

奥沙利铂联合胸腺肽治疗肺癌合并恶性胸腔积液效果观察

唐玉兰

衡阳市第一人民医院肿瘤内科 湖南衡阳 421002

[摘要]目的 研究奥沙利铂联合胸腺肽治疗肺癌合并恶性胸腔积液的临床效果。方法 将 2014 年 6 月到 2016 年 5 月期间于我院接受治疗的肺癌患者 80 例作为研究对象, 将其按照治疗方法的不同分为对照组和试验组各 40 例。给予对照组单纯奥沙利铂治疗, 给予试验组患者奥沙利铂联合胸腺肽治疗。观察两组患者临床疗效, 对两组患者治疗后的免疫功能进行比较, 并比较两组患者的消化道反应、发热和骨髓抑制等不良反应的发生情况。结果 两组治疗效果相比试验组优于对照组, 数据相比 $P < 0.05$ 。两组免疫功能各项指标相比试验组优于对照组, 数据相比 $P < 0.05$ 。并且试验组消化道反应、发热和骨髓抑制等不良反应发生情况相比试验组优于对照组, 数据相比 $P < 0.05$ 。结论 奥沙利铂联合胸腺肽治疗肺癌合并恶性胸腔积液的效果较好, 具有较高临床价值。

[关键词] 奥沙利铂; 胸腺肽; 肺癌; 恶性胸腔积液

[中图分类号] R734.2

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2018) 01-076-02

肺癌是发病率和死亡率增长最快的恶性肿瘤, 其在男性群体中的发病率相对较高。肺癌的病因较为复杂, 目前尚未完全明确, 但其与吸烟、职业和环境接触、电离辐射、既往肺部慢性感染、大气污染及遗传因素等存在密切关联^[1]。在肺癌患者发展至晚期时, 其因浸润或转移会出现恶性胸腔积液, 胸腔积液不断增长导致周围组织及心脏受到压迫, 从而使得患者出现胸闷和呼吸困难等症状, 严重威胁患者的生命安全。本研究对奥沙利铂联合胸腺肽治疗肺癌合并恶性胸腔积液的临床效果进行分析, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2014 年 6 月到 2016 年 5 月期间于我院接受治疗的肺癌患者 80 例作为研究对象, 将其按照治疗方法的不同分为对照组和试验组各 40 例。对照组男 28 例, 女 12 例, 患者年龄 39 ~ 72 岁, 平均 (48.75 ± 8.54) 岁, 胸腔积液量 22 例, 大量 18 例。试验组男 27 例, 女 13 例, 患者年龄 41 ~ 70 岁, 平均 (48.62 ± 8.49) 岁, 胸腔积液量 21 例, 大量 19 例。两组基本资料相比 $P > 0.05$, 具有可比性。

1.2 方法

所有患者入院后均采用胸腔内置管引流术进行治疗, 经过 B 超证实胸腔积液引流干净后采用胸腔药物灌注治疗。其中治疗前 1d 开始给予患者氯雷他定片口服, 按照 10 mg / 次的标准于每晚睡前服用, 连续用药 1 周。灌注治疗前 30min 使用 25 mg 盐酸异丙嗪进行肌肉注射以预防过敏, 使用 20 mg 甲氧氯普胺进行肌肉注射以预防胃肠道反应, 将 10 mg 地塞米松与 10ml 浓度为 2% 的利多卡因加入到 10ml 浓度为 0.9% 的氯化钠溶液中经引流管注入胸腔内以减轻胸膜反应。

对照组在常规治疗的基础上采用奥沙利铂治疗, 按照 100 mg / m² 的标准经引流管缓慢注入胸腔。试验组在常规治疗的基础上采用奥沙利铂联合胸腺肽治疗, 其中奥沙利铂的用量与对照组相同, 同时按照 300 mg / 次的标准将胸腺肽注射液经引流管缓慢注入胸腔。用药完成后均采用肝素帽进行

封管处理, 并协助患者保持去枕平卧 15min 后左右翻身变化体位至 2 小时, 2d 后对患者胸腔积液进行引流, 按照 1 次 / 周的标准连续治疗 4 次为 1 个疗程, 连续治疗 2 个疗程。

1.3 评价指标

观察两组患者临床疗效, 对两组治疗后的免疫功能进行比较, 并比较两组患者的消化道反应、发热和骨髓抑制等不良反应的发生情况。疗效判定标准为: 治疗后胸腔积液完全消失且 1 个月以上未见复发, 则为完全缓解; 治疗后胸腔积液总量减少 50% 以上, 1 个月内未见增多, 则为部分缓解; 治疗后胸腔积液减少在 50% 及以下, 一个月内未增多, 则为稳定; 治疗后胸腔积液明显增加, 则为进展。治疗有效率 = 完全缓解率 + 部分缓解率。免疫功能检测主要是观察血液血清中 T 淋巴细胞和炎症因子。

