

例,其余患者都出院或行介入治疗或转科心脏移植。

3 讨论

心源性休克是急诊危症之一,病死率高达 80% ~ 90%,最常见于急性心肌梗死,近年来通过急诊冠状动脉腔内成形术挽救了大量的急性心肌梗死并发心源性休克的患者。心源性休克最常见的原因是大面积的急性心肌梗死;其次还包括急性心肌炎、大面积的肺梗死、乳头肌或腱索断裂、瓣叶穿孔、严重主动脉瓣或肺动脉瓣狭窄伴有轻度或中度心动过速、急性心脏压塞、严重的二尖瓣或三尖瓣狭窄伴有轻度或中度心动过速、严重的快速性室性心律失常等非冠状动脉性休克所致。1% 的急性心肌梗死患者因心源性休克到院就诊,急性心肌梗死院内心源性休克发生率大约为 7%,心源性休克诊断标准:收缩压低于 90 mm Hg,持续时间 > 30 min,心脏指数小于 2.2 L/8 (min · m²),PCWP 大于 15 mm Hg。心源性休克一旦确诊,应尽早抗休克抢救治疗,依据镇痛、纠正快速或缓慢心律失常、给氧、呼吸管理及纠正酸碱平衡失调等治疗,否则会导致多器官功能衰竭难以救治。

对这部分患者,在大多数的医院,尤其在广大基层医院,药物治疗仍然是主要手段,目的是至少能暂时改善血流动力学及症状,血管活性药物常用多巴胺、多巴酚丁胺、间羟胺和去甲肾上腺素等拟交感胺类血管活性药物。在心源性休克时,间羟胺和去甲肾上腺素仅用于血压急剧下降,应

用多巴胺和多巴酚丁胺后血压仍不能维持,或休克伴外周血管阻力降低者^[2]。也常用硝普钠、酚妥拉明、硝酸酯类血管扩张剂。心源性休克时应用血管扩张剂,可降低周围血管阻力,减轻左室射血阻力,扩张静脉,减少回心血量,降低心脏前负荷,故可改善心功能;但有一定的潜在危险,可能加重心肌缺血范围或程度。强心苷仅在伴发快速性室上性心律失常时应用,且剂量为常用量的 1/3 ~ 1/2。糖皮质激素可减轻或消除炎症,应及时使用。心律失常室上性快速性心律失常当心室率超过 150 次/min 时,若原有器质性心脏病可发生休克。室性心动过速即使心率不是很快也能引起休克。快速心律失常引起的休克,一经控制心率,即可纠正;严重缓慢型心律失常,经药物或人工起搏器提高心室率可纠正休克。急性心脏压塞,妨碍心脏舒张期充盈,使排血量减少而引起休克,应立即行心包穿刺抽出积液或积血,以解除心包压力,必要时做外科手术减压。此时应积极治疗充血性心力衰竭。解除患者的疑虑以便更好的监测心脏、肾脏和肺的功能。让患者尽量保持平静,以防氧气管和其他导管移位或脱出。

参考文献

- [1] 张文武. 急诊内科学. 北京:人民卫生出版社,2002,179.
- [2] 刘大为. 危重病医学. 北京:中国协和医科大学出版社,2000,112.

吉西他滨联合厄洛替尼治疗晚期胰腺癌的临床观察

王鹏飞

【摘要】 目的 评价吉西他滨联合厄洛替尼治疗晚期胰腺癌的疗效。**方法** 健择 1000 mg/m², 静脉滴注 30 min, 第 1、8 天。厄洛替尼片 100 mg, 口服, 1 次/d。每 3 周方案。**结果** 近期客观有效率为 20%, 中位 TTP (3.0 ± 1.2) 个月, 6、12 个月生存率分别为 40% (8/20)、20% (4/20), CA19-9 显著降低, 体力状态改善率 60%。主要不良反应是胃肠道反应、皮疹、心脏毒性 (主要表现为心慌)。无腹泻、外周静脉炎、肝肾功能损害等, 无化疗相关死亡。**结论** 吉西他滨联合厄洛替尼治疗晚期胰腺癌患者有效, 不良反应可控制, 可提高患者的生活质量。

