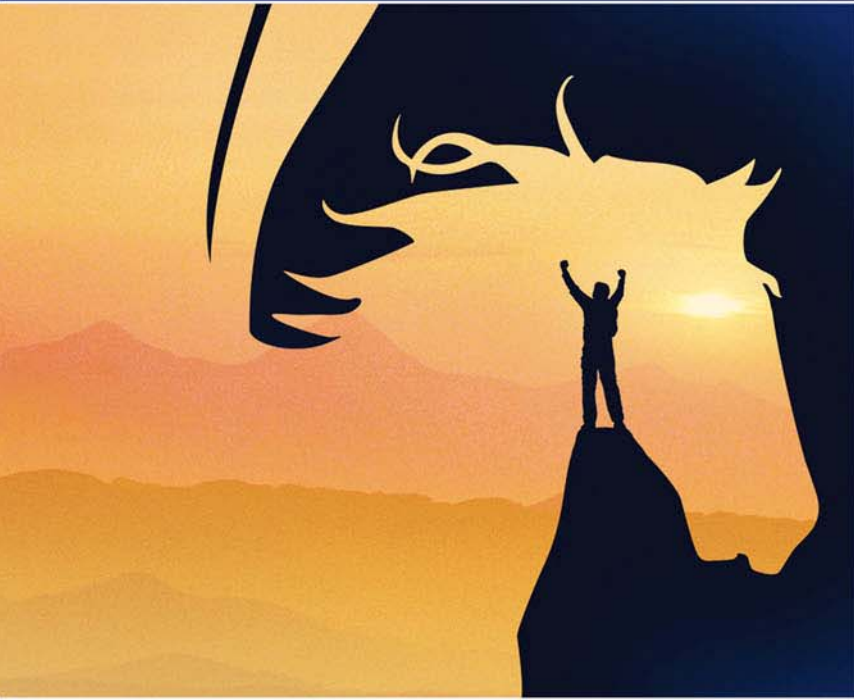
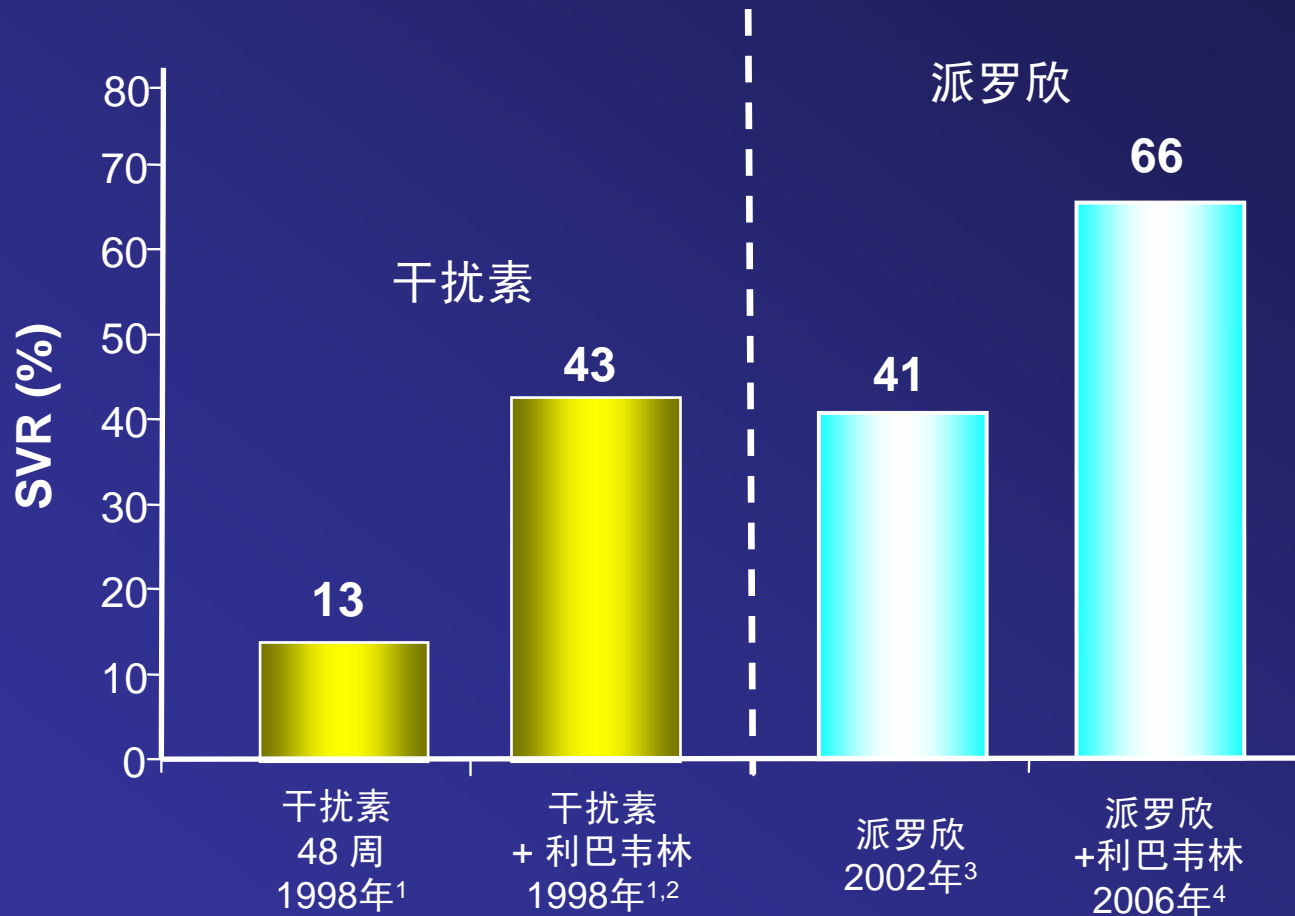


