

美罗华联合 CHOP 方案化疗治疗非霍奇金淋巴瘤疗效分析

宁瑞玲

530021 广西医科大学附属肿瘤医院化疗科

摘要 目的: 观察分析美罗华联合 CHOP 方案化疗治疗非霍奇金淋巴瘤的临床疗效。方法: 选择 2008 ~ 2010 年收治的 B 细胞非霍奇金淋巴瘤患者 22 例, 随机分为治疗组 (11 例) 和对照组 (11 例) 治疗组采用美罗华联合 CHOP 化疗治疗, 对照组采用单纯 CHOP 方案化疗。4 个疗程后比较 2 组的临床疗效及不良反应。结果: 治疗组总有效率为 81.82%; 对照组总有效率为 63.64%; 2 组临床疗效差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组不良反应差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 美罗华联合 CHOP 方案化疗治疗非霍奇金淋巴瘤临床有效率更高, 不良反应轻微, 值得临床上推广应用。

关键词 非霍奇金淋巴瘤 美罗华 CHOP 方案 治疗

doi: 10.3969/j.issn.1007-614x.2011.12.057

非霍奇金淋巴瘤 (NHL) 是一组起源于淋巴组织的恶性肿瘤, 其发病率和死亡率占恶性肿瘤的第 5 位。病理范围从低度恶性的惰性淋巴瘤到高度恶性的侵袭性淋巴瘤^[1-2]。2008 年 ~ 2010 年笔者使用美罗华联合 CHOP 方案化疗治疗非霍奇金淋巴瘤, 取得较好的临床效果, 现报告如下。

资料和方法

一般资料: 本组 22 例患者中, 男 16 例, 女 6 例; 年龄 25 ~ 68 岁, 中位年龄 46 岁。所有病例均经淋巴结病理组织学确诊为 CD 20 阳性的 B 细胞非霍奇金淋巴瘤, 其中弥漫大 B 细胞 NHL 17 例, 滤泡性淋巴瘤 3 例, 套细胞淋巴瘤 2 例。其中初治 18 例, 复发 4 例。按 Ann Arbor 分期: II 期 7 例, III 期 12 例, IV 期 3 例; 22 例患者均有可测量病灶, 一般情况良好, KPS 评分 > 80 分, 预计生存期 ≥ 3 个月; 无明显化疗禁忌。排除标准: ①肿瘤侵犯中枢神经系统; ②合并其他恶性肿瘤或严重器质性疾病; ③怀孕或哺乳期患者; ④肝、肾功能异常而与淋巴瘤无关; ⑤器质性心脏病, 心功能不全, II 度以上房室传导阻滞的患者; ⑥血清学检测人类免疫缺陷病毒 (HIV) 阳性或乙型肝炎病毒 (HBV) 感染而未进行处理。22 例患者随机分为两组, 治疗组和对照组, 每组 11 例, 两组患者在年龄、性别、患者病情等一般情况下比较差异无显著性 ($P > 0.05$), 具有可比性。

治疗方法: 对照组采用单纯 CHOP 方案化疗治疗, 即第 1 天, 静脉注射环磷酰胺 $600\text{mg}/\text{m}^2$ 、阿霉素或吡喃阿霉素 $50\text{mg}/\text{m}^2$ 、长春新碱 $1.4\text{mg}/\text{m}^2$, 第 1 ~ 5 天, 口服泼尼松 100mg , 1 个疗程为 21 天。治疗组患者采用美罗华联合 CHOP 化疗治疗, 即美罗华 $375\text{mg}/\text{m}^2$, 静滴, 1 次/周, 共 4 周为 1 疗程。美罗华起始剂量为 $50\text{mg}/\text{小时}$, 若第 1 小时无不良反应, 则以每 30 分钟增加 50mg 到最大剂量 $300\text{mg}/\text{小时}$ 。若第 1 次患者耐受良好, 则第 2 次及以后的输注起始剂量可为 $100\text{mg}/\text{小时}$, 并以每 30 分钟增加 50mg 到最大剂量 $400\text{mg}/\text{小时}$ 。在每次输注前 30 ~ 60 分钟口服对乙酰氨基酚 $500 \sim 1000\text{mg}$ 和盐酸苯海拉明 $50 \sim 100\text{mg}$ 。CHOP 按对照组方案, 4 个疗程后比较 2 组的临床疗效及不良反应。

