

文章编号:1005-6947(2007)10-0991-03

· 临床研究 ·

胰腺癌手术方式的探讨

王晓云, 莫一我, 王彦坤, 刘俊

(云南省第一人民医院肝胆胰外科, 云南 昆明 650032)

摘要:目的 探讨胰腺癌手术方式的选择。方法 回顾分析8年来209例胰腺癌患者的临床资料:胰头肿瘤149例,胰体尾肿瘤54例,全胰癌6例;行根治性胰十二指肠切除或胰体尾加脾切除术59例,姑息性胰十二指肠切除或胰体尾加脾切除术15例,内引流术64例。结果 胰腺癌根治性切除术后1年生存率42.37%,3年生存率13.56%,5年生存率6.78%,明显高于其他治疗组;姑息性切除术后1年生存率20%,3年生存率6.67%,明显高于未手术者;内引流术后1年生存率仅为9.38%,3年以上生存率为零,与未手术者无明显差异,但生存质量有所改善。结论 根据术前CT和磁共振显像(MRI)检查,对胰腺癌进行准确的术前评估和分级分期;并根据术中探查肿瘤是否侵犯血管,有无局部或远处转移,选择正确的手术方式,能显著提高患者术后生存率和有效改善其生存质量。

[中国普通外科杂志,2007,16(10):991-993]

关键词: 胰腺肿瘤/外科学; 胰腺肿瘤/治疗; 预后

中图分类号: R 735.9

文献标识码: A

Study on operative methods for pancreatic carcinoma

WANG Xiao-yun, MO Yi-wo, WANG Yan-kun, LIU Jun

(Department of Hepato-biliary Surgery, the First Hospital of Yunnan Province, Kunming 650032, China)

Abstract: **Objective** To discuss the choice of operative method for pancreatic carcinoma. **Methods** The clinical data of 209 cases of pancreatic cancer treated within 8 years were retrospectively analysed. Among the cases, 149 cases of tumor of head of pancreas, 54 cases of tumor of body and tail of pancreas, and 6 cases of cancer of entire pancreas. The operations performed were radical pancreaticoduodenectomy in 59 cases, palliative pancreaticoduodenectomy or distal pancreatectomy with splenectomy in 15 cases, and internal drainage in 64 cases. **Results** After radical excision of pancreatic cancer, the 1-, 3-, and 5-year survival rate was 42.37%, 13.56% and 6.78%, respectively, which was higher than the 20.00%, 6.60% and 0%, respectively, after palliative resection. After internal drainage, the 1- and 3-year survival rate was 9.38% and 0%, respectively, which was not different from cases without operation, but their quality of life was improved. **Conclusions** Marked increase in postoperative survival rate and improvement in quality of life can be achieved by correct pre-operative assessment and staging of pancreatic cancer by CT and MRI studies and correct selection of operative method. [Chinese Journal of General Surgery, 2007, 16(10): 991-993]

Key words: Pancreatic Neoplasms/surg; Pancreatic Neoplasms/ther; Prognosis

CLC number: R 735.9

Document code: A

目前,治疗胰腺癌惟一有效的方法仍然是根治性切除术。但胰腺癌早期缺乏特异性症状,诊断困难,发现时往往已出现局部淋巴结转移或胰腺周围血管侵犯。如何通过术前检查和术中探查,选择正确的手术方式,是延长患者生命和改善其生存质量的重要研究内容。笔者回顾性分析我

院1998年1月—2006年11月收治的209例胰腺癌患者的临床资料,报告如下

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男141例,女68例,男女比例为2.07:1.00;年龄19~76(平均61)岁;50~70岁占71.8%,35岁以下占2.5%。肿瘤位于胰头149例,占71.29%;位于胰体尾54例,占25.84%;全胰癌6例,占2.87%。根据1997年国际抗癌联盟(UICC)的胰腺癌TNM分期标准,胰头