# 利巴韦林的重要作用



  
**PEGASYS<sup>®</sup>**  
peginterferon alfa-2a (40KD)

# 联合治疗是慢性丙肝治疗方案的里程碑

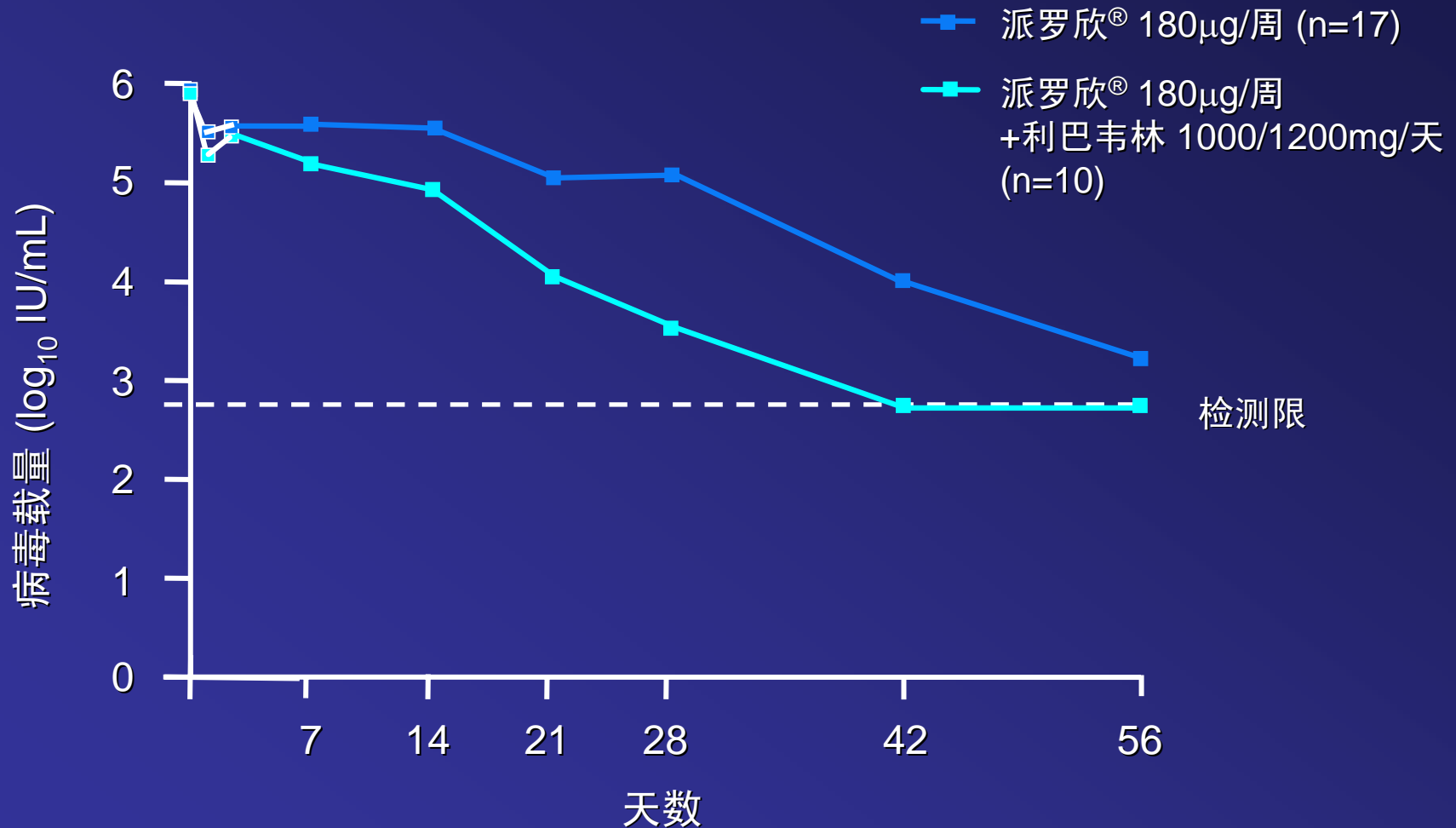


1. McHutchison JG et al. N Engl J Med. 1998;339:1485-1492; 2. Poynard T et al. Lancet. 1998;352:1426-1432; 3.徐道振, 等. 中华传染病杂志. 2004; 22: 221; 4. Zeuzem S, et al. J Hepatol. 2005; 43(2): 250-7.