疗效判定及不良反应评价标准: 按 WHO 标准评价疗效^[3]。疗效分为完全缓解 (CR)、部分缓解 (PR)、病情稳定 (NC) 和病情进展 (PD)。药物不良反应按照 WHO 分度标准分为 0 ~ IV 度, III 或 IV 度为严重反应^[4]。

统计学处理: 使用 SPSS11.0 进行统计学处理, 率和构成比的比较采用 χ^2 检验。

结果

疗效比较: 所有患者经过 4 个疗程的治疗, 治疗组 CR 5 例, PR 4 例, NC 1 例, PD 1 例, 总有效率为 81.82%; 对照组 CR 3 例, PR 4 例, NC 2 例, PD 2 例, 总有效率为 63.64%; 治疗组总有效率显著高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

不良反应: 治疗组 1 例患者在第 1 次输注美罗华后出现发热, 经及时对症治疗, 体温正常, 此后应用未再出现发热; 1 例呕吐, 1 例有心悸、心动过速后自行缓解。对照组 1 例发热, 对症处理后, 体温恢复, 两组均未增加肝肾功能损害, 所有患者均无其他严重的并发症发生。2 组不良反应差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

讨论

非霍奇金淋巴瘤是最常见的淋巴系统恶性肿瘤, 其中绝大多数为 B 细胞来源。多年来一直以为治疗 B 细胞非霍奇金淋巴瘤的最佳化疗方案就是 CHOP 方案, 但是这种方案的近期疗效只有 50% ~ 63%, 且还容易复发和产生耐药性^[5]。其中, CHOP 方案对于恶性程度高、

复发或耐药的 B 细胞性非霍奇金淋巴瘤治疗效果更是难以达到目的^[6]。美罗华是第一个被美国 FDA 批准用于治疗淋巴瘤的单克隆抗体, 主要通过补体依赖细胞介导的细胞毒作用 (CDC)、抗体依赖细胞介导的细胞毒作用 (ADCC) 和凋亡机制清除恶性 B 细胞外, 并通过使耐药淋巴瘤细胞重新对化疗药物敏感而被细胞毒药物杀死^[2]。美罗华加 CHOP 方案已经被 2006 年 NCCN 指南推荐为多种类型恶性淋巴瘤的一线化疗方案^[7]。本组资料中我们选择美罗华联合 CHOP 方案治疗 NHL, CR 5 例, PR 4 例, NC 1 例, PD 1 例, 总有效率为 81.82%, 总有效率显著高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。且静脉使用美罗华不良反应较轻, 患者有较好的耐受性, 常见不良反应为发热、恶心、乏力等, 通过减慢输液速度及给予抗过敏药物可缓解症状, 表明美罗华联合化疗能提高疗效而不增加毒性, 对 B 细胞淋巴瘤的治疗提供了一种新的选择。

参考文献

- 郑玲, 陈君敏, 叶德富, 等. CHOP + 美罗华方案治疗 B 细胞非霍奇金淋巴瘤 6 例临床观察 [J]. 福建医药杂志, 2007, 29(6): 4-6.
- 周海燕, 胡敏, 黄芬. 美罗华联合化疗治疗 B 细胞非霍奇金淋巴瘤的临床分析 [J]. 中国热带医学杂志, 2008, 8(10): 1764-1765.
- 张之南, 沈悌, 主编. 血液病诊断及疗效标准 [M]. 北京: 科学出版社, 1998, 358-360.
- 顾康生. 肿瘤内科诊治手册 [M]. 合肥: 安徽科学技术出版社, 2006: 64-67.
- 徐志巧, 刘培杰, 高岭, 等. 美罗华联合 CHOP 治疗 B 细胞性非霍奇金淋巴瘤的临床研究 [J]. 东南大学学报 (医学版), 2007, 26(5): 371-373.
- 卢建新. 美罗华联合化疗治疗 B 细胞非霍奇金淋巴瘤 46 例临床分析 [J]. 国际医药卫生导报, 2010, 16(12): 1470-1472.
- 牛伶. 美罗华联合化疗治疗 B 细胞性非霍奇金淋巴瘤 11 例 [J]. 临床血液学杂志, 2009, 22(7): 385-386.