



doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2016.04.026
http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.1005-6947.2016.04.026
Chinese Journal of General Surgery, 2016, 25(4):618-621.

· 简要论著 ·

大肠癌肝脏转移患者同期外科治疗的远期生存状况研究

苏学良

(海南省农垦那大医院 普通外科, 海南 儋州 571799)

摘要

目的: 探讨大肠癌肝脏转移患者同期外科治疗的远期生存状况, 为临床研究提供可参考依据。

方法: 选择大肠癌且发生肝脏转移的患者 80 例作为研究对象, 患者均同期外科切除治疗。详细记录患者信息, 记录患者随访 3 年远期生存状况, 并根据随访结果分为生存组与病死组, 筛选出影响患者生存状况的相关因素。

结果: 80 例大肠癌肝转移同期外科治疗患者中有 30 例 (37.5%) 死亡。生存组转移灶最大直径为 (3.21 ± 0.90) mm, 转移灶个数 >4 个者 11 例 (22.0%), 双叶转移 10 例 (20.0%); 分化程度 III 级 9 例 (18.0%), IV 级 5 例 (10.0%), 均低于病死组的 (3.56 ± 0.82) mm、17 (56.7%)、16 (53.3%)、9 (30.0%)、10 (33.3%), 差异有统计学意义 (P<0.05)。多因素分析发现转移灶个数 >4 个、淋巴结转移、双叶肝转移、分化程度 (III~IV 级) 是影响大肠癌肝转移同期外科治疗生存状况的危险因素 (P<0.05)。

结论: 转移灶个数 >4 个、淋巴结转移、双叶肝转移、分化程度 (III~IV 级) 可影响大肠癌肝转移同期外科治疗疗效, 但同期外科手术切除大肠癌肝转移有较好远期生存疗效。

关键词

结直肠癌; 肿瘤转移; 肝肿瘤 / 继发性; 预后

中图分类号: R735.3

流行病学研究发现, 大肠癌是临床上消化道

最常见的恶性肿瘤之一, 其发病率占到恶性肿瘤的第 3 位, 病死率的第 5 位, 严重威胁着我国人的生命健康^[1]。临床上大肠癌患者早期无症状或仅有大便性状改变等症状, 常常被人忽视, 有 25.0% 的患者诊断时已存在肝转移^[2]。因此外科手术治疗是大肠癌肝脏转移的首选治疗方式。随着

收稿日期: 2015-12-10; 修订日期: 2016-03-03。

作者简介: 苏学良, 海南省农垦那大医院主治医师, 主要从事普通外科方面的研究。

通信作者: 苏学良, Email: wzr5577@163.com

dissection in gastric cancer operation[J]. J Am Coll Surg, 2006, 203(2):162-169.

[16] Wu LM, Jiang XJ, Lin QF, et al. Comparative study of clinical efficacy of laparoscopy assisted radical gastrectomy versus open radical gastrectomy for advanced gastric cancer[J]. Genet Mol Res, 2015, 14(2):3459-3465.

[17] 仝德峰, 刘江文, 孙琳, 等. 进展期胃癌腹腔镜辅助 D2 根治术的临床疗效分析[J]. 中国普通外科杂志, 2015, 24(8):1201-1204.

Tong DF, Liu JW, Sun L, et al. Laparoscopic-assisted D2 gastrectomy for advanced gastric cancer: a clinical study[J]. Chinese Journal of General Surgery, 2015, 24(8):1201-1204.

[18] Son T, Hyung WJ. Laparoscopic gastric cancer surgery: Current evidence and future perspectives[J]. World J Gastroenterol, 2016, 22(2):727-735.

[19] Tuttle R, Hochwald SN, Kukar M, et al. Total laparoscopic resection

for advanced gastric cancer is safe and feasible in the Western population[J]. Surg Endosc, 2015. [Epub ahead of print]

[20] Songun I, Putter H, Kranenbarg EM, et al. Surgical treatment of gastric cancer: 15-year follow-up results of the randomised nationwide Dutch D1D2 trial[J]. Lancet Oncol, 2010, 11(5):439-449.