1.4 数据处理

数据处理采用 SPSS22.0 统计学软件完成, 用百分率和 ($\bar{x} \pm s$) 表示计数资料与计量资料, 用 χ^2 检验和 t 检验完成统计学检验, $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较

两组治疗后临床疗效相比试验组更高, 数据相比 $P < 0.05$, 如表 1 所示。

表 1: 两组临床疗效对比 (例 / %)

组别	完全缓解	部分缓解	稳定	进展	有效率 (%)
试验组	9 (22.50)	27 (67.50)	3 (7.50)	1 (2.50)	90.00
对照组	5 (12.50)	22 (55.00)	8 (20.00)	5 (12.50)	67.50
χ^2					6.0504
P					0.0139

2.2 两组治疗后血清 T 细胞及炎症因子水平比较

两组治疗后血清 T 细胞及炎症因子水平相比试验组均优于对照组, 两组数据相比 $P < 0.05$, 如表 2 所示。

表 2: 两组治疗后免疫功能检验指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	CD3+ (%)	CD4+ (%)	CD8+ (%)	IL-6 (ng/ml)	TNF- α (ng/ml)
试验组	74.31 ± 7.69*	46.22 ± 6.14*	31.56 ± 6.42*	168.54 ± 42.56*	158.39 ± 43.67*
对照组	63.52 ± 6.18	36.95 ± 4.87	27.95 ± 4.19	223.62 ± 75.92	285.69 ± 105.36
t	6.7825	8.2567	5.4238	11.2846	14.8246
P	0.0013	0.0009	0.0076	0.0000	0.0000

2.3 两组消化道反应、发热和骨髓抑制等不良反应比较

两组消化道反应、发热和骨髓抑制等不良反应发生率相比试验组均低于对照组, 数据相比 $P < 0.05$, 如表 3 所示。

3 讨论

恶性胸腔积液是肺癌患者的常见并发症, 其不仅会导致

患者的正常生活受到严重影响, 还会导致患者的治疗效果受到严重影响, 对患者的生命安全造成严重威胁^[2]。根据临床研究, 胸腔积液主要是因毛细血管内皮细胞炎性所致的毛细血管通透性增加、纵膈转移瘤和放疗所致纤维化等导致纵膈淋巴管梗阻, 从而导致患者出现胸腔积液^[3]。

目前临床上对恶性胸腔积液的治疗主要是采用化疗方式,其能有效促进胸腔积液吸收,改善患者的临床症状。但由于多数原发性肿瘤对常规化疗药物敏感度较差,因此需要根据患者的实际情况选择相应的药物对其进行治疗。奥沙利铂是一种新的铂类衍生物,其通过代谢产物与 DNA 进行交联,让 DNA 和 RNA 的合成受到抑制,并对肿瘤细胞的凋亡起到诱导作用,从而让机体的免疫学反应被触发后发挥抗肿瘤活性^[4]。胸腺肽是胸腺组织上皮细胞分泌的多肽激素,其能对 T 细胞的成熟起到促激活作用,从而让患者机体的细胞免疫的得到激活^[5]。

本研究对奥沙利铂联合胸腺肽治疗肺癌恶性胸腔积液的临床效果进行分析,两组治疗有效率相比试验组高于对照组,数据相比 $P < 0.05$ 。两组治疗后免疫功能各项指标相比试验组优于对照组,数据相比 $P < 0.05$ 。并且两组消化道反应、发热和骨髓抑制等不良反应发生率相比试验组低于对照组,数据相比 $P < 0.05$ 。说明奥沙利铂联合胸腺肽治疗肺癌恶性胸腔积液的临床效果显著,值得在临床上推广应用。

表 3: 消化道反应、发热和骨髓抑制等不良反应发生率对

比(例/%)

组别	消化道反应	发热	骨髓抑制	发生率(%)
试验组	3 (7.50)	2 (5.00)	1 (2.50)	15.00
对照组	6 (15.00)	4 (10.00)	4 (10.00)	35.00
χ^2				4.2667
P				0.0388

[参考文献]

[1] 鹿进宝. 奥沙利铂联合胸腺肽在肺癌合并恶性胸腔积液的应用效果 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(14):2705.
[2] 杨明生, 任中海. 奥沙利铂联合胸腺肽治疗肺癌合并恶性胸腔积液的临床观察 [J]. 中国药房, 2016, 27(27):3767-3770.
[3] 李琪, 肖贵华, 程长浩. 康莱特联合奥沙利铂胸腔灌注治疗恶性胸腔积液及对 RCAS1、VEGF 表达的影响 [J/OL]. 现代肿瘤医学, 2016, 24(11):1736-1739.
[4] 梁锡堂, 马国平, 高雪平. 奥沙利铂联合胸腺肽治疗肺癌恶性胸腔积液临床疗效分析 [J]. 河北医药, 2015, 37(13):1994-1996.
[5] 贾金明, 吕东华, 李中华, 牛彩勤. 奥沙利铂行胸腔热灌注治疗恶性胸水的疗效观察 [J]. 中国医药指南, 2014, 12(13):103-104.

