

〔文章编号〕 1007-0893(2021)08-0127-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.08.059

# 埃克替尼辅助治疗Ⅲ B 期或Ⅳ期非小细胞肺癌疗效分析

胡金亮 崔青荣

(河南中医药大学第一附属医院, 河南 郑州 450000)

〔摘要〕 **目的:** 探讨埃克替尼辅助治疗在Ⅲ B 期或Ⅳ期非小细胞肺癌(NSCLC)患者中的应用效果。**方法:** 选取 2019 年 3 月至 2020 年 4 月河南中医药大学第一附属医院收治的 97 例Ⅲ B 期或Ⅳ期 NSCLC 患者, 随机数字表法分为对照组(48 例)和观察组(49 例)。对照组予以 PC 方案化疗治疗, 观察组予以埃克替尼辅助 PC 方案化疗治疗, 比较两组患者疾病控制率、治疗前后肿瘤标志物〔血清细胞角蛋白 19 片段(CYFRA21-1)、癌胚抗原(CEA)水平〕、免疫指标(CD8<sup>+</sup>、CD3<sup>+</sup>水平)。**结果:** 观察组患者疾病控制率(71.43%)明显高于对照组(50.00%)( $P < 0.05$ )。治疗后观察组患者血清 CYFRA21-1 与 CEA 水平低于同期对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗后观察组患者 CD8<sup>+</sup> 水平低于对照组, 而 CD3<sup>+</sup> 水平高于对照组, 差异均具有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论:** 埃克替尼辅助 PC 方案化疗治疗Ⅲ B 期或Ⅳ期 NSCLC 患者, 可降低其肿瘤标志物水平, 改善免疫指标, 进而提高疾病控制率。

〔关键词〕 非小细胞肺癌; 埃克替尼; 肿瘤标志物

〔中图分类号〕 R 734.2 〔文献标识码〕 B

非小细胞肺癌(non-small cell lung cancer, NSCLC)约占所有肺癌的 85%, 近年研究数据显示, 临床发病率呈升高趋势, 由于 NSCLC 早期症状隐匿, 临床发现 NSCLC 时多数患者已处于中晚期, 失去手术切除机会, 增加病死率<sup>[1]</sup>。化疗是晚期 NSCLC 的主要治疗方式, 可延长患者生存时间, 但对患者正常细胞同样产生严重损害。随着近年靶向治疗的发展, 发现表皮生长因子受体酪氨酸激酶抑制剂(epidermal growth factor receptor tyrosine kinase inhibitors, EGFR-TKIs)治疗肿瘤取得肯定的疗效, 如埃克替尼, 具有高效低毒的优势<sup>[2]</sup>。基于此, 本研究分析埃克替尼辅助 PC 方案化疗在Ⅲ B 或Ⅳ期 NSCLC 患者中的使用价值, 报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2019 年 3 月至 2020 年 4 月本院收治的 97 例Ⅲ B 期或Ⅳ期 NSCLC 患者, 随机数字表法分为对照组(48 例)和观察组(49 例)。观察组中, 男 29 例, 女 20 例; 年龄 47~71 岁, 平均(58.60±5.72)岁; 病理分期: Ⅲ B 期 21 例, Ⅳ期 28 例。对照组中, 男 30 例, 女 18 例; 年龄 46~72 岁, 平均(57.95±5.91)岁; 病理分期: Ⅲ B 期 19 例, Ⅳ期 29 例。两组患者性别、年龄、病理分期等一般资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 纳入与排除标准

(1) 纳入标准: 综合影像学、病理活检等检查诊断为

NSCLC, 病理分期为Ⅲ B 期或Ⅳ期; 均为首次发现并接受化疗者, 有客观可评价病灶; 临床资料完整; 卡氏行为状态(Karnofsky performance status, KPS)评分 > 70 分; 患者知情同意本研究。(2) 排除标准: 接受过靶向治疗者; 合并其他器质性病变或恶性肿瘤者; 伴有肺间质疾病等其他肺部病变者; 认知不全者; 合并内分泌系统疾病者。

### 1.3 方法

1.3.1 对照组 予以 PC 方案化疗治疗, 紫杉醇(四川宝鉴堂药业有限公司, 国药准字 H20046119)静脉滴注, 170 mg·m<sup>-2</sup>, 于第 1 天滴注 3 h; 顺铂(云南植物药业有限公司, 国药准字 H53021741)静脉滴注, 75 mg·m<sup>-2</sup>, 第 1 天, 21 d 为 1 个化疗周期。