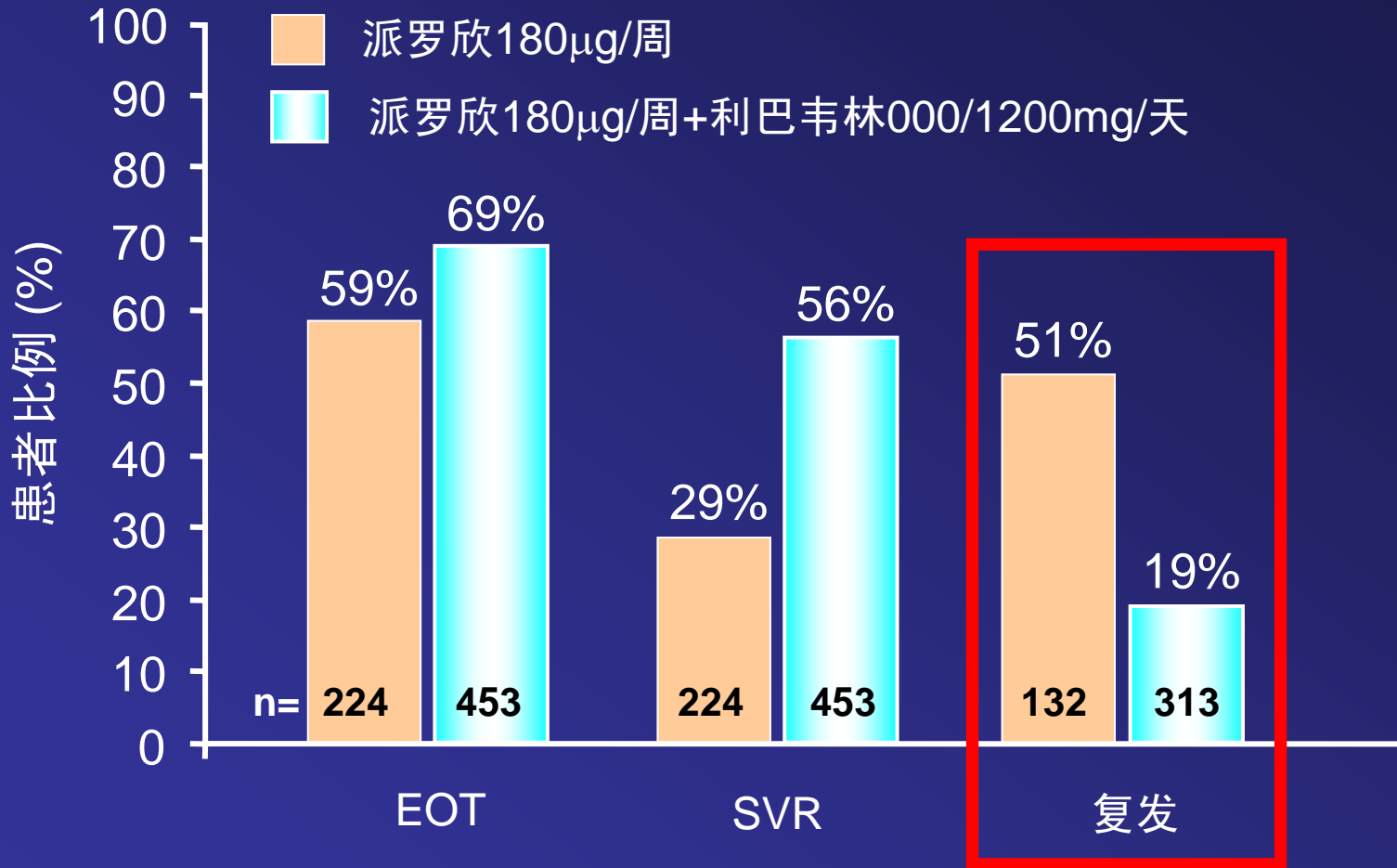
# 利巴韦林的作用机理

- 直接抑制病毒复制
- 竞争性抑制单磷酸次黄嘌呤脱氢酶
- 免疫调节
- 诱导丙肝病毒的变异

# 派罗欣+利巴韦林7-28天之后 病毒水平下降显著加快



# 利巴韦林有效预防复发，提高SVR率



EOT: 疗程结束时HCV RNA为阴性

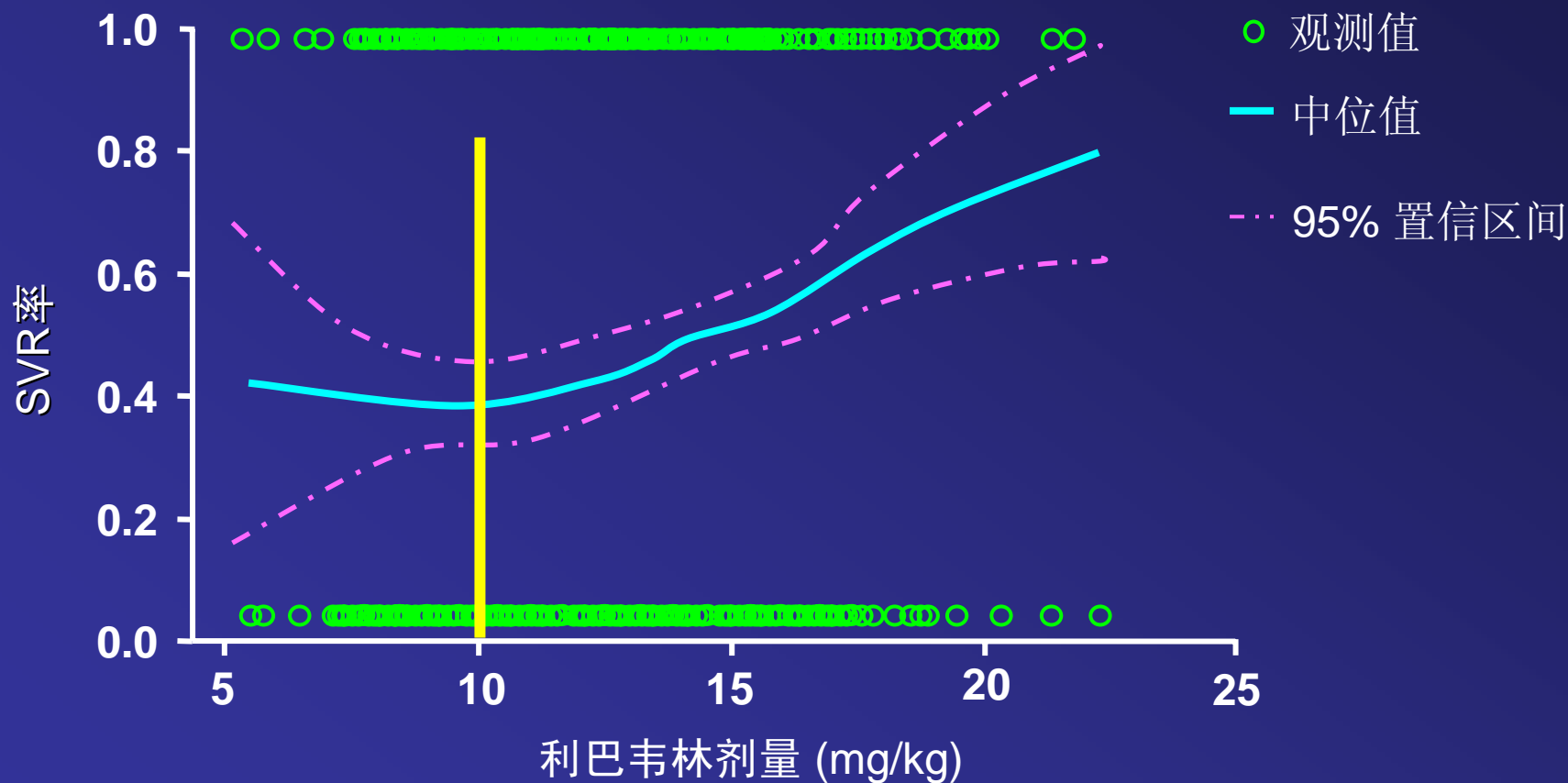
所有患者治疗48周

# 派罗欣+利巴韦林治疗是 《中国丙肝防治指南》推荐的首选方案

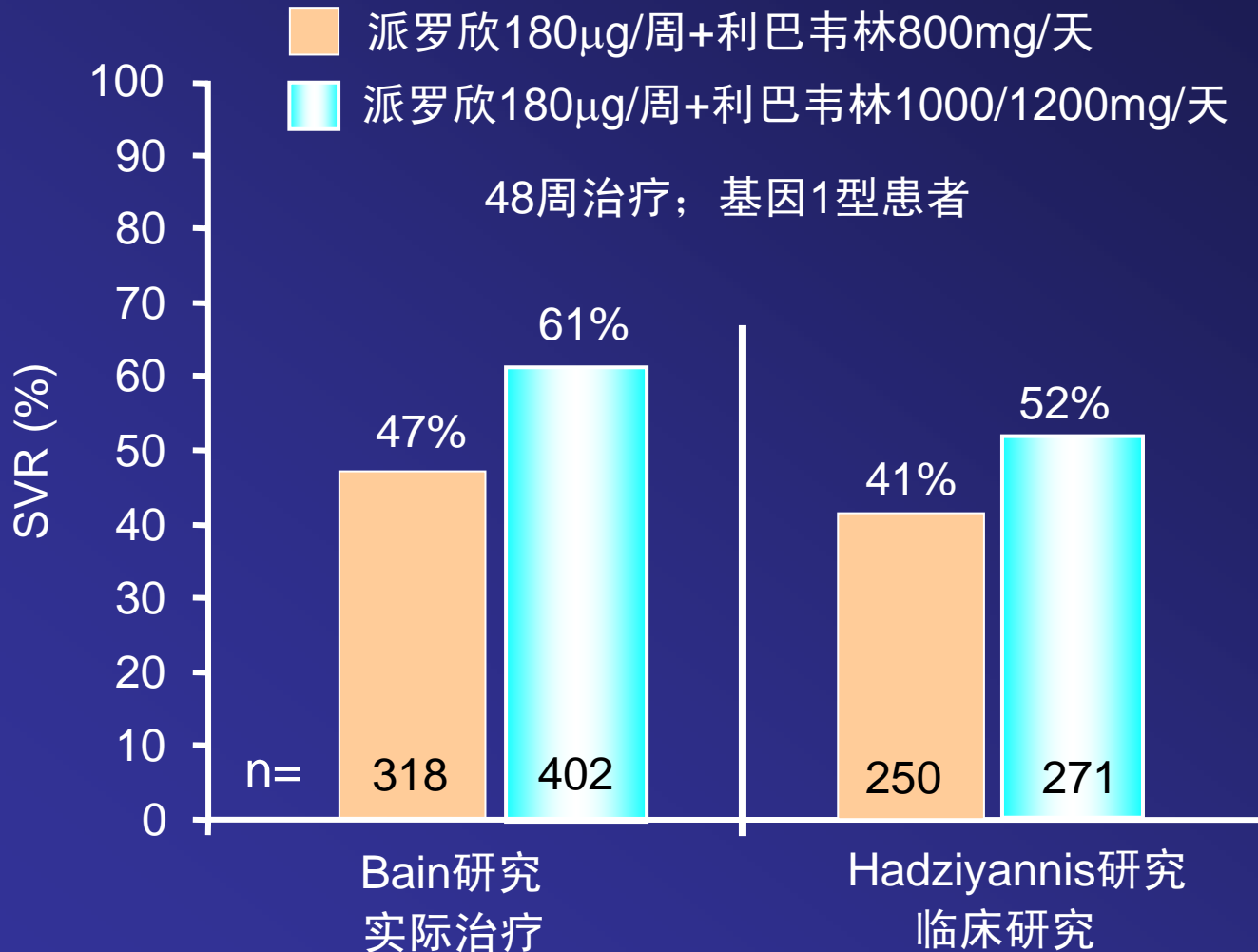
- 迄今为止，派罗欣+利巴韦林是针对丙肝总体SVR最高的治疗方案
- 派罗欣+利巴韦林可以达到较为理想的SVR率：
  - 达成早期病毒学应答
  - 治疗期间维持HCV RNA阴性
  - 疗程结束后，降低复发率

