

文章编号:1005-6947(2007)09-0923-03

· 临床报道 ·

结直肠癌预后影响因素分析:附112例报告

凌伟, 颜亚平, 李良月

(南华大学附属第三医院 普通外科, 湖南 衡阳 421900)

摘要:为探讨影响结直肠癌预后的因素,笔者对112例结直肠癌患者的临床资料作回顾性分析。结果显示,112例患者5年生存率为48%。Dukes A、B期组的生存期明显长于C、D期组,腺癌组生存期明显长于黏液腺癌组和未分化癌组;根治术组生存期长于未切除组及姑息手术组;化疗组生存期明显长于未化疗组。提示:结直肠癌的病理类型、临床分期、手术方式、是否化疗是影响结直肠癌预后的重要因素。
[中国普通外科杂志,2007,16(9):923-925]

关键词: 结直肠肿瘤/治疗; 预后; 影响因素

中图分类号: R 735.3 **文献标识码:** B

近年来结直肠癌发病率有上升趋势,且出现年轻化,但治疗效果仍无明显突破,笔者对我院1992年1月—2001年12月收治的112例结直肠癌患者的临床资料、预后进行随访并分析,旨在探讨提高本病疗效的手段。

1 资料与方法

1.1 临床资料和分组

112例结直肠癌患者,均经病理证实,且具有完整临床资料和随访资料。男60例,女52例;年龄21~87(平均48.5)岁。临床表现:大便习惯改变伴消瘦69例,黏液脓血便16例,腹部肿块10例,腹痛13例,肠梗阻4例。结肠癌32例,直肠癌80例。Dukes分期:A期23例(20.5%),B期34例(30.4%),C期30例(26.8%),D期25例(22.3%)。术后复发45例(40.2%)。肝转移34例(30.4%)。及时就诊64例(57.1%),其中A、B期45例(70.3%),C、D期19例(29.7%);延误诊断48例(42.9%),延误时间为1~24个月,平均延误时间7个月,其中A、B期仅12例(25.0%),C、D期36例(75.0%)。再手术治疗19例。

以Dukes分期方法将112例患者分为2组:(1)A、B期为I组,57例,男:女=31:26,平均年龄48.3岁;结肠癌:直肠癌=16:41。(2)C、D期为II组,55例,男:女=29:26,平均年龄48.7岁;结肠癌:直肠癌=16:41。以病理类型将112例患者分为3组:(1)腺癌组,70例,男:女=37:33,平均年龄48.9岁;结肠癌:直肠癌=19:51。(2)黏液癌组,36例,男:女=21:15,平均年龄47.9岁;结肠癌:直肠癌=11:25。(3)未分化癌组,6例,男:女=2:4,平均年龄47.3岁;结肠癌:直肠癌=2:4。

以手术方式将112例患者分为3组:(1)根治术组60例,男:女=31:29,平均年龄48.3岁,结肠癌:直肠癌=19:41。(2)姑息切除组29例,男:女=16:13,平均年龄48.6岁,结肠癌:直肠癌=7:22。(3)未切除组23例,男:女=13:10,平均年龄48.9岁,结肠癌:直肠癌=6:17。

姑息切除和未切除的52例病例中,以有无化疗分为未化疗组(30例)和化疗组(22例)(化疗组5-FU+亚叶酸钙方案17例,FOLFOX方案5例)。所有病例均未行放疗。

1.2 随访方法

用电话、门诊、信访与家访等方式随访,112例均获随访,2006年12月31日结束随访。生存时间的计算为从结直肠癌确诊起到病人因该病造成的死亡为止,以月为单位。

1.3 统计学处理

应用SPSS10.0软件进行统计学分析。计数资料比较用 χ^2 检验,生存率计算采用Kaplan-Meier法,生存率的比较采用log-rank检验,线性内插法计算中位生存期,数据四舍五入取整数部分。以 $\alpha=0.05$ 为检验水准。

2 结果

2.1 各组间临床资料分析

以Dukes分期、病理类型、手术方式、有无化疗将本研究病例分组,各组间性别、平均年龄、结直肠癌组成分布无显著差异($P>0.05$),表示组间的基本资料具有均衡性。

2.2 疾病分期、病理类型、手术方式、有无化疗和生存率的关系

本组结果显示112例患者5年生存率为48%。结直肠癌的病理类型、临床分期、手术方式、是否化疗是影响结直肠癌预后的重要因素(附表)。

2.2.1 Dukes分期 A、B期患者的中位生存期是8年,3、5年生存率分别为88%和81%;C、D期患者的中位生存期是18个月,3、5年生存率分别为25%和15%;两组生存率的差异有统计学意义($\chi^2=5.26, P<0.05$)。