【关键词】 吉西他滨; 厄洛替尼; 胰腺癌

胰腺癌是消化道常见的恶性肿瘤之一。目前综合治疗手段包括手术、化疗、放疗、靶向治疗等, 以吉西他滨为代表的细胞毒性药物是化疗的主要手段。随着分子生物学的发展, 具有特异性的分子靶向治疗也成为了新的研究方向。2010 年 9 月至 12 月, 我科采用吉西他滨 (健择) 联合厄洛替尼治疗晚期胰腺癌 20 例, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 20 例患者中, 男 12 例, 女 8 例, 年龄 53 ~ 66 岁, KPS 评分 70 ~ 80 分。均经手术或病理检查等证实为 III ~ IV 期胰腺癌, CT 检查有可测量病灶, 病理类型为导管腺癌 16 例, 黏液表皮样癌 4 例。血清糖链抗原 CA19-9 > 900 u/ml, 其中腹痛患者 3 例, 均为 3 级, 合并腹水 2 例。

1.2 治疗方法 健择 1000 mg/m², 静脉滴注 30 min, 第 1、8 天。厄洛替尼片 100 mg, 口服, 1 次/d。每 3 周方案。

1.3 观察指标 ①近期客观疗效: 根据 1998 年新的实体瘤疗效评价标准 (RECIST), 分为完全缓解 (CR)、部分缓解 (PR)、好转 (MR)、稳定 (SD) 和进展 (PD)。每化疗 2 个周期

评价疗效 1 次。②疾病进展时间 (TTP): 为化疗开始至肿瘤病灶出现进展的时间。③生存期: 为化疗开始至死亡或失访的时间。④临床受益反应 (CBR): 符合下列任何一项指标 (持续 4 周以上), 且任何一项无恶化者定义为临床受益: a. 疼痛缓解: 镇痛药用量减少 ≥ 50% 或疼痛强度减轻 ≥ 50%; b. 体力状态: 按 KPS 评分标准, 改善 ≥ 20 分。⑤毒副反应: 按 WHO 制定的抗癌药急性与亚急性毒性表现与分级标准, 分为 0 ~ IV 度。

2 结果

2.1 近期客观疗效 20 例患者均完成 6 周期化疗, PR 4 例, SD 12 例, PD 4 例。近期客观有效率为 20%, 中位 TTP (3.0 ± 1.2) 个月, 6、12 个月生存率分别为 40% (8/20)、20% (4/20)。

2.2 CBR 本组疼痛消失 12 例, 减轻 8 例, KPS 评分提高 12 例, 体力状态改善率 60%。

2.3 CA-199 CA19-9 降低 > 50% 8 例。

2.4 毒副反应 主要是骨髓抑制、胃肠道反应、皮疹、心脏毒性 (主要表现为心慌)。无腹泻、外周静脉炎、肝肾功能损害等, 无化疗相关死亡。

3 讨论

吉西他滨在细胞内经核苷激酶的作用转化成具有活性的二磷酸核苷(dFdCDP)和三磷酸核苷(dFdCTP),dFdCDP抑制核苷酸还原酶的活性,使合成DNA必需的三磷酸脱氧核苷产生受抑制。吉西他滨掺入DNA链后,延长的DNA链中多了一个核苷酸,从而可以完全抑制DNA链的继续延长^[1]。

厄洛替尼是小分子EGFR酪氨酸激酶抑制剂,其治疗的可能机制包括阻断EGFR的传导通路、阻断细胞周期、抑制血管生成和转移、增加放疗的效应。一项厄洛替尼联合吉西他滨治疗进展性胰腺癌的III期临床试验证实,与吉西他滨相比,厄洛替尼联合吉西他滨可使患者的中位生存期明显延长(分别为6.4个月和6.0个月, $P = 0.034$);1年生存率分别为24%和17%。本组研究与此相似。

有关报道^[2]用gemcitabine与erlotinib联合治疗原发或

有转移的胰腺癌患者。结果显示,总生存率提高,同时增加毒性。

本研究显示,吉西他滨联合厄洛替尼治疗晚期胰腺癌的近期客观有效率为20%,中位TTP(3.0 ± 1.2)个月,6、12个月生存率分别为40%和20%,CA19-9显著降低,体力状态改善率60%。可提高患者的生活质量,且不良反应可控制,值得临床应用。

参考文献

- [1] 朱志霞,张为民.吉西他滨与靶向药物联合治疗胰腺癌研究进展.广东医学,2009,30(7):1188.
- [2] SENDEROW ICZ A M, JOHNSON JR, SR IDHARA R, et al Erlotinib /gemcitabine for first-line treatment of locally advanced or metastatic adenocarcinoma of the pancreas. Oncology (Williston Park), 2007, 21(14):1696-1706.