1.3.2 观察组 予以埃克替尼(贝达药业股份有限公司, 国药准字 H20110061)与 PC 方案化疗治疗, 口服埃克替尼 125 mg·次<sup>-1</sup>, 每日 3 次, 在化疗结束 1 周后开始用药, 至下 1 次化疗的前 1 d 停用; PC 方案化疗用药同对照组。

两组均进行 4 个周期治疗。

### 1.4 观察指标

(1) 疾病控制率, 依据实体瘤疗效标准评估, 完全缓解(complete response, CR): 目标病灶消失, 持续 ≥ 1 个月; 部分缓解(partial response, PR): 测量目标病灶最长径之和缩小 ≥ 30%; 稳定(stable disease, SD): 测量目标病灶最长径之和缩小 < 30%, 或显示增大 < 20%; 进展(progressive disease, PD): 测量目标病灶最长径之和增大 > 20%; 疾病控制率 = (CR + PR + SD) / 总例数

〔收稿日期〕 2021-02-13

〔作者简介〕 胡金亮, 男, 副主任医师, 主要研究方向是中医药治疗肺癌。

×100%。(2) 肿瘤标志物, 抽取两组患者治疗前后肘部空腹静脉血, 3000 r·min<sup>-1</sup> 离心, 上清液冻存待检, 血清细胞角蛋白 19 片段 (cytokeratin 19 fragment antigen 21-1, CYFRA21-1) 使用放射免疫法检测, 血清癌胚抗原 (carcinoembryonic antigen, CEA) 使用电化学发光法检测。

(3) 免疫指标, 采集患者空腹静脉血, 使用贝克曼库尔特 CytoFLEX 型流式细胞仪检测两组治疗前后 CD3<sup>+</sup>、CD8<sup>+</sup> 水平。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 22.0 软件进行数据处理, 计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用  $\chi^2$  检验, *P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者疾病控制率比较

观察组疾病控制率 (71.43%) 高于对照组 (50.00%), 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 1。

表 1 两组患者疾病控制率比较 (n (%))

组别	n	CR	PR	SD	PD	疾病控制
对照组	48	0(0.00)	9(18.75)	15(31.25)	24(50.00)	24(50.00)
观察组	49	2(4.08)	19(38.78)	14(28.57)	14(28.57)	35(71.43) <sup>a</sup>

与对照组比较, <sup>a</sup>*P* < 0.05

注: CR—完全缓解; PR—部分缓解; SD—稳定; PD—进展

2.2 两组患者治疗前后肿瘤标志物水平比较

治疗后, 两组患者血清 CYFRA21-1 与 CEA 水平均较治疗前降低, 且治疗后观察组血清 CYFRA21-1 与 CEA 水平较对照组低, 差异均具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 2。

表 2 两组患者治疗前后肿瘤标志物水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ , ng·mL<sup>-1</sup>)

组别	n	时间	CEA	CYFRA21-1
对照组	48	治疗前	132.07 ± 24.33	3.50 ± 0.84
		治疗后	103.19 ± 18.04 <sup>b</sup>	2.21 ± 0.73 <sup>b</sup>
观察组	49	治疗前	136.15 ± 22.14	3.85 ± 1.01
		治疗后	90.25 ± 17.60 <sup>bc</sup>	1.58 ± 0.62 <sup>bc</sup>

与同组治疗前比较, <sup>b</sup>*P* < 0.05; 与对照组治疗后比较, <sup>c</sup>*P* < 0.05

注: CEA—癌胚抗原; CYFRA21-1—细胞角蛋白 19 片段

2.3 两组患者治疗前后 CD8<sup>+</sup>、CD3<sup>+</sup> 水平比较

治疗后, 观察组 CD8<sup>+</sup> 水平较治疗前降低, 且低于同期对照组, 而 CD3<sup>+</sup> 水平较治疗前升高, 且高于同期对照组, 差异均具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 3。

表 3 两组患者治疗前后 CD8<sup>+</sup>、CD3<sup>+</sup> 水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ , %)

组别	n	时间	CD8 <sup>+</sup>	CD3 <sup>+</sup>
对照组	48	治疗前	35.22 ± 5.89	46.14 ± 6.10
		治疗后	34.97 ± 7.03	45.85 ± 6.58
观察组	49	治疗前	34.17 ± 6.35	45.36 ± 5.94
		治疗后	26.39 ± 5.58 <sup>de</sup>	55.41 ± 7.13 <sup>de</sup>