# 当利巴韦林用药剂量>10 mg/kg/天 SVR率呈剂量依赖性

基因1型：派罗欣180 $\mu$ g/周+利巴韦林 1000/1200mg/天

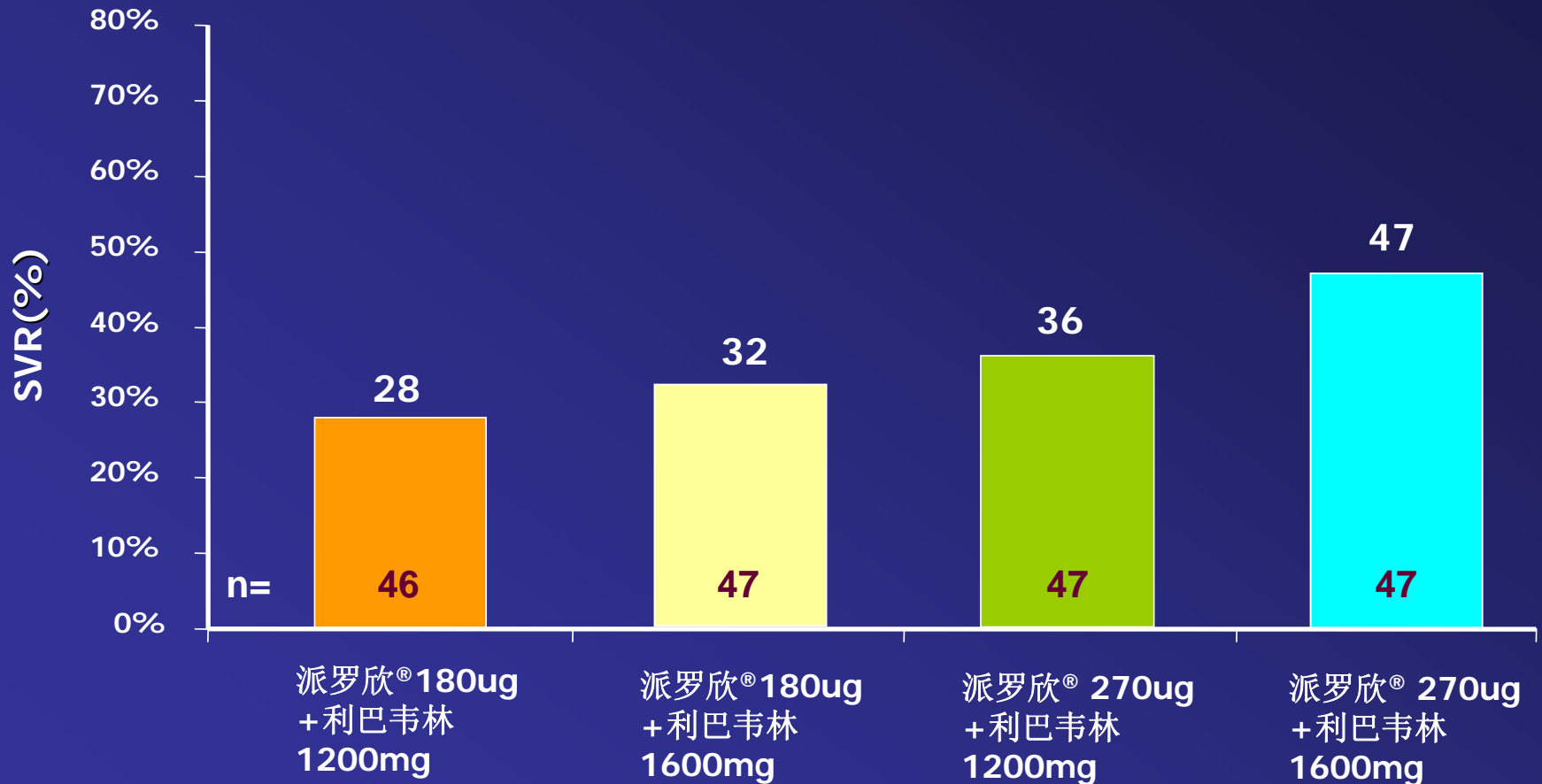


# 利巴韦林起始剂量与SVR率成正比





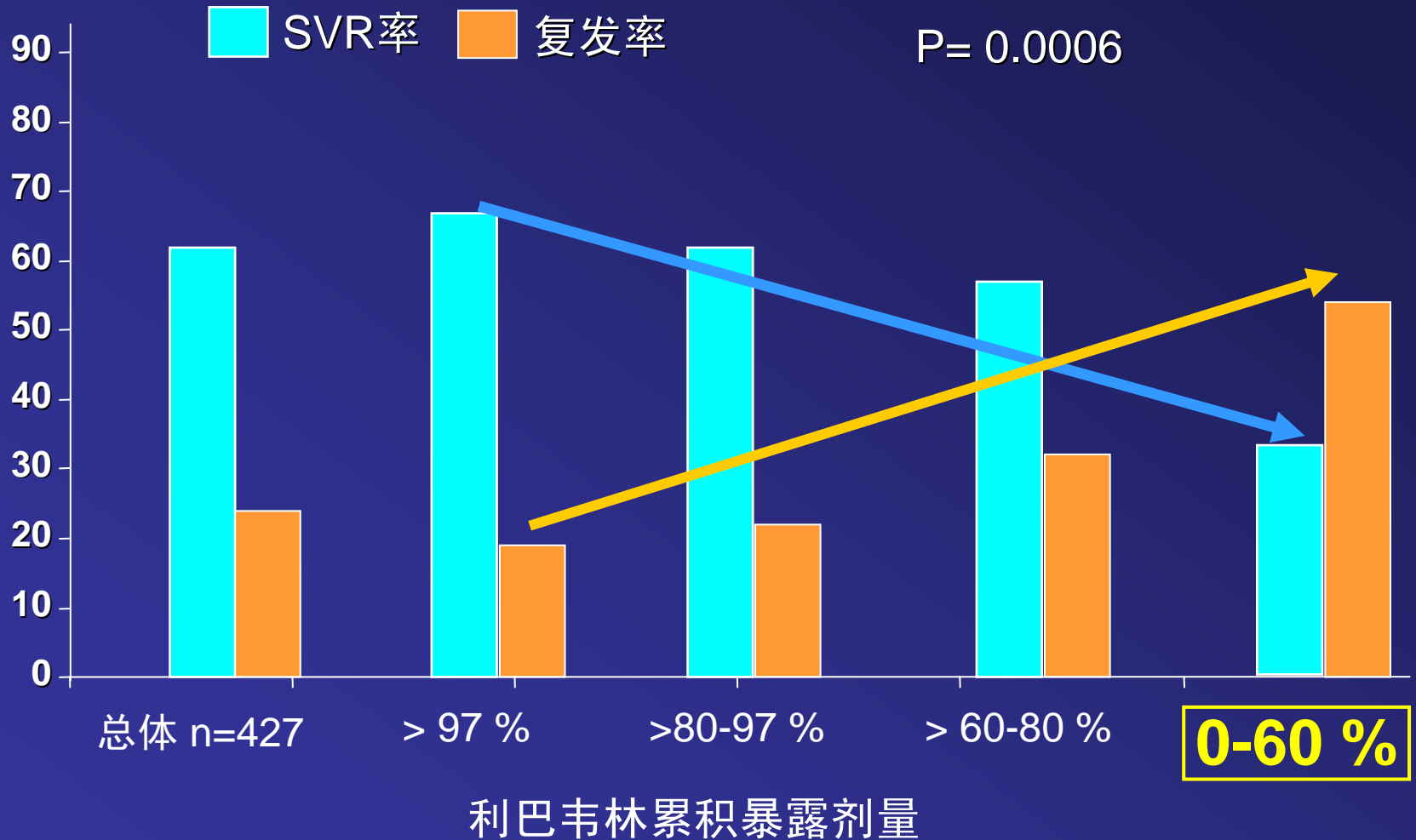
# 利巴韦林的起始剂量对于难治性病人更加重要(G1/HVL/>85kg)



