

安瘤乳治疗恶性肿瘤的临床总结

安瘤乳临床协作组 周际昌 李国材 吴燕真 执笔

安瘤乳为沈阳药学院和河南省安阳市第一制药厂研制的一种新剂型抗癌药物,经动物实验证明具一定的抗癌作用和特点,且副作用小⁽¹⁾。自1982年8月至1984年12月由全国26家医院*治疗各种恶性肿瘤243例,还有74例仅对药物的副作用作了观察,总观察病例数为317例,现将其结果总结如下。

病例资料和给药方法

本组均为晚期恶性肿瘤病人,治疗前后有肿瘤观察指标,单用安瘤乳药物治疗,静脉给药总剂量在400ml以上,口服在600ml以上,作为本组的病例观察对象,由病理诊断者为123例(51%),细胞学诊断33例(13%),X线诊断39例(12%),包括食管和贲门癌20例,胃癌4例,肺癌5例;其他方法诊断者58例,其中多数为原发性肝癌,由AFP诊断28例,临床综合诊断24例,均符合全国制订的原发性肝癌诊断标准,还有6例其他肿瘤,分别为剖腹探查手术、食管镜、胃镜和B型超声诊断。

安瘤乳的疗效

病种	例数	部分缓解	有效	改善	症状好转	稳定A	稳定B	进展
食管癌	50	2	2	2	15	16	6	7
贲门癌	27		2	1	9	7	2	6
胃癌	33	3	4	3	9	3	1	10
肠癌	13	1	2	1	4	1		4
胰腺癌	6				3			3
肝癌	68		2	9	12	14	8	23
肺癌	39	1			14	7	8	9
其他	7	2			1	2	1	1
计	243	9	12	16	67	50	26	63

给药方法:安瘤乳为每支10ml(内含氟尿嘧啶50mg,有少部分含30mg),药物由安阳市第一制药厂提供。

静脉滴注:130例,每次10~50ml加5%葡萄糖溶液500ml作静脉滴注,其中多数病人(113例)每次20~40ml,每日或隔日一次。总剂量为400~2450ml,其中112例为500~1500ml。

口服:67例。每次10~30ml,一日2~3次口服,多数为每日30ml,总剂量为600~7320ml,大部分为1000ml左右。

静脉滴注加口服:34例。剂量大致同上。

其他给药途径:12例,包括动脉给药5例,胸腔腔内注射6例,灌肠给药1例,多数病人同时静滴或口服。

治疗结果

疗效评定标准:在1978年全国抗癌药物会议(常州)制定标准的基础上,加以补充,制定如下标准。

(1)完全缓解:可见的肿瘤完全消失,超过一个月。

(2)部分缓解:肿瘤病灶最大直径及其最大垂直直径的乘积缩小达50%,其他病灶无增大,超过一个月。

(3)有效:病灶两径乘积缩小25%,但不到50%,超过一个月。

(4)改善:病灶有肯定缩小,但两径乘积缩小不足25%,超过一个月。

(5)症状好转:肿瘤病灶无变化,但症状减轻,超过一个月。

(6)稳定A:肿瘤病灶无变化,症状也无减轻,超过一个月。

(7)稳定B:病灶两径乘积增加不足25%。

(8) 进展: 病灶两径乘积增加25%以上。

治疗效果: 安瘤乳的近期疗效见表。以肠癌和胃癌的疗效较好, 部分缓解 (PR) 加有效 (MR) 的有效率分别并23%和21%, 客观有效率 (包括部分缓解、有效和改善) 分别为31%和30%, 症状加客观有效率 (包括症状好转) 分别为62%和58%。对食管癌、贲门癌和原发性肝癌也有一定疗效, 有效率分别为8%、7%和3%, 客观有效率分别为12%、11%和16%, 症状加客观有效率分别为42%、44%和34%。2例恶性淋巴瘤均获得部分缓解。疗效主要表现为肿瘤缩小、疼痛减轻、食欲增进、体重增加和腹水减少等。

副作用: 观察副作用的病例317例 (包括243例及无肿瘤观察指标只观察副作用的74例)。少数病人有静脉炎 (注射部位血管) 21例 (6.6%) 和胃肠道反应, 包括恶心20例, 食欲不振9例, 呕吐6例, 腹胀5例, 腹泻2例, 肠鸣1例, 但均为轻度反应。其他还有胸部疼痛5例, 注射后过敏反应和皮疹3例。本组观察安瘤乳对血象和肝肾功能的影响不大。

讨 论

安瘤乳主要为葵花子油提取的有效成分 (内含小剂量氟尿嘧啶)。葵花子油成分中含有油酸、亚油酸、棕榈酸和花生稀酸等。而油酸具有较强的抑癌活性^[2]。安瘤乳经动物实验证明对小鼠艾氏腹水癌和肉瘤180有

良好的疗效, 体外实验对艾氏腹水癌细胞有直接损害作用, 药物还有一定的指向性, 与氟尿嘧啶水溶液比较, 安瘤乳在肿瘤内的药物浓度比在血中浓度为高, 而且毒性较小^[3],

