 莫沙必利的适用范围更广, 除了适合原发消化系统疾病患者, 也适合糖尿病性胃轻瘫、胃部分切除后所引起的胃肠道疾病^[5-6]。

本研究中, 对照组给予伊托必利治疗, 观察组则给予莫沙必利治疗。结果显示, 观察组功能性消化不良临床干预效果高于对照组, $P < 0.05$; 观察组各种症状消失的时间优于对照组, $P < 0.05$; 治疗前两组生活质量 QOL 和胃动力情况相近, $P > 0.05$; 治疗后观察组生活质量 QOL 和胃动力情况优于对照组, P

< 0.05 。观察组治疗副作用率和对照组无明显差异, $P > 0.05$ 。

综上所述, 莫沙必利治疗功能性消化不良的应用效果确切, 可有效改善胃动力和症状, 恢复生活质量, 无明显不良反应, 安全有效, 值得推广应用。

参考文献:

- [1] 李元军, 徐铭晨, 孙长松. 伊托必利与莫沙必利比较治疗功能性消化不良的临床效果 [J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2018, 2(03):51.
- [2] 罗培元, 赵艳红. 伊托必利与莫沙必利治疗功能性消化不良的效果比较 [J]. 中外医学研究, 2017, 15(05):133-134.
- [3] 吴永强, 赵景成, 宗湘裕, 古豫. 伊托必利与莫沙必利比较治疗功能性消化不良的系统评价 [J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(11):207-208.
- [4] 陈萍. 促胃肠动力药物治疗功能性消化不良的系统评价 [J]. 中国医药指南, 2016, 14(10):156.
- [5] 杜爱民, 杨霞, 毛勇, 王咏梅. 胃肠道动力药联用黛力新治疗功能性消化不良的对比研究 [J]. 临床消化病杂志, 2013, 25(03):138-140.
- [6] 王百川. 复方消化酶与其他药物在功能性消化不良中的临床应用 [J]. 中国老年保健医学, 2013, 11(04):68-69.

(上接第 33 页)

对 52 例试验组病患应用了阿奇霉素注射液治疗方案, 对 52 例对照组病患应用了头孢唑肟注射液治疗方案, 经为期 5d 的治疗之后, 笔者发现, 试验组的止咳时间和退热时间都明显比对照组缩短, $P < 0.05$; 试验组治疗的总有效率为 96.15%, 和对照组的 78.85% 比较显著升高, $P < 0.05$; 试验组的湿啰音消失时间为 (3.77 ± 1.74) d, 明显短于对照组的 (8.12 ± 1.96) d, $P < 0.05$ 。总之, 于下呼吸道感染中积极对患者应用阿奇霉素注射液, 可加快其咳嗽与发热等症状的缓解速度, 提高临床治愈率。

参考文献:

- [1] 王益旺, 严清梅, 刘叶青等. 阿奇霉素注射液治疗下

呼吸道的效果观察 [J]. 海峡药学, 2015, (8):92-93.

- [2] 沈孝宽. 用阿奇霉素注射液治疗下呼吸道感染的疗效观察 [J]. 当代医药论丛, 2014, (5):138-139.
- [3] 张安顺. 阿奇霉素注射液的临床应用价值观察 [J]. 中国卫生产业, 2014, (30):1-2.
- [4] 陈美珍, 郑佩香, 洪军兰等. 阿奇霉素注射液治疗下呼吸道感染的疗效观察 [J]. 当代医学, 2011, 17(8):18-19.
- [5] 王波. 应用阿奇霉素注射液治疗下呼吸道感染 160 例的疗效分析 [J]. 求医问药 (下半月刊), 2013, 11(7):303.
- [6] 赵方超. 阿奇霉素注射液联合博利康尼治疗喘息性肺炎疗效观察 [J]. 中国医学创新, 2012, 09(13):133.

(上接第 34 页)

临床疗效分析 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2017, 22(35):55, 58.

- [2] 吴文旭. 桡骨远端骨折石膏夹板外固定与小夹板固定的疗效分析 [J]. 养生保健指南, 2016, 13(51):143-144.

[3] 饶科峰, 陈建章, 付抚东, 等. 三黄散外敷结合小夹板治疗中老年人 Colles 骨折的疗效 [J]. 中国老年学杂志, 2016, 18(9):2205-2207.

- [4] 王俊杰, 杨春燕. 内侧石膏托联合外侧小夹板治疗踝关节外旋型骨折 [J]. 中国医药指南, 2015, 9(30):82-82, 83.

(上接第 35 页)

而且将会很大程度的提高药物的毒副作用, 进而对患者产生危害。密集化疗是根据肿瘤的增殖特性, 在给予标准药物剂量的同时, 缩短给药间隙, 以此提升患者的化疗效果。

本研究将改良密集 EC 序贯紫杉醇周疗法应用于危乳腺癌患者术后的化疗中, 密集组 3 年的 DFS、OS 分别是 87.5% 和 90.6%, 与常规组相比无统计学意义。但是密集组的 DFS 有由于常规组的趋势, 结果相近是由于样本数量以及随访时间的不足。至于两组的毒性反应, 虽然密集组出现血液学毒性的可能性很高, 但是通过预防性 G-CSF 的应用, 其白细胞减少率明显比常规组低, 但是在使用 G-CSF 药物的过程中, 可能会引发很多并发症。密集组合并 1-2 周围神经毒性、贫血率均高于常规组。但是由于均以 1-2 级毒性反应为主, 因此患者可耐受。综上所述, 改良密集 EC 序贯紫杉醇周疗法应用于危乳腺癌患者术后的化疗中是可行的。

参考文献:

- [1] 邵剑锋, 练英妮, 李曙平. 以紫杉醇周疗法改良标准密集 EC \rightarrow P 方案用于高危乳腺癌辅助化疗的临床研究 [J]. 中国肿瘤, 2014, 23(1):77-80.
- [2] 胡赛男, 张莉莉, 俞乔, 等. 剂量密集新辅助化疗方案治疗乳腺癌的临床效果 [J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(19):39-43.
- [3] 李丹丹. 乳腺癌新辅助化疗中紫杉醇每周与二周方案近期疗效的初步观察 [D]. 贵阳医学院, 2012.
- [4] 胡赛男, 俞乔, 胡亦钦, 等. EC 序贯 P 剂量密集方案与 TEC 方案在乳腺癌新辅助化疗中的疗效比较 [J]. 临床肿瘤学杂志, 2015(4):327-332.
- [5] 杨鑫, 唐一吟, 苏亚梅, 等. 紫杉醇联合卡铂新辅助化疗单周方案治疗三阴性乳腺癌的疗效探讨 [J]. 医学信息, 2015(24).