HVL = 高病毒载量; ITT

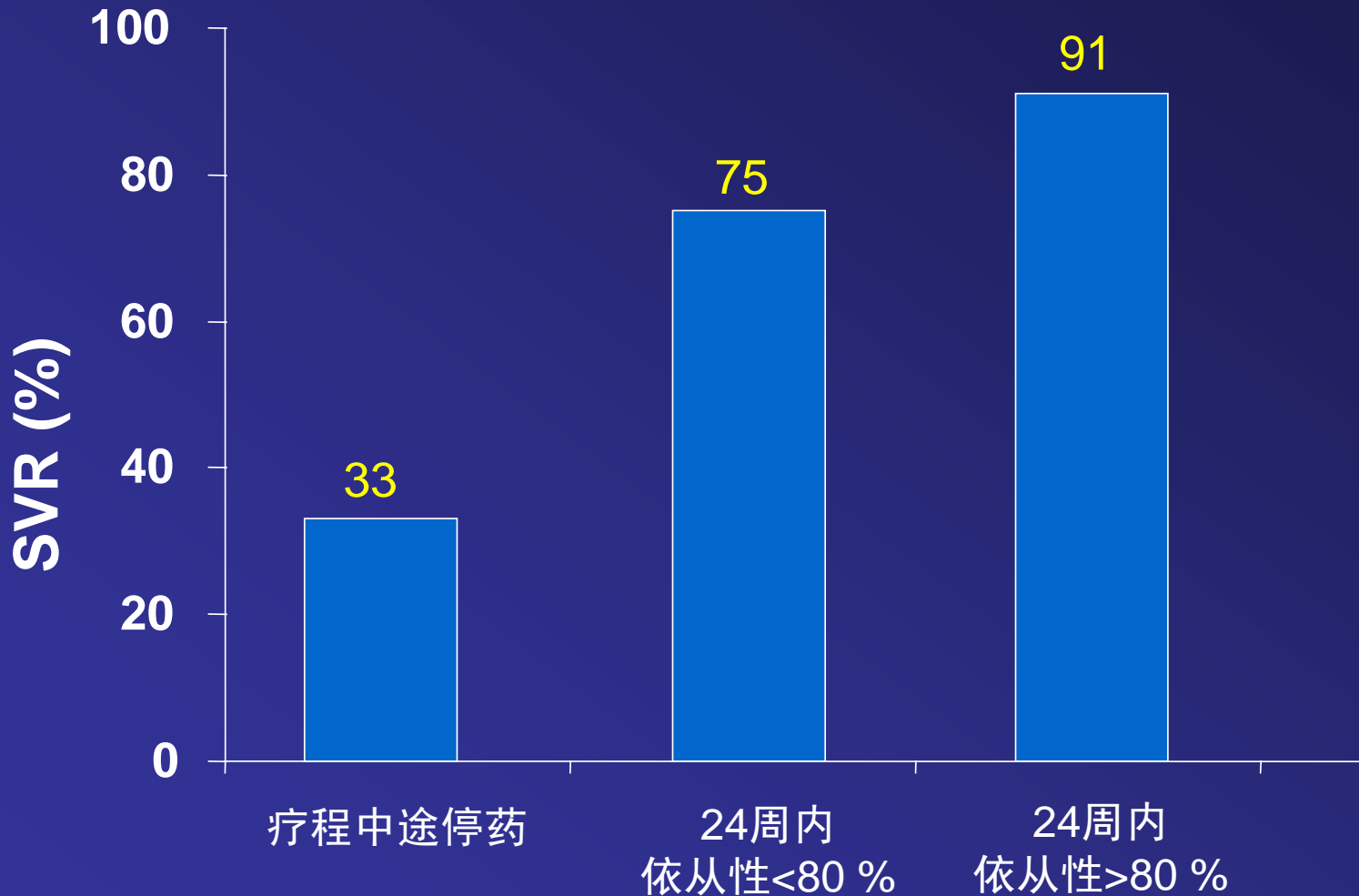
Fried et al. AASLD 2006

# 基因1型——降低利巴韦林暴露剂量将会显著改变复发率和SVR率

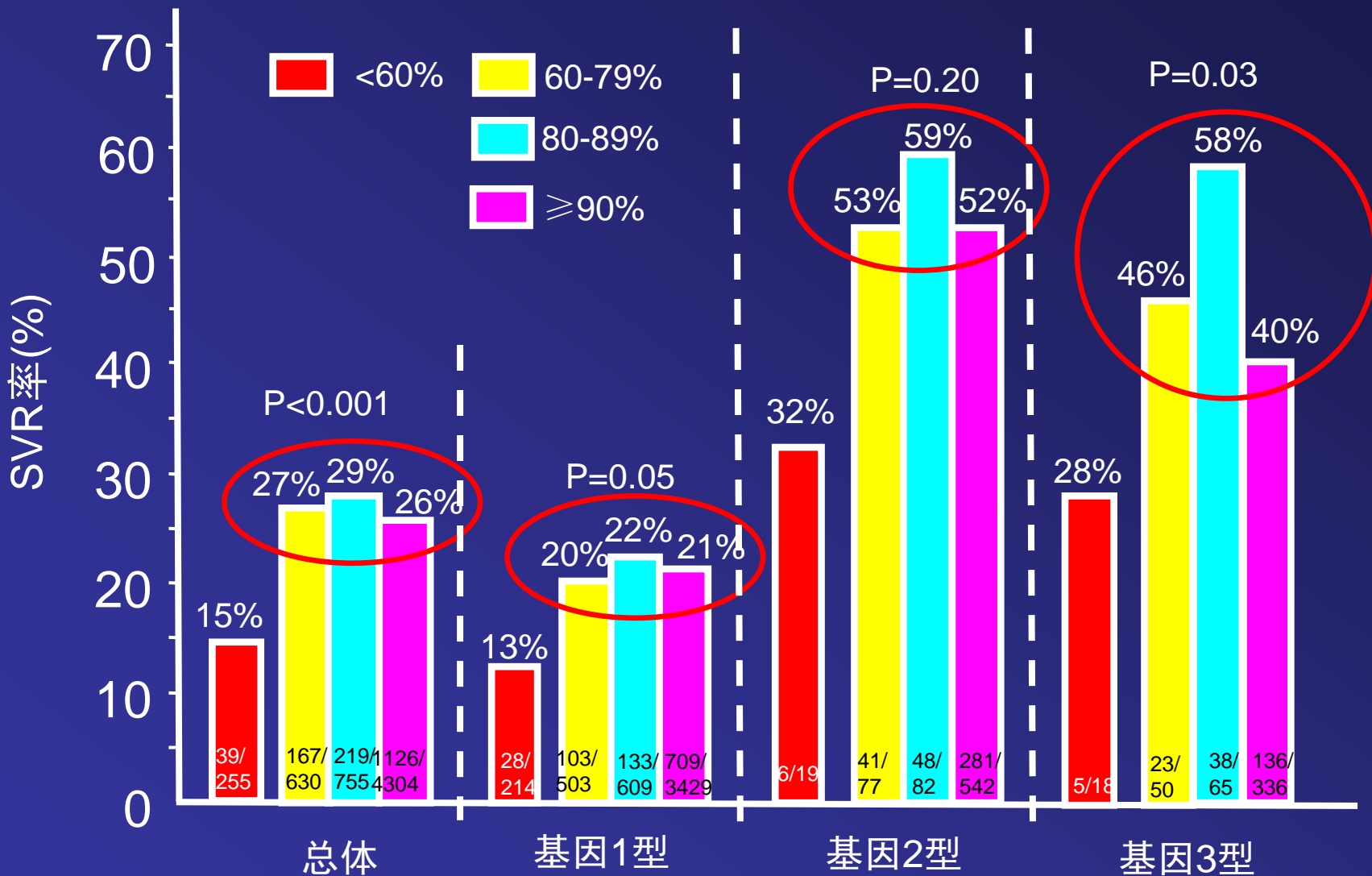


基因2/3型——

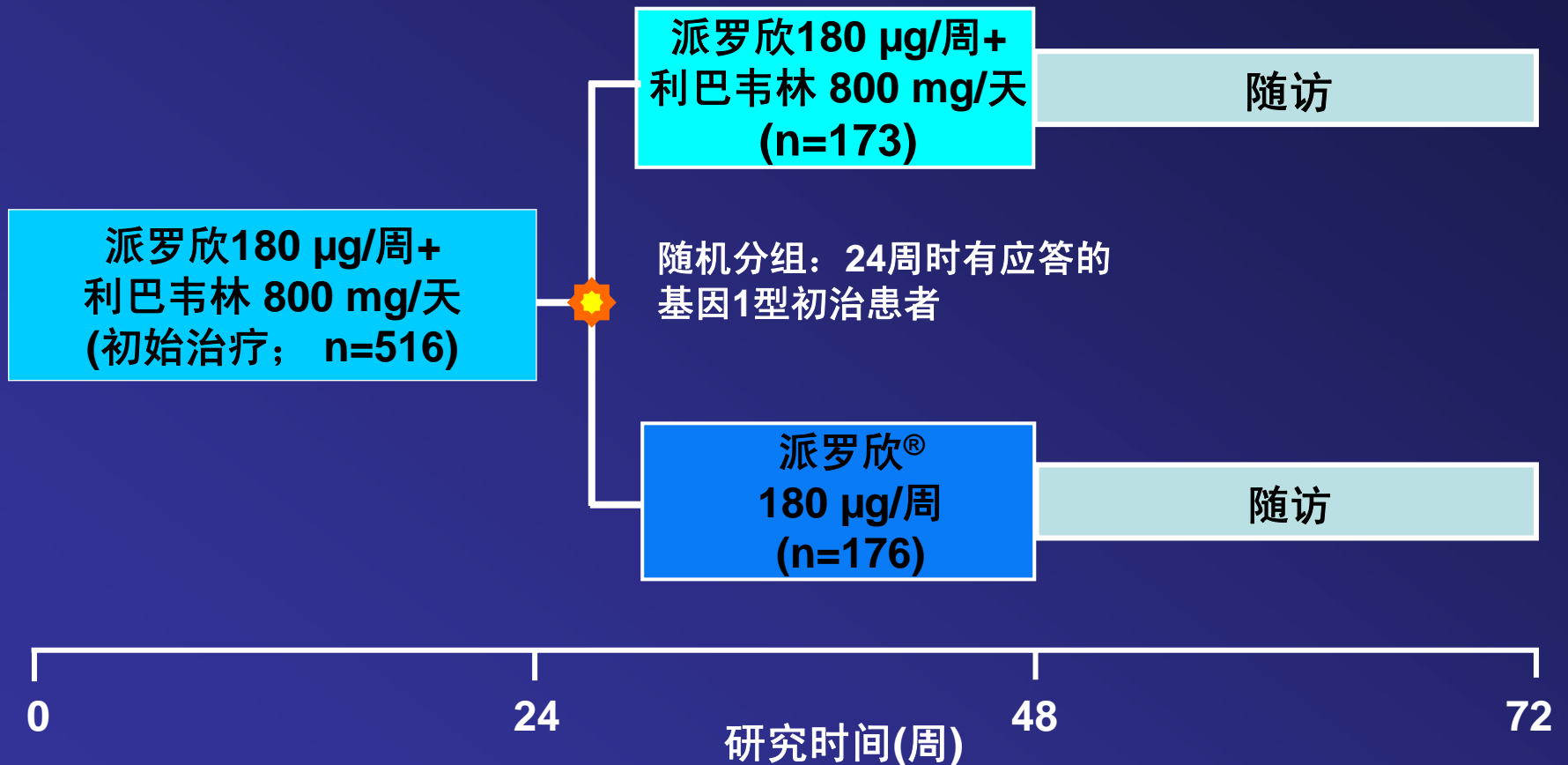