收稿日期:2007-01-04; 修订日期:2007-07-30。

作者简介:王晓云,男,云南昆明人,云南省第一人民医院副主任医师,主要从事肝胆胰外科方面的研究。

通讯作者:王晓云 E-mail:408924754@qq.com

癌I~II期33例,III期~IV期116例;胰体尾肿瘤I~II期7例,III~IV期47例;全胰癌6例均为III~IV期。全组影像学诊断64例,手术确诊145例。

1.2 治疗方法

胰头癌行根治性胰十二指肠切除(病理切片切缘阴性)47例(31.5%),姑息性胰十二指肠切除(病理切片切缘阳性或存在单个转移病灶一并切除)10例(6.7%),胆肠吻合18例,胃肠吻合3例,胆肠吻合加胃肠吻合20例,支架内引流术2例,单纯剖腹探查5例,未手术44例。胰体尾肿瘤行根治性胰体尾加脾切除12例(22.2%),姑息性胰体尾加脾切除5例(9.3%),胆肠吻合3例,胃肠吻合11例,胆肠吻合加胃肠吻合4例,单纯剖腹探查2例,未手术17例。全胰癌行胆肠吻合1例,胃肠吻合1例,胆肠吻合加胃肠吻合1例,未手术3例。

1.3 统计学处理

统计学分析用SPSS10.0统计软件包,率的比较采用 χ^2 检验,均数的比较采用 t 检验。

2 结果

本组209例患者总的手术切除率为35.41%(74/209),根治性切除率为28.22%(59/209),手术患者围手术期病死率为7.59%。其中胰头癌手术切除率为38.62%(57/149),根治性切除

率为31.54%(47/149),围手术期病死率为8.05%(12/149);胰体尾肿瘤手术切除率为31.48%(17/54),根治性切除率为22.22%(12/54),围手术期病死率为5.53%(3/54)。TNM分期I期的患者均能行根治性切除手术,II期的患者中80.00%也能行根治性切除手术,III期患者根治性切除率仍达42.86%,IV期患者则无法行根治性切除,且姑息性切除率仅为3.54%(表1)。根治性切除组术后生存时间明显长于其他各治疗组($P < 0.05$)。姑息性切除组术后生存时间也明显长于未手术组($P < 0.05$),但与内引流术组及单纯剖腹探查组生存时间无统计学差异。单纯剖腹探查组与未手术组生存时间亦无统计学差异(表2)。各种内引流术及单纯剖腹探查围手术期病死率达14.08%,胆道及肠道梗阻的发生率为30.99%(22/71)。姑息性手术术后情况比较见表3。

表1 TNM分期^[1]与手术方式的关系

TNM分期	总例数	根治性切除 例数(%)	姑息性切除 例数(%)	旁路引流	单纯探查	未手术
I	15	15(100)	0	0	0	0
II	25	20(80)	3(12)	2	0	0
III	56	24(42.86)	8(14.29)	16	3	5
IV	113	0(0)	4(3.54)	46	4	59

表2 治疗方法与生存时间关系

分组	例数	生存时间(d)例数	1年生存率例数(%)	3年生存率例数(%)	5年生存率例数(%)
根治性切除组	59	314.87 ± 62.49	25(42.37)	8(13.56)	4(6.78)
姑息切除组	15	145.46 ± 35.17 ¹⁾	3(20.00)	1(6.67)	0
内引流组	64	127.31 ± 20.28 ^{1),2)}	6(9.38)	0	0
单纯探查组	7	106.54 ± 18.31 ^{1),2)}	1(14.29)	0	0
未手术组	64	91.27 ± 20.08 ^{1),2)}	3(4.69)	0	0