(本文编辑 姜晖)

本文引用格式: 杨永江, 彭涛, 武雪亮, 等. T₂期胃癌淋巴结转移的危险因素分析[J]. 中国普通外科杂志, 2016, 25(4):615-618. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2016.04.025

Cite this article as: Yang YJ, Peng T, Wu XL, et al. Risk factors of lymph node metastasis in T₂ gastric cancer case[J]. Chin J Gen Surg, 2016, 25(4):615-618. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2016.04.025

医学技术的发展, 大肠癌肝脏转移同期切除治疗得到较好发展, 但其远期生存情况研究尚少。在此背景下, 本研究即探讨大肠癌肝脏转移患者同期外科治疗的远期生存状况, 为其临床研究提供可参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾分析2011年1月—2013年10月80例我院诊断为大肠癌且发生肝脏转移的患者临床资料, 男42例, 女38例; 年龄(36~68)岁; 平均年龄(48.32 ± 4.56)岁。纳入标准: 原发病灶及肝转移病灶均可切除; 术前估计术后肝脏容量 $\geq 50.0\%$ 。排除标准: 明确肝脏良性病变、其他部位原发肿瘤、近3个月有出血性疾病或心脑血管发作、心肺功能不全等。

1.2 方法

详细记录患者信息: 性别、年龄、癌灶大小、癌灶分化程度、转移部位、转移灶大小等。随访3年远期生存状况, 并根据随访结果分为生存组与病死组, 筛选出影响患者生存状况的相关因素, 应用COX回归分析进行多因素回归分析。

1.3 统计学处理

应用SPSS 17.0统计软件对数据进行处理。数据资料经正态性检验, 符合正态分布数据的计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示, 两组间的比较采用独立样本 t 检验; 非正态分布资料采用中位数表示, 采用秩和检验; 计数资料以构成比(%)表示, 组间比较采用 χ^2 检验或者精确概率法; 生存率单因素分析采用kaplan-meier检验, 多因素采用COX回归分析进行; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 手术治疗情况

80例患者中29例(36.3%)为直肠手术, 51例(63.7%)为结肠手术; 腺癌26例(32.5%), 黏液癌24例(30.0%), 未分化

癌30例(37.5%); 74例(92.5%)患者获得 R_0 切除, 其中楔形切除58例(72.5%), 半肝切除15例(18.8%), 扩大切除4例(5.0%), 有3例(3.8%)无法确定切除范围。

2.2 一般资料分析

80例大肠癌肝转移同期外科治疗患者中30例(37.5%)死亡, 其中男17例, 女13例; 年龄(36~68)岁, 平均年龄(48.22 ± 4.34)岁; 术后生存时间10个月至3年; 50例(62.5%)患者存活, 其中男25例, 女25例; 年龄(36~66)岁, 平均年龄(48.34 ± 5.12)岁(图1)。

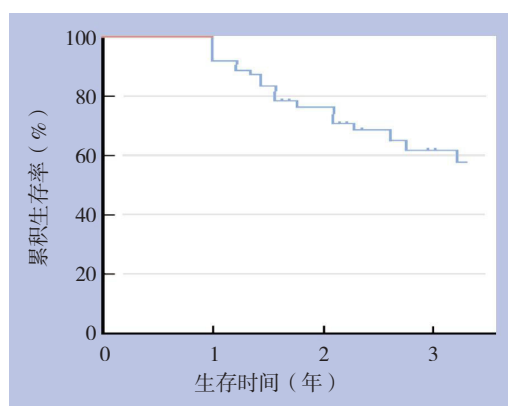


图1 大肠癌肝转移同期外科治疗患者生存曲线

2.3 影响大肠癌肝转移同期外科治疗生存状况的单因素分析

将两组基本信息及肿瘤情况进行单因素分析, 结果显示; 转移灶最大直径、转移灶个数、淋巴结转移例数、转移灶部位、分化程度与大肠癌肝转移同期外科治疗生存状况有关($P < 0.05$); 患者年龄、原发灶最大直径、术后化疗、肿瘤形态、肿瘤部位及组织学分型与生存状况存无关($P > 0.05$) (表1)。

