

· 论著 ·

胰体尾癌标准或扩大胰体尾切除术近远期疗效比较

河南省南阳市第一人民医院普外四科 (河南 南阳 473000)

陈大勇

【摘要】目的 比较分析标准与扩大胰体尾切除术治疗胰体尾癌的近远期疗效, 并探讨影响预后相关因素。**方法** 对2015年1月至2017年8月择期行手术治疗的80例胰体尾癌患者相关资料回顾性分析, 依据不同术式将其分为A组(标准胰体尾切除术)与B组(扩大胰体尾切除术), 比较两组近远期疗效, 并通过Cox回归分析影响预后相关因素。**结果** A组平均手术时间、术中出血量、肿瘤最大径均显著少于B组($P < 0.05$); A组输血率(16.33%)显著低于B组的(48.39%, $P < 0.05$); A组并发症总发生率与B组比较无显著差异($P > 0.05$); 两组T分期比较差异有统计学意义($P < 0.05$); A组1年生存率(61.22%)显著高于B组的(29.03%, $P < 0.05$), 但两组3年生存率比较无显著差异($P > 0.05$); Cox回归模型分析显示肿瘤大小是影响胰体尾癌切除术后预后的独立危险因素($P < 0.05$)。**结论** 相比标准胰体尾切除术, 扩大胰体尾切除术手术时间明显长, 术中出血量明显多, 输血率明显高, 但两者术后并发症发生率、3年生存率类似, 临床可行。此外, 胰体尾癌预后疗效受肿瘤大小影响。

【关键词】 胰体尾癌; 标准胰体尾切除术; 扩大胰体尾切除术; 疗效

【中图分类号】 R736.7; R61

【文献标识码】 A

DOI: 10.3969/j.issn.1009-3257.2020.06.015

Comparison of Short-term and Long-term Curative Effects Between Standard and Extended Distal Pancreatectomy in Treatment of Pancreatic Body and Tail Carcinoma

CHEN Da-yong, No. 4 Department of General Surgery, Nanyang First People's Hospital, Nanyang 473000, Henan Province, China

[Abstract] **Objective** To comparatively analyze the short-term and long-term curative effects of standard and extended distal pancreatectomy in treatment of pancreatic body and tail carcinoma, and explore the prognostic factors. **Methods** Relevant data of 80 patients with pancreatic body and tail carcinoma who underwent elective surgery between January 2015 and August 2017 were analyzed retrospectively. According to the surgical method, the patients were divided into group A (standard distal pancreatectomy) and group B (extended distal pancreatectomy). Short-term and long-term curative effects were comparatively analyzed, and Cox regression analysis of prognostic factors was performed. **Results** The mean operation time, intraoperative blood loss and the maximum tumor diameter of group A were significantly shorter/less/smaller than those of group B ($P < 0.05$). The blood transfusion rate of group A (16.33%) was significantly lower than that of group B (48.39%) ($P < 0.05$). There was no significant difference in the total incidence of complications between the 2 groups ($P > 0.05$), but there were significant differences in T staging between the 2 groups ($P < 0.05$). The 1-year survival rate of group A (61.22%) was significantly higher than that of group B (29.03%) ($P < 0.05$), but there was no significant difference in 3-year survival rate between the 2 groups ($P > 0.05$). Cox regression analysis showed that tumor size was an independent risk factor of prognosis after distal pancreatectomy. **Conclusion** Compared with standard distal pancreatectomy, the duration of extended distal pancreatectomy is significantly longer, intraoperative blood loss is more, and blood transfusion rate is higher. However, the two were similar in terms of the incidence of postoperative complications and 3-year survival rate. Additionally, the prognosis of patients with pancreatic body and tail carcinoma is affected by tumor size.

[Key words] Pancreatic Body and Tail Carcinoma; Standard Distal Pancreatectomy; Extended Distal Pancreatectomy; Curative Effect

受胰腺位置影响, 胰腺癌早期较隐匿(特别是胰体尾癌), 临床确诊时多处于中晚期, 部分甚至远处转移, 预后差^[1]。近年来随着CT等影像学技术的提升, 早期无明显症状胰腺癌患者检出率提高^[2]。扩大胰体尾切除术最早于1973年被报道, 可为更多患者获

取手术切除机会, 但部分学者认为该术式风险大, 其安全性存在一定的争议, 致使其应用临床受限。因此, 本研究一方面通过与标准胰体尾切除术比较, 分析扩大胰体尾切除术可行性, 另一方面探讨预后相关危险因素, 为预后改善提供依据。