(上接第 73 页)

下腔出血、脑组织挫裂伤以及不当手术操作,使得脑组织坏死或蛛网膜粘连,对其蛛网膜下腔造成阻塞,影响脑脊液的吸收,从而导致出现脑积水^[3];同时患者在去骨瓣减压治疗后,其颅脑处于缺损状态,这样会影响颅脑内外平衡,导致脑组织变形或位移,扩大脑腔,使得脑脊液产生,出现脑脊液循环和吸收障碍,诱发或加重患者的脑积水。

以往为脑外伤伴脑积水患者实施治疗主要是在其早期脑室-腹腔分流术后的 3 个月-6 个月,在其脑膨出消失后,为患者实施颅骨修补术治疗,这样可以避免纤维结缔组织膜或硬脑膜缺损所致的皮瓣下积液或感染的出现^[4]。但是脑外伤患者伤后 3 个月内为最佳的恢复期,而延期手术的时间较长,会延误患者的最佳恢复时间。而早期脑室-腹腔分流术后,为患者同期实施颅脑修补术治疗,可避免患者因颅骨缺损而出现颅脑容积变化的情况,减少脑积水对其神经系统的不良损伤,防止脑膨出骨窗疝的形成。同时,同期手术可以将暴露时间缩短,维持颅内压的稳定性,减少麻醉次数和手术损伤程度,更好对并发症的发生进行控制^[5]。

综上所述,早期脑室-腹腔分流术同期配合颅脑修补术应用于脑外伤伴脑积水患者中,能够对其并发症的发生进行控制,促进其预后的改善,具有较高的应用价值。

[参考文献]

[1] 黄程. 分期脑室-腹腔分流术及颅骨修补术治疗外伤性脑积水合并颅骨缺损患者的临床效果 [J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(13):94-95.
[2] 张建华, 朱锋, 艾训平等. 颅脑外伤后颅骨缺损合并脑积水早期行颅骨修补及脑室腹腔分流术效果分析 [J]. 中国实用医药, 2015, 10(35):46-47.
[3] 陈铁铮, 周俊雪, 荣广成等. 基于脑室腹腔分流术探究颅骨修补用于颅脑外伤并发脑积水治疗的最佳时机 [J]. 心理医生, 2015, 21(13):53-54.
[4] 景雪峰, 关俊宏. 颅脑外伤后脑室腹腔分流术并同期颅骨修补对颅脑外伤预后临床分析 [J]. 中国疗养医学, 2016, 25(1):30-31.
[5] 王光明, 成毅, 胡克亮等. 脑室腹腔分流术联合不同时期颅骨修补治疗脑外伤的临床疗效比较 [J]. 中国临床新医学, 2015, 24(9):827-829, 830.

(上接第 74 页)

降脂、控制炎症反应和改善心功能的作用效果更理想。此外,甲组不良心血管事件发生率远低于乙组,可知瑞舒伐他汀对此类患者不良心血管事件的发生风险控制效果更理想。综上,对早发冠心病急性心肌梗死患者来说,瑞舒伐他汀与阿托伐他汀均能够降脂、控制炎症、改善心功能,但是前者的作用效果更理想,并且还可积极减少不良心血管事件,值得推广。

[参考文献]

[1] 李翔, 高毅滨, 郑文武. 瑞舒伐他汀治疗早发冠心病急性心肌梗死临床观察 [J]. 山东医药, 2015, 55(25):44-45.
[2] 李军朋. 瑞舒伐他汀与阿托伐他汀治疗早发冠心病急性心肌梗死的近远期疗效对比 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2015, 13(14):1652-1655.
[3] 周亚莉, 袁少飞, 刘紫燕. 瑞舒伐他汀钙片对早发冠心病急性心肌梗死患者炎症反应及心功能的影响研究 [J]. 实用心脑血管病杂志, 2016, 24(5):18-21.

(上接第 75 页)

充分解除,得以痊愈。两种治疗方法结合,具有相互协调,作用效果叠加的特点^[3]。本研究结果表明:联合治疗组的治疗效果与单纯治疗组高,与相关研究结果一致。

总之,腰椎间盘突出症采用低温等离子髓核消融术联合穴位埋线,可使患者的症状与体征充分改善,具有可行性。

[参考文献]

[1] 瞿群威, 沈玉杰. 低温等离子靶点消融术联合臭氧治疗腰椎间盘突出的临床研究 [J]. 中国疼痛医学杂志, 2017, 23(2):144-147.
[2] 元小红, 李鹏洋, 叶超, 等. 低温等离子髓核消融术治疗腰椎间盘突出的临床疗效观察 [J]. 颈腰痛杂志, 2016, 37(6):547-549.
[3] 何鹏宇, 林志义, 牟明威. 低温等离子髓核消融术配合穴位埋线治疗腰椎间盘突出症疗效观察 [J]. 陕西中医, 2015, 36(4):438-441.