复方苦参注射液配合化疗治疗晚期大肠癌的临床表现

王剑英 崔晓梅 杜云英 王晓红

【摘要】 目的 观察复方苦参注射液配合化疗治疗晚期大肠癌,在改善患者生存质量、减轻化疗引起的毒副作用方面的效果。**方法** 将42例随机分成两组,治疗组予复方苦参注射液12ml静脉滴注,1次/d,同时加用FOLFOX6化疗方案;对照组予FOLFOX6化疗方案。观察两组治疗前后血象、karnofsky评分的变化情况。**结果** 治疗组和对照组白细胞计数、评分好转率组间比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 复方苦参注射液具有改善晚期大肠癌患者生存质量,减轻化疗毒副作用。

【关键词】 晚期大肠癌;复方苦参注射液;化疗

大肠癌是最常见的消化道恶性肿瘤之一,据文献报道,有20%~30%大肠癌临床确诊病例已属IV期,单纯手术无法根治,并有40%~50%的患者在第1次手术后仍将复发或转移,故内科治疗地位日益重要^[1]。笔者近年采用复方苦参注射液配合化疗治疗晚期大肠癌取得较好效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 共观察治疗42例,采用分层随机均衡法分为治疗组和对照组各21例。治疗组平均年龄55.25岁;对照组平均年龄54.80岁。两组在病情资料方面比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法 治疗组:以本品12ml加入200ml生理盐水中,1次/d,滴速以40~60滴/min,以用药总量200ml为一个疗程,持续使用2~4个疗程;FOLFOX6化疗方案:L-OHP135 mg/m²,d1;CF200 mg/m²,d1;5-FU400 mg/m²,d1,5-FU2400~3000 mg/m²,CIV(48h),每14天为一周期,完成2周期后评价疗效。对照组:单纯给予FOLFOX6化疗方案。

1.3 检测指标 化疗前后检测白细胞计数、karnofsky评分的变化情况。

1.4 统计方法 计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料以百分率表示,组内比较采用配对T检验。全部资料以SPSS 13.0软件进行统计分析。

1.5 疗效标准 生活质量karnofsky评分:按评分标准,在治

疗后较治疗前增加10分为上升,减少10分为下降,增加或减少<10分为稳定。白细胞减少分级标准:0级为 $\geq 4.0 \times 10^9/L$;I级为 $(3.0 \sim 3.9) \times 10^9/L$;II级为 $(2.0 \sim 2.9) \times 10^9/L$;III级为 $(1.0 \sim 1.9) \times 10^9/L$;IV级为 $< 1.0 \times 10^9/L$ 。

2 结果

2.1 两组治疗后白细胞计数变化的比较(见表1)

表1 白细胞计数变化比较

组别	n	0级	I-II	III-IV	下降率(%)
治疗组	21	15	3	3	28.57*
对照组	21	9	6	6	57.14

与对照组比较,* $P < 0.05$

2.2 两组治疗后生活质量karnofsky评分比较(见表2)

表2 生活质量karnofsky评分比较

组别	n	好转	平稳	下降	好转率(%)
治疗组	21	14	3	4	66.67*
对照组	21	6	5	10	28.57

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

3 讨论

化疗是目前治疗晚期大肠癌的主要手段之一。如何减轻化疗的毒副作用,成为当前研究提高化疗效果热点之一。复方苦参注射液是由苦参、白土苓等中药经现代制药工艺提取有效成分制成的中药注射制剂,该制剂与放疗配合使用,有抑制癌细胞、减轻放疗的毒副作用的作用^[2]。现化药理研究表明苦参素对肿瘤细胞和血管内皮细胞增殖有抑制作用、同时氧化苦参素还有稳定细胞膜,激活细胞膜腺苷