作者简介: 陈大勇, 男, 主治医师, 硕士研究生, 主要研究方向: 普通外科疾病

通讯作者: 陈大勇

1 资料与方法

1.1 临床资料 收集2015年1月至2017年8月择期手术治疗的胰体尾癌患者80例,依据不同术式将其分为A组(标准胰体尾切除术,49例)与B组(扩大胰体尾切除术,31例)。A组中男34例,女15例;年龄平均(60.25 ± 10.12)岁;术前体重平均(60.10 ± 5.21)kg;美国麻醉师协会(ASA)分级2级32例,3级17例;其中有腹部手术史15例,合并胰腺炎12例,合并糖尿病10例。B组中男18例,女13例;年龄平均(61.34 ± 10.46)岁;术前体重平均(60.00 ± 4.87)kg;ASA分级2级13例,3级18例;其中有腹部手术史6例,合并胰腺炎3例,合并糖尿病6例。两组基线资料相匹配($P > 0.05$),有可比性。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:术前影像学、术后病理证实为胰体尾癌;知情并签订根治性切除手术同意书;年龄40~78岁;ASA分级2~3级;相关资料完整。排除标准:合并其他恶性肿瘤;肉眼判断肿瘤残余、手术时已出现肝脏等远处转移者;姑息性切除术者;手术禁忌症;临床、随访资料不全。

1.3 方法 所有患者术前未给予新辅助化疗干预,均择期行根治性切除手术,均采用开腹方式进行手术。A组患者行标准胰体尾切除术,其中肠系膜病灶切除7例,保留脾脏胰体尾切除术3例。B组患者行扩大胰体尾切除术,其中涉及血管切除3例(肠系膜上静脉、门静脉受累段切除+人工血管修补1例,肠系膜上静脉楔形切除+血管线缝合2例)。A组患者术后辅助治疗24例,其中术后辅助放疗4例,术后辅助化疗11例,术中 ^{131}I 粒子置入9例。B组患者术后辅助治

疗8例,其中术后辅助化疗2例,术中 ^{131}I 粒子置入6例。所有患者术后随访12~36个月,对影响患者预后(3年生存率)相关因素(年龄、性别、肿瘤大小、分化程度、手术方式、淋巴结转移、手术输血等)统计分析。

1.4 观察指标 观察记录两组患者平均手术时间、术中出血量、住院时间、术中输血及并发症(胰瘘、腹腔感染、胃排空延迟、切口感染、术后出血)情况;比较两组T分期、N分期、肿瘤最大径等病理指标;统计比较两组随访1年、3年生存率。

1.5 统计学方法 应用SPSS19.0统计软件分析数据,计数资料以%表示,行 χ^2 或连续性校正 χ^2 检验或Fisher精确概率法;计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行t检验。同时经由Cox回归模型分析影响预后相关因素。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 手术时间等指标比较 A组手术时间明显短于B组,术中出血量明显少于B组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

2.2 输血情况 A组输血8例(16.33%),B组输血15例(48.39%),两组输血率比较差异有统计学意义($\chi^2 = 9.528, P = 0.002 < 0.05$)。

2.3 并发症情况 A组并发症总发生率较B组差异无统计学意义($P > 0.05$);A组胃排空延迟发生率明显低于B组($P < 0.05$)。见表2。

2.4 术后病理检查结果 A组肿瘤最大径(4.09 ± 2.05)cm,B组肿瘤最大径(5.10 ± 2.06)cm,两组肿瘤最大径比较差异显著($t = 2.143, P = 0.035 < 0.05$)。两组T分期比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

2.5 远期随访结果 随访12至36个月,均获访,A组1年生存率明显高于B组($P < 0.05$);两组3年生存率比较无显著差异($P > 0.05$)。见表4。

2.6 预后相关影响因素 Cox单因素分析显示胰体尾

表1 两组患者手术时间等相关指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	病例数	手术时间(min)	术中出血量(mL)	住院时间(d)
A组	49	207.65 ± 53.48	315.02 ± 50.14	9.12 ± 2.30
B组	31	253.16 ± 60.27	423.37 ± 68.26	10.00 ± 2.15
t		3.529	8.170	1.709
P		0.001	0.000	0.091

表2 两组患者并发症发生率比较[n(%)]

组别	病例数	胰瘘	腹腔感染	胃排空延迟	切口感染	术后出血	合计
A组	49	17(34.69)	4(8.16)	1(2.04)	1(2.04)	0(0.00)	23(46.94)
B组	31	6(19.35)	3(9.68)	7(22.58)	3(9.68)	1(3.22)	20(64.52)
χ^2 或连续性校正 χ^2		2.181	0.030	6.765	1.001	—	2.360
P		0.140	0.863	0.009	0.317	0.387	0.124

注:“—”表示行Fisher精确概率法

表3 两组患者术后病理检查结果比较

组别	病例数	T分期			N分期		
		T1	T2	T3	Nx	N0	N1
A组	49	4	11	34	22	18	9
B组	31	0	1	30	11	10	10
χ^2		8.988			2.059		
P		0.011			0.357		

表4 两组患者生存率比较[n(%)]

组别	病例数	随访1年	随访3年
A组	49	30(61.22)	15(30.61)
B组	31	9(29.03)	8(25.81)
χ^2		7.876	0.214
P		0.005	0.643