注:1)与根治性切除组比较, $P < 0.05$; 2)与姑息性切除组比较, $P < 0.05$

表3 姑息性手术术后情况比较

术式	手术	手术死亡例数(%)	并发黄疸例数(%)	十二指肠梗阻例数(%)	术后生存天数(d)
胆肠吻合术	22	3(13.64)	4(18.18)	7(31.82)	160.08 ± 25.46
胃肠吻合术	15	2(13.33)	5(33.33)	0	132.11 ± 27.32
胆肠+胃肠吻合术	25	4(16)	3(12)	0	161.04 ± 30.21
支架内引流术	2	0	1(50)	1(50)	89.01 ± 20.01
单纯探查组	7	2(28.57)	2(28.57)	2(28.57)	91.27 ± 20.08
合计	71	11(15.49)	15(21.13)	10(14.08)	127.01 ± 20.04

3 讨论

胰腺癌患者外科治疗的5年生存率低于5%,估计约为3%^[2]。本组施行外科治疗的145例患者中仅4例存活5年以上,5年生存率为2.76%。但胰腺癌及时就医患者的手术切除率可达50%^[3],切除术后5年生存率达18.2%^[4]。本组胰腺癌的手术切除率为35.41%(74/209),根治

性切除率为28.23%(59/209),根治性切除组术后1,3,5年生存率分别为42.37%,13.56%,6.78%,明显高于其他各种治疗组。姑息性切除术后1年生存率为20.0%,3年生存率为6.67%,明显高于未能切除组。内引流术组1年生存率仅为9.38%,3年以上生存率为零,与未手术者无明显差异。说明胰腺癌的早期诊断和早期手术治疗对决定患者的预后非常重要。胰

腺手术存在较高的并发症发生率和手术病死率^[5],且费用较高。因此对胰腺癌患者,在争取行根治性切除以获得较长生存期的同时,应避免盲目的非切除性的姑息性和探查性手术,以减轻患者的损伤和负担。故术前对能否争取行根治性切除手术进行评估尤为重要。常规腹部CT和磁共振显像(MRI)检查可了解胰腺肿瘤的位置、对周围组织的侵犯、胆管梗阻的部位、胰周及腹腔淋巴结有无转移增大、肝脏及腹腔有无转移病灶等。胰腺薄层CT扫描,更可准确判断胰腺癌肿瘤对胰周围血管的侵犯程度^[6],从而对胰腺癌进行准确的术前评估和分级分期。胰腺癌患者一般状况较差,多数有消瘦、贫血、营养不良等表现,又因老年患者居多,常伴发心脑血管疾病,肺功能低下,糖尿病等。这些状况都会降低患者的手术耐受性,增加手术的风险。笔者认为,TNM为I、II、III期的患者,一般情况尚可,可争取行手术治疗,IV期患者则应综合上述因素慎重考虑。

胰腺癌早期诊断困难,术前CT和MRI难以发现微小病灶,且胰腺癌的生物特性使其较早发生局部侵犯及淋巴转移^[7],所以能否进行根治性切除,手术探查才能最终确定^[8]。如术中发现已有腹膜腔转移,表明不宜行胰十二指肠切除术,应选择姑息性手术。对于侵犯胰腺周围血管如门静脉、肝动脉的胰腺癌,若患者情况较好,也应争取行姑息性切除,这并不增加术后并发症和病死率^[9]。姑息性切除术后虽然不能增加5年生存率,却能提高1年生存率。本组姑息性切除术后1年生存率达20%,显著高于未手术者。必须注意,影像学检查及部分术中疑为血管癌性浸润者,有的仅是组织水肿或炎症性粘连,仔细解剖便能分清组织间隙,而能争取切除肿瘤。当胰腺癌已侵犯腔静脉、腹膜后或肠系膜根部及肝门部淋巴结转移,肿瘤多器官转移时,扩大根治术并不能延长患者的术后生存时间,反而增加术后并发症及病死率。此时只能行内引流术,以期改善患者症状。部分因肿瘤广泛侵犯转移,仅能行单纯探查术。