2.4 影响大肠癌肝转移同期外科治疗生存状况的COX回归分析

COX回归分析显示, 转移灶个数 >4 枚、淋巴结转移、双叶肝转移、分化程度(III~IV级)是影响大肠癌肝转移同期外科治疗生存状况的危险因素($P < 0.05$) (表2)。

表1 影响大肠癌肝转移同期外科治疗生存状况的单因素分析 [n (%)]

因素	病死组 (n=30)	存活组 (n=50)	t/ χ^2	P
性别				
男	17 (56.7)	25 (50.0)	0.334	0.563
女	13 (43.3)	25 (50.0)		
年龄 (岁)	48.22 ± 4.34	48.34 ± 5.12	0.412	0.302
原发灶最大直径 (mm)	10.83 ± 2.38	10.91 ± 3.09	0.543	0.231
转移灶最大直径 (mm)	3.56 ± 0.82	3.21 ± 0.90	3.401	0.000
术后化疗	14 (46.7)	20 (40.0)	0.341	0.559
淋巴结转移	20 (66.7)	15 (30.0)	10.243	0.001
转移灶个数 (枚)				
≤ 2	5 (16.7)	20 (40.0)	3.084	0.002
3~4	8 (26.7)	19 (38.0)		
>4	17 (56.7)	11 (22.0)		
转移灶部位				
左叶	6 (20.0)	20 (40.0)	2.847	0.004
右叶	8 (26.7)	20 (40.0)		
双叶	16 (53.3)	10 (20.0)		
肿瘤形态				
息肉隆起型	8 (26.7)	18 (36.0)	1.246	0.213
扁平隆起型	8 (26.7)	16 (32.3)		
扁平隆起凹陷型	14 (46.7)	16 (32.0)		
肿瘤部位				
结肠近端	9 (30.0)	15 (30.0)	0.628	0.530
结肠远端	8 (26.7)	19 (38.0)		
直肠	13 (43.3)	16 (32.0)		
分化程度				
I级	6 (20.0)	20 (40.0)	2.984	0.003
II级	5 (16.7)	16 (32.0)		
III级	9 (30.0)	9 (18.0)		
IV级	10 (33.3)	5 (10.0)		
组织学分型				
腺癌	8 (26.7)	18 (36.0)	1.246	0.213
粘液癌	8 (26.7)	16 (32.3)		
未分化癌	14 (46.7)	16 (32.0)		

表2 影响大肠癌肝转移同期外科治疗生存状况的 COX 回归分析

因素	β	SE ($\hat{\beta}$)	Wald	OR	95% CI	P
转移灶个数 >4 枚	1.356	0.304	5.162	2.018	1.102~3.675	0.021
淋巴结转移	0.709	0.317	5.171	3.542	1.657~4.674	0.012
转移灶部位 (双叶)	0.571	0.200	7.994	1.841	1.144~2.542	0.003
分化程度 (III级)	0.861	0.439	4.651	1.874	1.096~4.651	0.025
分化程度 (IV级)	1.072	0.508	4.632	2.942	1.105~7.261	0.038

3 讨论

大肠癌是消化系统最常见的恶性肿瘤，多发生于40岁以上，一般分为直肠癌与结肠癌，日常生活中的高脂肪、高蛋白和低纤维饮食是引起大肠癌的原因^[3]。研究发现，部分大肠癌患者确诊时已存在远处转移，其中肝脏是最常见远处转移部位^[4]。临床上对于大肠癌肝转移患者，手术切除是

首选治疗方式。既往多采用二期分段切除治疗，但目前随着麻醉等技术的发展，同步外科切除治疗得到较好的发展。同步外科切除治疗不仅避免患者二次住院，降低患者治疗费用，且避免了肿瘤进展造成的机体损失^[5]。但大肠癌肝转移同期外科手术治疗远期病死率仍高。本研究中80例大肠癌肝转移同期外科治疗患者中30例 (37.5%) 死亡，50例 (62.5%) 患者存活。