表5 80例胰体尾癌患者预后Cox单因素分析

变量	回归系数	标准误	P值
年龄	-0.005	0.030	0.835
性别	0.243	0.502	0.630
肿瘤大小	0.300	0.153	0.046
分化程度	0.020	0.316	0.950
手术方式	0.667	0.668	0.316
淋巴结转移	0.472	0.652	0.463
手术输血	0.856	0.684	0.210
术后并发症	-0.380	0.785	0.627

癌缓和预后与肿瘤大小密切相关,详见表5。Cox多因素分析显示:肿瘤大小(肿瘤最大径)为影响预后独立危险因素($r=1.280$, $P<0.05$)。

3 讨 论

目前临床根治胰体尾癌唯一手段为切除术,而远处转移、周边重要血管侵犯在很大程度上影响到胰体尾癌手术切除^[3],对此行扩大胰体尾切除,切除受肿瘤侵犯血管对提高手术切除率,延长患者生存期可能具有重要意义^[4]。但当下扩大胰体尾切除术临床相对少见,对其安全性存在较大的顾虑,为了给大血管及其邻近器官浸润患者提供手术切除机会,对扩大胰体尾癌切除可行性研究十分必要。

本研究80例患者中行扩大胰体尾癌切除术31例,占38.75%,其中ASA分级3级18例(58.06%),比标准胰体尾切除术的34.69%低,表明扩大胰体尾切除术风险相对大,这对麻醉、围术期配合提出了更高的要求,须由经验丰富、配合良好的外科手术团队执行^[5]。本研究结果显示:扩大胰体尾切除术相比标准切除术手术时间明显长,术中出血

量明显多,这可能与扩大胰体尾切除术患者特点(临床分期较高、血管侵犯)、手术难度大等有关。两组住院时间比较无显著差异,表明扩大胰体尾切除术患者可取得与标准胰体尾切除术类似出院时间。在并发症方面,A组总发生率46.94%,B组总发生率64.52%,可见胰体尾切除术后并发症较多,扩大胰体尾切除术后更多,与相关文献报道基本相符^[6]。B组胃排空延迟发生率明显比A组高,分析其原因可能与扩大胰体尾切除术创伤更大、对胃肠道功能影响大、术后胃管留置时间长有关。本研究结果表明,相比标准胰体尾切除术,扩大胰体尾切除术患者病理分析较晚(T分期程度明显高),对此类患者行扩大胰体尾切除术后患者3年生存率与标准胰体尾切除术患者类似,可见该术式能获得与标准胰体尾切除术相当的远期预后。但本研究标准胰体尾切除术患者1年生存率明显较扩大胰体尾切除术高,分析其原因,可能与术后辅助治疗、患者临床分期等有关^[7]。

此外,本研究还对影响胰体尾癌患者预后相关因素进行Cox回归分析,显示肿瘤大小是影响其预后的独立危险因素,与郭子恒等^[8]的研究结果一致,但与其不同的是本研究显示输血与患者预后无相关性,这可能与输血类型等有关,需进一步研究证实。有研究^[9-10]认为淋巴结转移、神经侵犯、TNM分期可能与胰体尾癌患者预后相关,但由于本研究为回顾性分析,样本例数少,且受胰腺标本病理取材操作不规范等影响,本研究未发现淋巴结等与胰体尾癌预后有关。

综上所述,行扩大胰体尾切除术的患者病理分期较晚,可取得与标准胰体尾切除术相当的3年生存率,其预后与肿瘤大小密切相关。

参考文献

- [1]豆艳,姑息护理对晚期胰腺癌患者癌因性疲乏及负性情绪的影响[J].罕少疾病杂志,2019,26(1):77-79.
- [2]王缉胜.胰腺癌可切除性的多层螺旋CT诊断进展[J].罕少疾病杂志,2015,22(4):62-64.
- [3]管建宝,张亚铭,张从雨,等.保留脾脏和脾血管的胰体尾切除术5例分析[J].安徽医药,2009,13(11):1385-1387.
- [4]原春辉,修典荣,张同琳,等.联合腹腔动脉干切除在胰体尾癌扩大根治术中的应用[J].中国微创外科杂志,2013,13(8):743-745.
- [5]朱欢欢,张冠中,韩涛,等.阑尾腺癌全身多发转移病例分析[J].解放军医药杂志,2015,27(3):111-113.
- [6]Roch AM, Singh H, Turner AP, et al. Extended distal pancreatectomy for pancreatic adenocarcinoma with splenic vein thrombosis and/or adjacent organ invasion[J]. Am J Surg, 2015, 209(3):564-569.
- [7]毛强,张阔,李强,等.52例胰体尾癌的外科诊治分析[J].中国肿瘤临床,2013,40(14):842-845.
- [8]郭子恒,谭春路,陈泓宇,等.胰体尾癌患者行扩大胰体尾切除术的可行性研究[J].中华外科杂志,2016,54(3):201-205.
- [9]丁泊文,张阔,崔龙等.胰体尾癌患者的预后因素分析[J].中华消化外科杂志,2013,12(8):564-568.
- [10]李霆,孟翔凌.胰体尾癌51例诊治分析[J].安徽医学,2010,31(7):783-784.

【收稿日期】2019-12-02