与同组治疗前比较, <sup>d</sup>*P* < 0.05; 与对照组治疗后比较, <sup>e</sup>*P* < 0.05

3 讨论

近年随着环境与生活方式改变, NSCLC 已成为危害国民生命健康的常见恶性肿瘤, 大多数患者临床确诊时已是晚期, 癌细胞逐渐侵犯机体, 免疫功能等严重降低, 抑制癌症进展、改善患者免疫功能是临床研究的重要方向<sup>[3]</sup>。

目前化疗仍是晚期 NSCLC 患者治疗的基石, 其中 PC 方案化疗是临床常用方案, 培美曲塞二钠可通过破坏癌细胞内叶酸依赖性代谢途径来抑制细胞复制, 而顺铂可与细胞核 DNA 碱基结合, 破坏 DNA 复制、转录, 从而抑制癌细胞生长来控制肿瘤进展, 但毒副作用常导致预后不佳<sup>[4]</sup>。EGFR-TKIs 类药物属于肿瘤新型治疗药物, 埃克替尼是目前上市的第 3 个 EGFR-TKIs 类药物, 通过磷酸化表皮生长因子受体 (epidermal growth factor receptor, EGFR) 来抑制传导, 阻断肿瘤细胞生长繁殖的信号传导通路, 发挥靶向治疗作用, 其治疗效果不亚于吉非替尼、厄洛替尼, 且具有不良反应少的优势, 可提高患者耐受性, 以缓解癌症相关症状<sup>[5-6]</sup>。本研究将埃克替尼辅助 PC 方案化疗治疗后发现, 观察组血清 CYFRA21-1 与 CEA 水平均较对照组低, 疾病控制率高于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 说明在 PC 方案化疗杀灭癌细胞基础上进行埃克替尼靶向阻断癌细胞信号传递, 可显著抑制肿瘤细胞增殖、侵袭, 加速癌细胞凋亡, 从而有效降低 III B—IV 期 NSCLC 患者血清 CYFRA21-1 与 CEA 水平, 进而提高疾病控制率。有研究显示, 埃克替尼可增强癌症患者免疫功能, 但具体机制尚未完全明确<sup>[7]</sup>。本研究发现, 治疗后观察组 CD8<sup>+</sup> 水平较对照组低, 而 CD3<sup>+</sup> 水平高于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 表明埃克替尼辅助 PC 方案化疗可改善 III B 期或 IV 期 NSCLC 患者免疫指标, 其机制与埃克替尼促进外周血白细胞介素 -2 水平、激活自然杀伤细胞、进而调控细胞免疫有关, 从而改善 CD8<sup>+</sup> 与 CD3<sup>+</sup> 水平。

综上所述, 对 III B 期或 IV 期 NSCLC 患者使用埃克替尼辅助 PC 方案化疗治疗, 可提高疾病控制率, 明显降低肿瘤标志物水平, 改善免疫指标, 安全有效。

[参考文献]

- (1) 南学莉, 范寿仁, 刘杰. 非小细胞肺癌免疫治疗的研究进展 (J). 肿瘤, 2016, 36(5): 591-597.
- (2) 孙雯娟, 赵静, 左玮, 等. 非小细胞肺癌患者小分子靶向药物临床使用现状分析 (J). 临床药物治疗杂志, 2020, 18(5): 43-47.
- (3) 彭文贝, 韦晓山, 叶琳琳, 等. 非小细胞肺癌的靶向治疗和免疫治疗进展 (J). 临床内科杂志, 2020, 37(2): 82-86.
- (4) 周一舟, 张有为, 孙丽. 榄香烯注射液联合 PC 方案化疗治疗中晚期非小细胞肺癌疗效及安全性 (J). 现代中西医结合杂志, 2020, 29(6): 615-618.
- (5) 鹿楠楠, 潘跃银, 韩兴华. 三种 EGFR-TKI 药物治疗晚期

- 肺癌疗效及预后因素的回顾性研究 (J). 现代肿瘤医学, 2018, 26(15): 2362-2367.
- (6) 徐寿华, 周冬霞, 杜海燕. 盐酸埃克替尼治疗晚期非小细胞肺癌患者的疗效观察 (J). 中国肿瘤临床与康复, 2020, 27(5): 568-571.
- (7) 赵秋红, 闫春良, 任冠军. 盐酸埃克替尼对中晚期表皮生长因子受体突变型非小细胞肺癌疗效及免疫指标的影响 (J). 癌症进展, 2020, 18(15): 1589-1592.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)08-0129-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.08.060