本研究分析发现，转移灶最大直径、转移灶个数、淋巴结转移例数、转移灶部位、分化程度与大肠癌肝转移同期外科治疗生存状况有关；进一步COX回归分析发现，转移灶个数>4枚、淋巴结转移、双叶肝转移、分化程度 (III~IV级) 是影响大肠癌肝转移同期外科治疗生存状况的危险因素。与韦焯等^[6]研究结果一致，该研究发现大肠癌肝转移同期外科治疗患者术后5年总生存率为46.0%；多因素分析显示，淋巴结阳性 (P=0.000)、转移灶数大于4枚 (P=0.017)、转移灶双叶分布 (P=0.004) 是生存率低的独立预后因素。

一般认为随着肝转移癌灶个数的增加，对患者肝功能的损伤越大，越不利于患者术后的康复。研究^[7]发现，单发肝转移灶切除后5年生存率为30%，多发灶切除后生存率仅为13%，差异有统计学意义 (P<0.05)。亦有研究^[8]报道有3个或以下肝转移灶的患者肝转移癌切除术后中位存活期为24个月，而4个以上中位存活期仅为10个月。此外双叶肝转移亦表示癌灶对肝脏损失较大，进而影响术后生存率。李金平等^[9]发现单叶转移患者肝转移癌切除术后中位存活期为21个月，而双叶者仅中位存活期为15个月。淋巴结转移是大肠癌常见的转移方式，淋巴结转移与浸润深度及分化程度存在相关性^[10]。大肠癌产生淋巴转移后虽然可以手术切除治疗，但治疗效果具有很大的局限性，多数患者存在淋巴结转移时，癌细胞转移可存在横向转移^[11]，因此术后复发较高。临床上III级与IV级大肠癌不易区分，肿瘤细胞不分化形，核分裂多见，且分级与浸润程度成正比，III级及IV级病灶更容易浸润黏膜下层，甚至到达肌层^[12]，虽然手术切除，但对机体损失越大，患者本身机能严重受损而影响术后恢复。