利巴韦林总体暴露剂量越高，SVR率越高



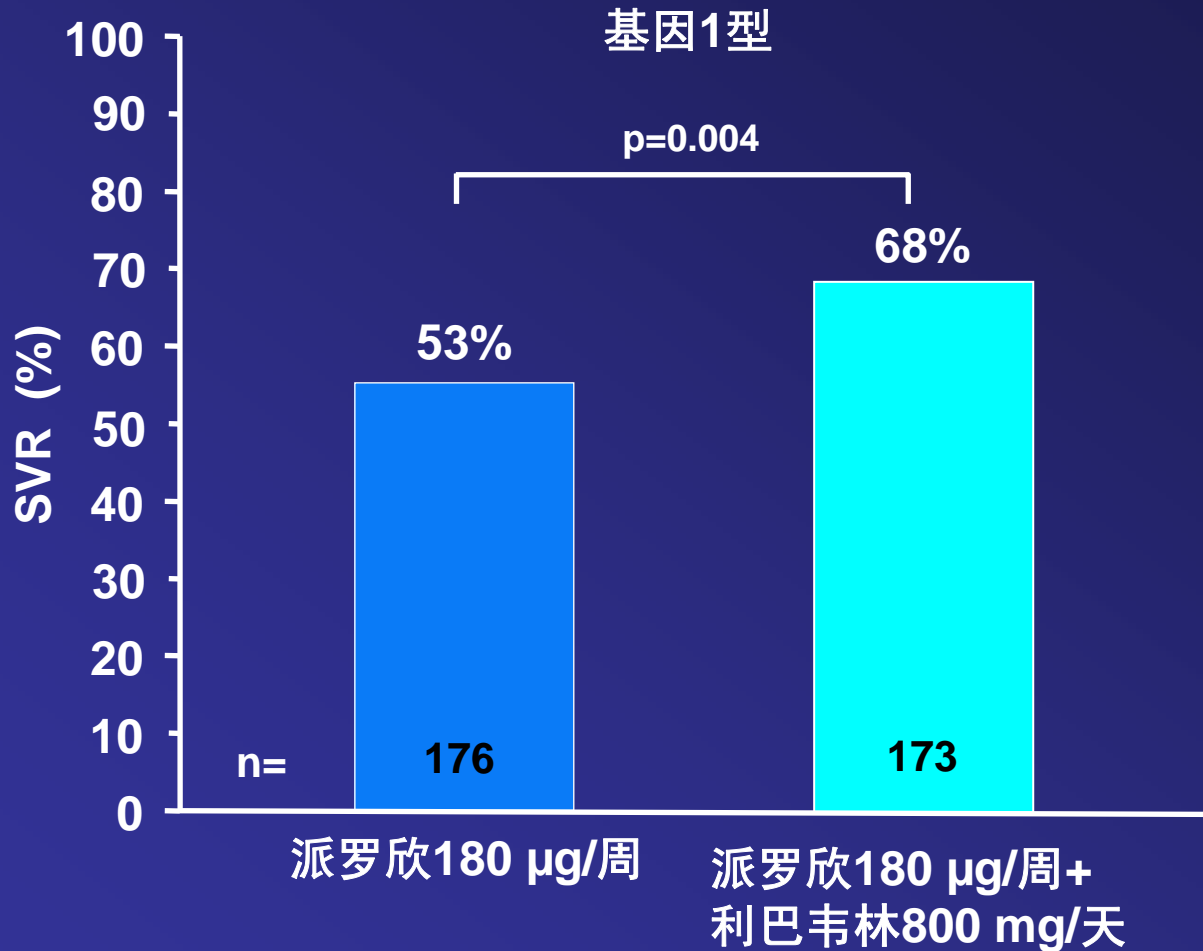
# 在临床实际治疗中，利巴韦林暴露剂量对所有基因型患者的SVR率都有重要影响



# 24周时停用利巴韦林对疗效的影响



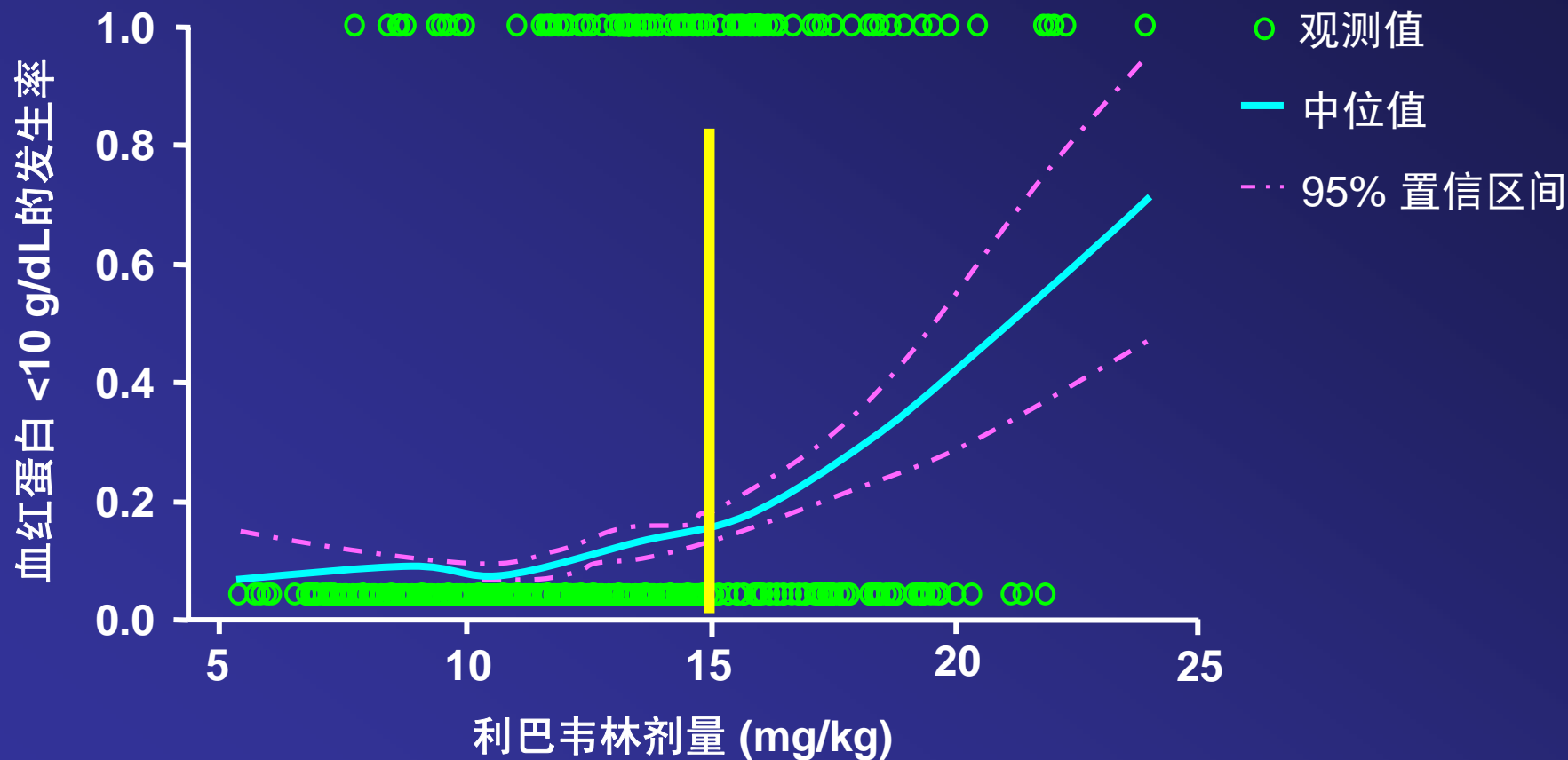
# 整个疗程必须保证利巴韦林持续用药 才能获得更高的SVR率



24周后的用药情况