经临床治疗三百余例的初步结果看对肠癌和胃癌有效, 对食管癌、贲门癌和原发性肝癌也有一定效果。此药的副作用很小, 尤其在骨髓造血功能较差, 血象偏低的病人, 也可在医生指导下使用此药。我们认为安瘤乳注射剂每日给20~40ml 静脉滴注, 安瘤乳口服剂每次10~20ml, 一日三次口服, 1~2个月为一个疗程合适。此药可口服给药, 使用方便。

*临床试用单位有中国医学科学院肿瘤医院、中山医科大学肿瘤医院、中国医大三院、北京市肿瘤所、中国中医研究院东直门医院、北京友谊医院、北京中医医院、北京肺部肿瘤所、北京铁路医院、沈阳铁路中心医院、沈阳军区总院、沈阳铁四局工程医院、鞍钢立山医院、本钢总医院、营口市一院、大连铁路医院、陕西中医学院附院、江苏省中医所、江苏启东肝癌所、江苏南通肿瘤医院、河北省肿瘤医院、河南省肿瘤医院、新乡医学院、河南安阳地区医院、河南151医院、河南濮阳医院。

参 考 文 献

1. 陈济民等: 沈阳药学院学报 (3): 1, 1984
2. 孙毓度等: 沈阳药学院学报 (11): 23, 1979
3. 安瘤乳注射液鉴定会资料汇编, 1985

CLINICAL TRIAL OF "AN LIU RU" ON MALIGNANCIES

Zhou Jichang et al.

Co-Operative Group for Clinical Study of "An Liu Ru"

317 patients of malignancies were treated by "An Liu Ru" (ALR) (5-fluorouracil composite emulsion) in 26 hospitals. ALR was given intravenously with a daily dose of 10~50ml, the range of total dose was 400~2450ml; or orally with a daily dose of 30~60ml, the range of total dose was 600~7320ml. The response rates (PR+

MR) of ALR were 23%, 21%, 8% and 7% respectively on cancer of bowel, stomach, esophageal and cardia. The objective response rates were 31%, 30%, 12% and 11% respectively for those cancers just mentioned above. The symptomatic and objective response rates were 62%, 58%, 42% and 34% respectively.

The side effects were anorexia, nausea, vomiting and phlebitis in a few patients. The effect of ALR on alimentary tract cancer was better, and the side effect was small.

原发性十二指肠网状细胞肉瘤致肠梗阻及大出血一例报告

解放军94医院内科 邹 农

病理科 柴长春

我院最近收治1例原发性十二指肠降部网状细胞肉瘤,其发病经过及临床表现均较特殊,现报告如下:

病例报告

患者男性,37岁,85年7月9日入院,住院号70403。83年初出现右上腹痛,空腹时加重,同年5月某院钡灌肠提示升结肠癌,剖腹探查,发现肠系膜淋巴结普遍肿大,升结肠未发现癌肿,余胃肠及肝胆胰也未见异常,取淋巴结送检,病理学检查为淋巴结转移性未分化肉瘤。术后中西药治疗,症状有暂时好转,数月后症状复发并日见加重,85年以来除上腹痛外,出现上腹胀,食后加重,且偶有包块。入院前二月,经常呕吐多量胃液及酸臭食残渣,食量大减,体重减轻20余斤,间有黑粪,诊断上消化道梗阻入院。

检查:消瘦贫血外貌,各浅淋巴结不肿大,上腹饱满,右上腹压痛,胃内震水声阳性,全腹未扪及包块,血红蛋白8克/dL,白细胞8600,中性78%,淋巴22%,血沉96mm/h,OB阳性,肝功正常。纤维胃镜检查,胃中等量潴留,胃粘膜慢性浅表性炎症,十二指肠降段呈向心狭窄,肠壁僵

硬,蠕动消失(GIF-P₃型胃镜不能通过),粘膜灰褐色有结节样浸润,散在多处糜烂及浅溃疡。X线钡造影:十二指肠降部狭窄不能扩张,住院期间进食少,经常呕吐,间有黑粪,住院第19天黑粪加重,病人家属考虑预后不良及经济原因不愿手术治疗,住院22天大量呕血黑粪死亡。

尸解所见:肠系膜淋巴结广泛肿大,自黄豆至板栗大小不等,十二指肠降段与周围组织粘连甚密,肠管僵硬,周围淋巴结普遍肿大,肠粘膜多处溃疡坏死,血管亦被侵蚀,灰白色瘤组织侵犯肠壁各层,并延及胰头一部分,胃及其它各肠段未见损害。病理报告:恶性网状细胞肉瘤。

讨 论

小肠原发性恶性肿瘤中以淋巴瘤肉瘤为多见,其次是网状细胞肉瘤和何杰金氏病,发病部位多见于空回肠,十二指肠则少见,本例网状细胞肉瘤发生于十二指肠降部,因X线钡灌肠造影,误诊为升结肠癌而剖腹探查,由于当时十二指肠系原发病灶较小,以致当时未能确诊,后时出现上消化道梗阻,并以大呕血死亡。