综上所述，本资料结果显示，转移灶个数>4枚、淋巴结转移、双叶肝转移、分化程度 (III~IV级) 可影响大肠癌肝转移同期外科治疗疗效，但同期外科手术切除大肠癌肝转移有较好远期生存状况，值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 邵江华. 规则性肝切除在结直肠癌术后肝转移治疗中的应用[J]. 中华胃肠外科杂志, 2011, 14(11):911-912.
Shao JH. Application of regular liver resection in liver metastases after surgery for colorectal cancer[J]. Chinese Journal of Gastrointestinal Surgery, 2011, 14(11):911-912.
- [2] 姚宏伟, 修典荣, 付卫, 等. 多学科协作诊治团队模式治疗可切除的结直肠癌肝转移[J]. 中华外科杂志, 2012, 50(11):961-965.
Yao HW, Xiu DR, Fu W, et al. A clinical study on multi-disciplinary team and surgery for resectable colorectal cancer with liver metastases[J]. Chinese Journal of Surgery, 2012, 50(11):961-965.
- [3] 姚宏伟, 修典荣, 付卫, 等. 腹腔镜手术治疗可切除的结直肠癌伴肝转移的前瞻性病例系列研究[J]. 中华外科杂志, 2014, 52(12):919-923.
Yao HW, Xiu DR, Fu W, et al. Outcomes evaluation of laparoscopic radical colectomy and hepatectomy for resectable colorectal cancer with liver metastases[J]. Chinese Journal of Surgery, 2014, 52(12):919-923.
- [4] 王中欣. MMP-9和CD44v6在大肠癌中的表达及其临床意义[J]. 中国普通外科杂志, 2012, 21(6):743-745.
Wang ZX. MMP-9 and CD44v6 expression in colorectal carcinoma and its clinical significance[J]. Chinese Journal of General Surgery, 2012, 21(6):743-745.
- [5] van der Pas MH, Haglund E, Cuesta MA, et al. Laparoscopic versus open surgery for rectal cancer (COLOR II): short-term outcomes of a randomised, phase 3 trial[J]. Lancet Oncol, 2013, 14(3):210-218.
- [6] 韦烨, 林奇, 汤文涛, 等. 同期切除结直肠癌肝转移的长期疗效及其影响因素分析[J]. 中华胃肠外科杂志, 2015, 18(9):925-929.
Wei Y, Lin Q, Tang WT, et al. Analysis of long-term outcomes and risk factors in patients undergoing simultaneous resection of synchronous colorectal liver metastasis[J]. Chinese Journal of Gastrointestinal Surgery, 2015, 18(9):925-929.
- [7] 许淑桂, 陈韵彬. 肝脏不典型转移瘤CT及MRI的诊断与鉴别诊断[J]. 中国CT和MRI杂志, 2013, 11(3):11-13.
Xu SG, Chen YB. The Value of CT and MRI in Diagnosing Atypical Liver Metastasis[J]. Chinese Journal of CT and MRI, 2013, 11(3):11-13.
- [8] Marion LL, Meeks GR. Ectopic pregnancy: History, incidence, epidemiology, and risk factors[J]. Clin Obstet Gynecol, 2012, 55(2):376-386.
- [9] 李金平, 王彦民, 李大庆, 等. 不同部位结直肠癌肝转移瘤肝内分布规律分析[J]. 中华结直肠疾病电子杂志, 2015, 4(3):296-301.
Li JP, Wang YM, Li DQ, et al. The analysis of distribution of colorectal liver metastases from different cancer sites[J]. Chinese Journal of Colorectal Diseases :Electronic Edition, 2015, 4(3):296-301.
- [10] 侯宝生, 林擎天, 金立, 等. 结直肠癌肝转移的诊断和治疗[J]. 肝胆胰外科杂志, 2011, 23(5):379-381.
Hou BS, Lin QT, Jin L, et al. Diagnosis and treatment of liver metastases from colon and rectum cancer[J]. Journal of Hepatopancreatobiliary Surgery, 2011, 23(5):379-381.
- [11] Jemal A, Bray F, Center MM, et al. Global cancer statistics[J]. CA Cancer J Clin, 2011, 61(2):69-90.
- [12] 庄晓泉, 林惠岚, 李玉民. 大肠癌术前CT仿真结肠镜检查的意义[J]. 中国普通外科杂志, 2011, 20(10):1047-1049.
Zhuang XQ, Lin HL, Li YM. Significance of CT virtual colonoscopy in preoperative evaluation of colorectal cancer[J]. Chinese Journal of General Surgery, 2011, 20(10):1047-1049.

(本文编辑 姜晖)

本文引用格式: 苏学良. 大肠癌肝脏转移患者同期外科治疗的远期生存状况研究[J]. 中国普通外科杂志, 2016, 25(4):618-621. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2016.04.026

Cite this article as: Su XL. Analysis of long-term outcomes in patients undergoing simultaneous resection of synchronous colorectal liver metastasis[J]. Chin J Gen Surg, 2016, 25(4):618-621. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2016.04.026



微信扫一扫
关注该公众号

敬请关注《中国普通外科杂志》官方微信平台

《中国普通外科杂志》官方公众微信正式上线启动(微信号: ZGPTWKZZ), 我们将通过微信平台定期或不定期推送本刊的优秀文章、工作信息、活动通知等, 以及国内外最新研究成果与进展等。同时, 您也可在微信上留言, 向我们咨询相关问题, 并对我们的工作提出意见和建议。《中国普通外科杂志》公众微信号的开通是我们在移动互联微时代背景下的创新求变之举, 希望能为广大读者与作者带来更多的温馨和便利。

欢迎扫描二维码, 关注《中国普通外科杂志》杂志社官方微信服务平台。

中国普通外科杂志编辑部