胰腺癌的手术方式包括根治性切除术、姑息性切除术、内引流术和单纯剖腹探查术。根治性切除术是治疗胰腺癌的最有效方法。当胰腺癌无淋巴结转移,无周围血管侵犯,切缘无残癌时,手术切除的效果最好^[10]。基于日趋积极的治疗态度和日臻完善的手术技术,人们对局部淋巴结转移和侵犯周围血管的胰腺癌,尝试通过扩大手术以提高手术切除率和长期存活率。Ishikawa等^[11]研究表明,胰腺癌淋巴结转移患者经扩大根治术后5年生存率(15.3%)几近于无淋巴结转

移者(15.9%);但当肿瘤转移至肠系膜上血管周围淋巴结或更远时,5年生存率急剧下降,几近于零。本组患者切除术后5年生存率为6.75%,姑息性切除术后5年生存率虽然为零,但1年和3年生存率分别为20.0%和6.67%,显著高于不能切除者。故笔者主张对无淋巴结转移和无血管侵犯的I、II期胰腺癌,应争取行根治性切除术,对局部淋巴结转移和单纯胰周血管侵犯的III期胰腺癌,亦应争取行扩大根治性切除术或姑息性切除术。胰腺癌晚期,肿瘤侵犯压迫胆总管下段及十二指肠,导致胆管和肠道梗阻,内引流术虽不能提高患者术后生存率,却能有效缓解胆道和肠道梗阻症状,改善其生活质量。但是单纯胆道或胃肠道内引流,术后肠道和胆道梗阻发生率高,且难以再次处理。本组单纯胆肠内引流术后十二指肠梗阻发生率为31.82%,单纯胃肠道引流术后胆道梗阻发生率为33.33%,胆道支架内引流术后均发生肠道或胆道梗阻,而胆肠吻合+胃肠吻合术病死率并无明显增高。故笔者认为对于胰周广泛侵犯粘连或有多发转移病灶,已不能切除的IV期胰腺癌,建议行胆肠吻合+胃肠吻合术。

参考文献:

- [1] 徐从高,张茂宏,扬兴季,等. 癌——肿瘤学原理和实践[M]. 济南:山东科学技术出版社,2001. 1996.
- [2] 沈魁,马刚,郭克健,等. 胰腺癌诊断与外科治疗现状:1008例调查分析[J]. 中华外科杂志,2000,36(11):766-768.
- [3] 汤可立,苗雄鹰. 胰腺癌诊治现状和进展[J]. 中国普通外科杂志,2003,12(9):699-703.
- [4] Yamamoto M, Ohashi O, Saitoh Y. Japan Pancreatic Cancer Registry: current status [J]. Pancreas, 1998, 16(3):238-242.
- [5] 邵堂雷,扬卫平,彭承宏,等. 139例胰十二指肠切除术后各种并发症的临床分析[J]. 中国普通外科杂志,2005,14(11):816-819.
- [6] 吴金术,田秉璋,扬尽晖. CT记分对胰头癌可切除性及难度预测[J]. 中国普通外科杂志,2004,13(6):438-440.
- [7] 廖彩仙,周杰,刘正军. 102例可切除胰头癌的临床病理特点[J]. 中国普通外科杂志,2004,13(10):758-760.
- [8] 倪泉兴,张群华,傅德良,等. 胰头癌治愈性切除水平30年的变化[J]. 中华肝胆外科杂志,2001,6(2):92-94.
- [9] Benassai G, Mastrorilli M, Quarto G, et al. Survival after pancreaticoduodenectomy for ductal adenocarcinoma of the head of the pancreas [J]. Chir Ital, 2000, 52(3):263-270.
- [10] Cameron JL, Pitt HA, Yeo CJ, et al. One hundred and forty five consecutive pancreaticoduodenectomy directories without mortality [J]. Ann Surg, 1993, 217(2):430-438.
- [11] Ishikawa O, Ohigashi H, Sasaki Y, et al. Practical grouping of positive lymph nodes in pancreatic head cancer treated by an extended pancreatectomy [J]. Surgery, 2001, 17(1), 29-35.