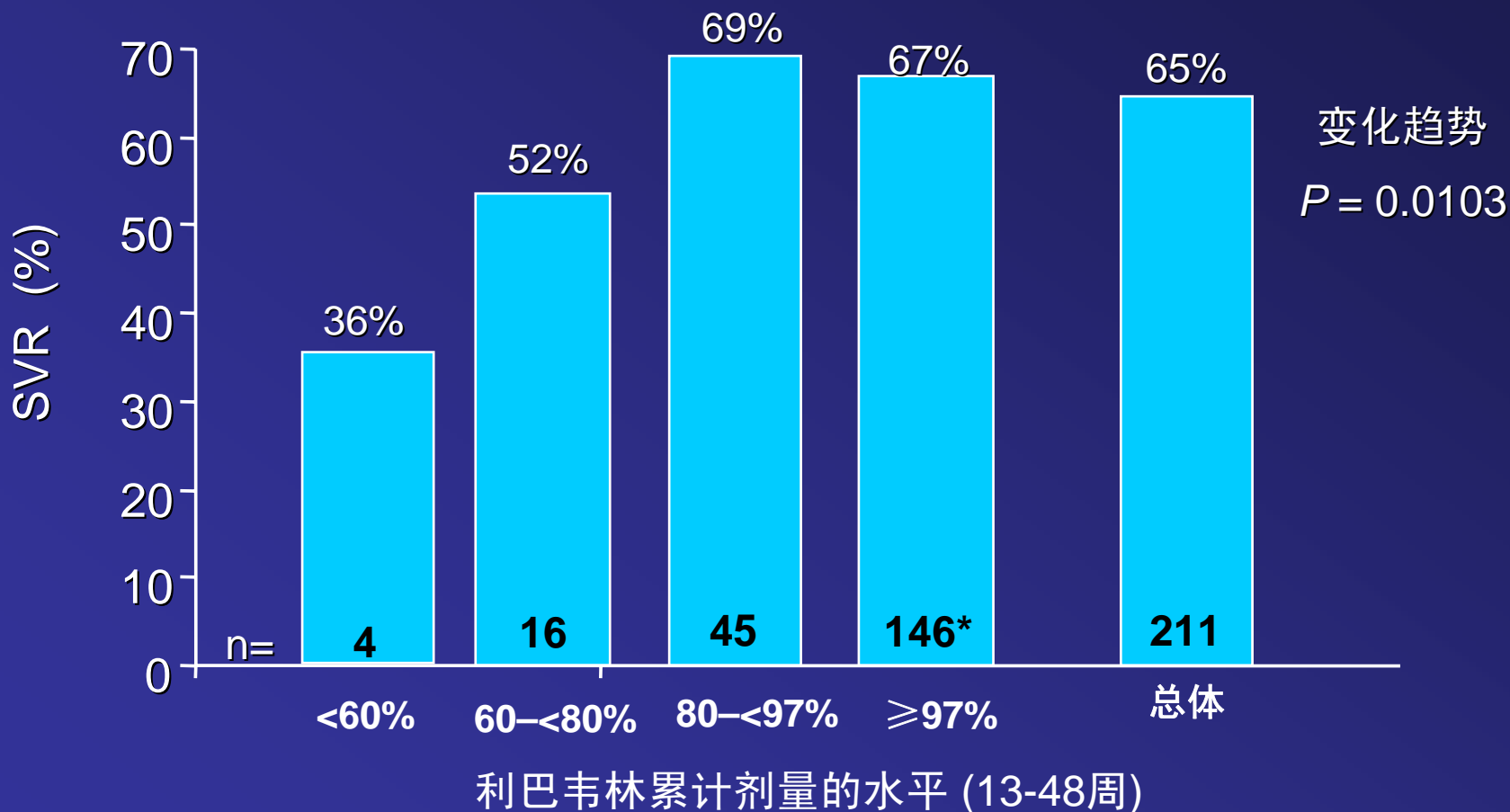
# 利巴韦林用药剂量>15 mg/kg/天，贫血发生率呈剂量依赖性

所有患者：派罗欣® 180 $\mu$ g/周+利巴韦林 1000/1200mg/天



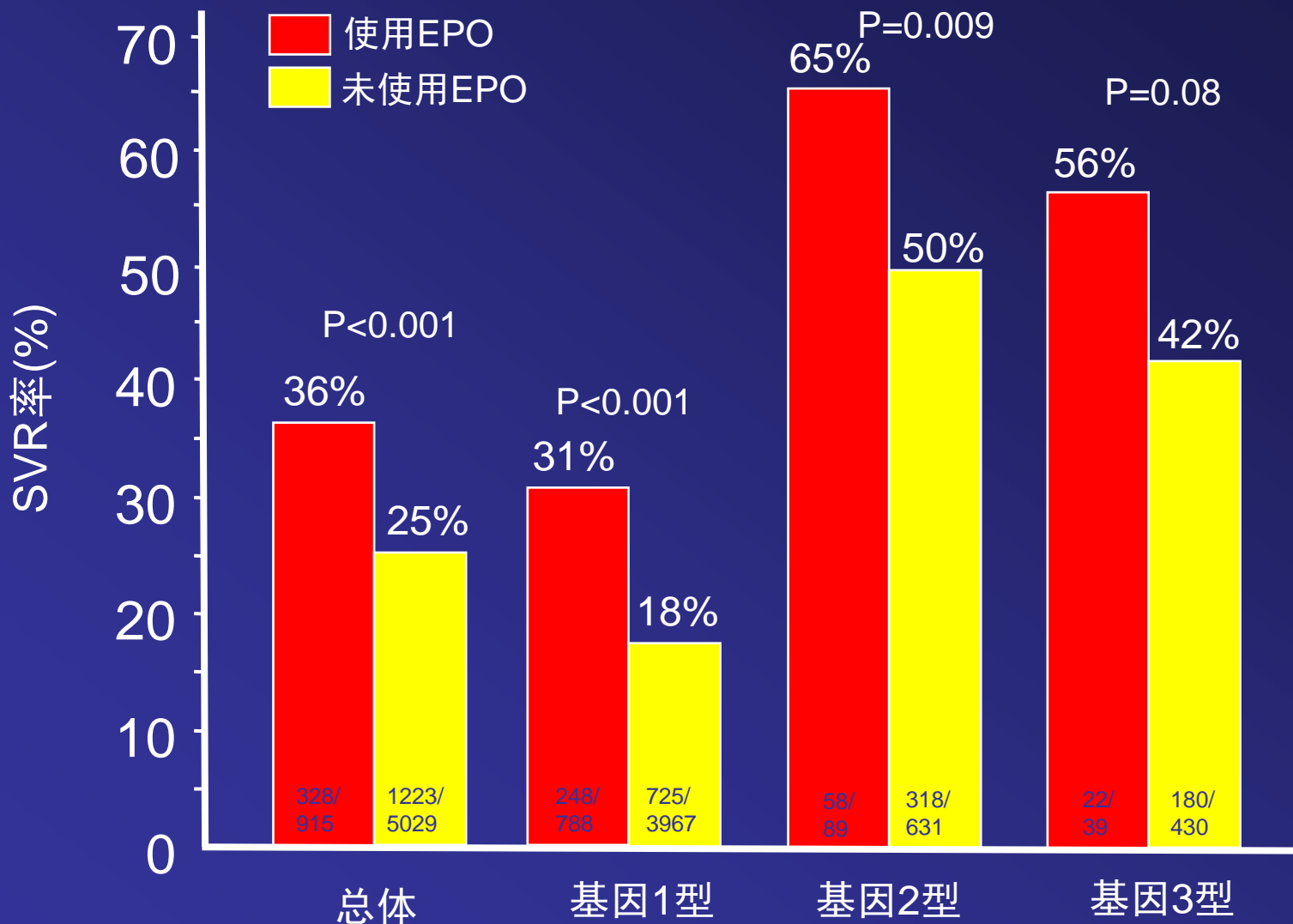
# 治疗中利巴韦林减量原则— 不宜减量过快(建议200 mg/次)