# 经皮椎间孔镜下手术治疗腰椎间盘突出症临床研究

陈 勇 黎昭华 王湘江 陈金栋

(广州医科大学附属第六医院 清远市人民医院, 广东 清远 511500)

〔摘要〕 **目的:** 研究腰椎间盘突出症治疗中经皮椎间孔镜微创手术的应用效果。**方法:** 选取 2014 年 1 月至 2021 年 1 月广州医科大学附属第六医院收治的 80 例腰椎间盘突出症患者, 依据手术方法分为经皮椎间孔镜微创手术组 (微创手术组)、开放椎板间开窗手术组 (开放手术组) 两组, 各 40 例。统计分析两组患者的手术相关指标、腰部、下肢疼痛程度、腰椎功能、生活质量、临床疗效、术后并发症发生情况。**结果:** 微创手术组患者的手术时间、住院时间、术后卧床时间均显著短于开放手术组, 切口长度显著短于开放手术组, 术中出血量显著少于开放手术组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。手术后, 两组患者的腰部及下肢视觉模拟评分法 (VAS) 评分、Oswestry 功能障碍指数 (ODI) 评分均低于手术前, 生活质量量表 (QOL) 评分均高于手术前, 且微创手术组患者的腰部及下肢 VAS 评分、ODI 评分降低幅度和 QOL 评分升高幅度均高于开放手术组, 差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。微创手术组患者的治疗优良率为 90.0%, 显著高于开放手术组的 60.0%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。微创手术组患者的术后并发症发生率为 2.5%, 显著低于开放手术组的 20.0%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 腰椎间盘突出症治疗中经皮椎间孔镜微创手术的应用效果较开放椎板间开窗手术更好。

〔关键词〕 椎间盘突出症; 经皮椎间孔镜微创手术; 开放椎板间开窗手术; 腰椎功能

〔中图分类号〕 R 687.3      〔文献标识码〕 B

腰椎间盘突出症是由于椎间盘变性, 纤维环破裂, 髓核突出刺激或压迫神经根、马尾神经所表现出来的一系列临床症状和体征, 是引起腰腿痛最主要的原因。典型的症状为腰痛或不伴有腰痛, 主要为单侧或双侧下肢的麻木和疼痛, 行走障碍, 大小便功能障碍等, 早期休息后可缓解, 严重时随行走症状逐渐加重, 甚至彻夜难眠。腰椎间盘突出症患者具有明显较低的生活质量, 对工作及生活造成了严重不良影响。笔者统计分析了 2014 年 1 月至 2021 年 1 月本院收治的 80 例腰椎间盘突出症患者的临床资料, 详情如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2014 年 1 月至 2021 年 1 月本院收治的 80 例腰椎间盘突出症患者, 依据手术方法分为经皮椎间孔镜微创手术组 (微创手术组)、开放椎板间开窗手术组 (开放手术组) 两组, 各 40 例。开放手术组男 23 例, 女 17 例, 年龄

39~57 岁, 平均 (48.2±8.4) 岁; 在椎间盘突出类型方面, 中央型 20 例 (50.0%), 脱出型 20 例 (50.0%); 在手术节段方面, L4~L5 段 22 例 (55.0%), L5~S1 段 18 例 (45.0%)。微创手术组男 21 例, 女 19 例, 年龄 40~58 岁, 平均 (49.1±8.6) 岁; 在椎间盘突出类型方面, 中央型 21 例 (52.5%), 脱出型 19 例 (47.5%); 在手术节段方面, L4~L5 段 23 例 (57.5%), L5~S1 段 17 例 (42.5%)。两组患者性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 纳入与排除标准

纳入标准: (1) 直腿抬高试验均为阳性; (2) 均符合椎间盘突出症的诊断标准<sup>[1]</sup>。排除标准: (1) 有严重内科疾病; (2) 有严重脏器功能障碍。

### 1.3 方法

1.3.1 开放手术组 帮助患者取俯卧位, 对患者进行硬膜外麻醉, 然后垫高其腹部, 对其病变节段进行定位, 之后

〔收稿日期〕 2021-03-01

〔作者简介〕 陈勇, 男, 主治医师, 主要研究方向是颈肩腰腿痛及脊柱、脊髓损伤疾病。