13–48周的利巴韦林累积剂量对基因1型患者SVR的影响

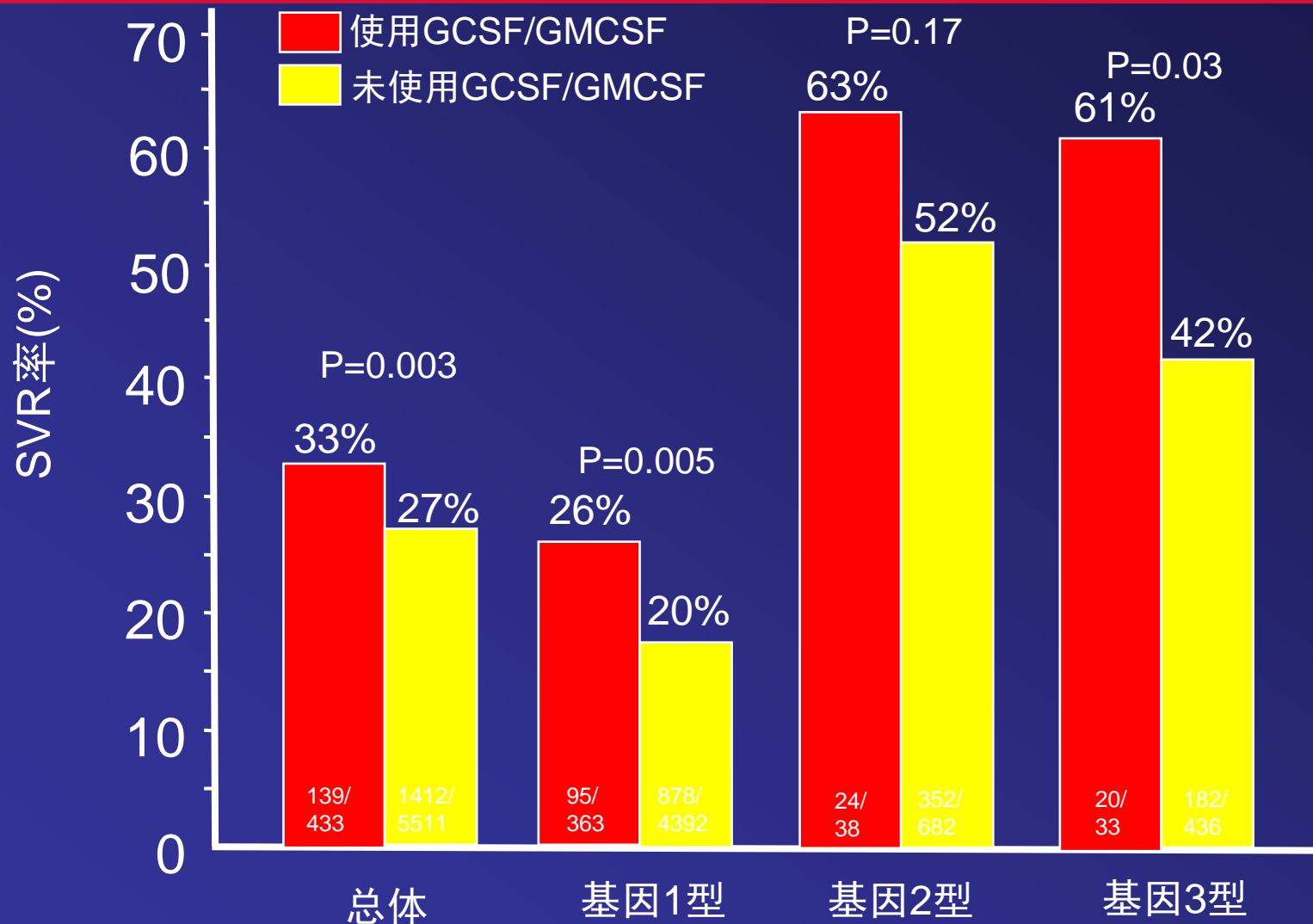




# 通过使用EPO维持利巴韦林用药剂量 可以明显提高SVR率

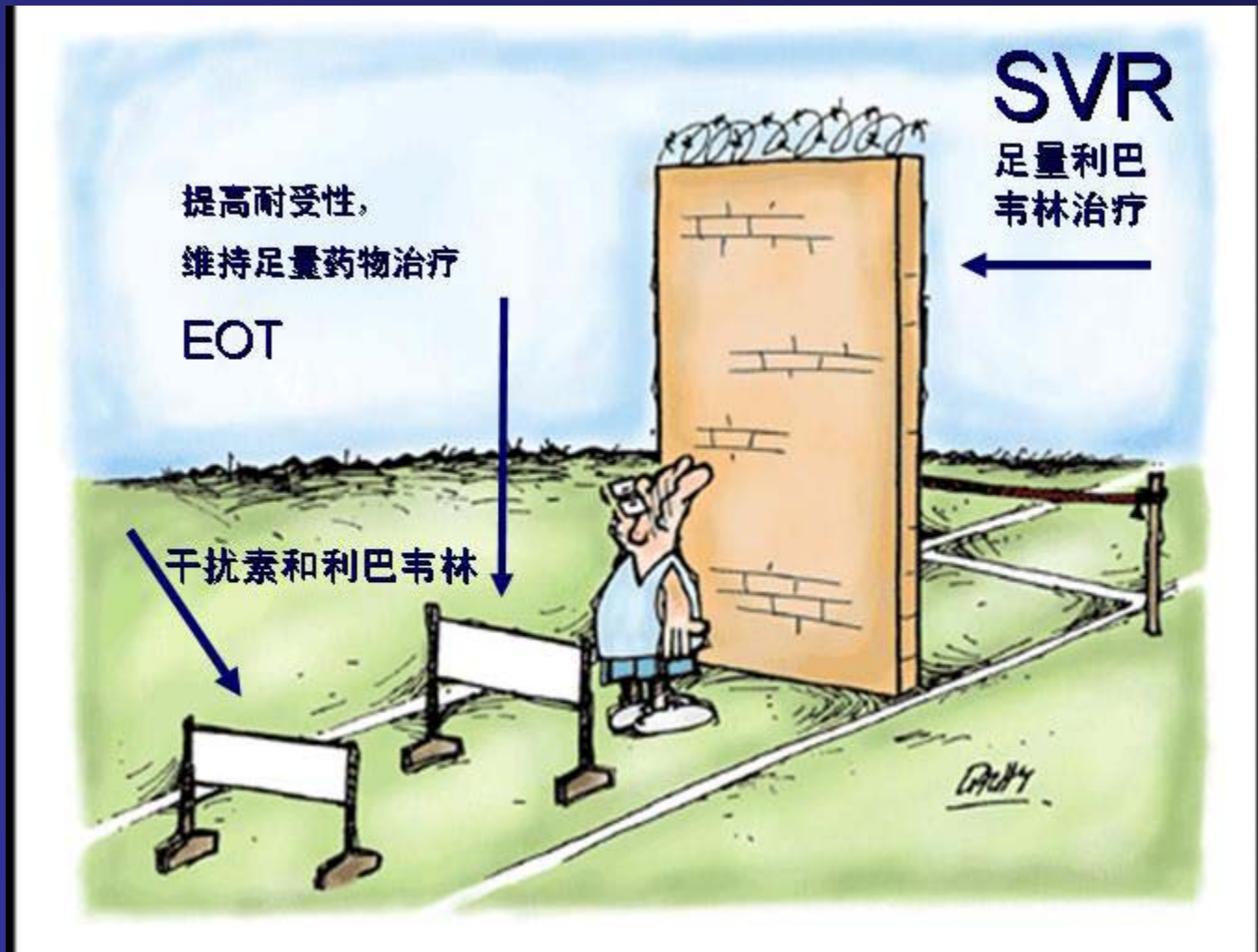


# 通过细胞因子维持利巴韦林用药剂量 可以明显提高SVR率



# SVR——

利巴韦林必须足量用药才能达到的终极目标



# 利巴韦林临床用药关键

---

- ▶▶ 起始足量
- ▶▶ 争取保量
- ▶▶ 全程使用
- ▶▶ 小幅度减量