2.2.2 病理类型 腺癌组、黏液癌组、未分化癌组3组患

收稿日期:2006-06-11; 修订日期:2007-04-12。

作者简介:凌伟,男,湖南衡阳人,南华大学附属第三医院主治医师,主要从事肝胆、胃肠外科临床方面的研究。

通讯作者:凌伟 E-mail:nhlinwei@126.com

者的中位生存期和3,5年生存率,进行组间比较,结果显示腺癌组的生存率最高,黏液癌组次之,未分化癌组最差($\chi_1^2 = 4.63$, $\chi_2^2 = 5.09$, $\chi_3^2 = 3.98$;均 $P < 0.05$)。

2.2.3 手术方式 根治术组、姑息切除组和未切除组3组患者的中位生存期和3,5年生存率,进行组间比较,结果显示根治术组的生存率最高,姑息切除组次之,未切除组最差($\chi_1^2 = 5.21$, $\chi_2^2 = 5.69$, $\chi_3^2 = 4.03$;均 $P < 0.05$)。

2.2.4 化疗 化疗组和非化疗组两组患者的中位生存期和3年生存率差异均有统计学意义($\chi^2 = 4.16$, $P < 0.05$)。

附表 Duker 分期、病理类型、手术方式、化疗与生存期的关系

分组方法(n)	例数	中位生存期	3年生存率(%)	5年生存率(%)	P值
Dukes 分期(112)					
I (A,B期)	57	8年(2~15年)	88	81	<0.05
II (C,D期)	55	18月(7d至7年)	25	15	
病理类型(112)					
腺癌组	50	7年(2~15年)	88	84	<0.05
黏液癌组	36	3年(1~7年)	39	22	
未分化组	26	13月(3d至6年)	23	15	
手术方式(112)					
根治术组	60	9年(2~15年)	97	90	<0.05
姑息切除组	29	10个月(3~25个月)	20	0	
未切除组	23	3个月(3d至13个月)	0	0	
有无化疗(52)					
未化疗组	30	2个月(3d~3个月)	0	0	<0.05
化疗组	22	10个月(5~25个月)	20	0	

3 讨论

3.1 预后差原因分析

3.1.1 根治率低 本组根治术仅60例(53.6%)。笔者认为延误诊断是导致根治率低的主要原因。延误诊断是指从患者出现自觉症状到确诊结直肠癌的时间超过1个月者,本组延诊病例中A,B期仅12例(25.0%),C,D期36例(75.0%),致部分患者失去了根治的机会。延误的原因:(1)早期症状不明显,医患双方均不重视,或患者不遵医嘱,不做进一步检查,尤其做结肠镜检查。有的患者症状持续 ≥ 1 年才行结肠镜检查,病灶已侵犯肠腔3/4以上。(2)接诊医师不重视鉴别诊断,仅满足于良性疾病的臆断,主要常误诊为痔疮、菌痢等。(3)医师不重视直肠指诊。直肠癌在直肠指诊时80%可触及。本文80例直肠癌在明确诊断前仅17例(21.2%)行直肠指诊。(4)医师对不可解释的现象,满足于一次性检查结果缺乏必要的多种检查和随访复查。(5)患者自行购药,药店因专业知识的局限误诊。本组有2例作慢性肠炎,1例作菌痢在药店平均购药6次,延误时间平均2个月。

3.1.2 临床分期和组织学类型与复发有关 分化不良型癌恶性程度高,转移早,一经确诊,多以C,D期为主^[1],本组复发的病例均为DukesB,C期患者,其中黏液腺癌,低分化腺癌占75%。本组资料显示,复发主要与肿瘤的临床分期和组织学类型有关。Zinagl^[2]认为,DukesB,C期患者中,预后随肿瘤向肠壁扩散的程度而恶化,穿透肠壁者,术后80%有局部复发。

3.1.3 化疗率低 部分患者认为癌肿已不能根治了,化疗等手段已无价值,徒增痛苦而已,不愿化疗或不能坚持规范化疗;经济困难也影响化疗。

3.1.4 术后未及时复查及再手术 有些患者不按医嘱定期复查,以致未及时发现复发及再手术。Surdi^[3]报道,首次术后复发接受再手术者平均存活期可达29.9个月,而复发者的自然生存期仅7个月。本组术后复发45例(40.2%),再手术19例,平均存活期25.4个月。有20例患者发现复发时,病情到了晚期,丧失了再手术的机会,仅平均存活2.7个月。

3.2 提高结直肠癌疗效的手段

3.2.1 早发现、早处理是提高结直肠癌疗效的重要途径 将大便常规、隐血试验、直肠指诊列为一线检查。隐血试验阳性者应找到病灶所在,直肠指诊未触及病变而指套上有血迹或直肠指诊可疑及疑有高位肠癌者要尽早行结肠镜检查。质量优良气钡双重造影能发现大肠腔内直径约2mm大小的结节影^[4],对发现结直肠癌的敏感率达94%^[5]。如不能耐受肠镜,可首选气钡双重造影以便早期发现结直肠癌。这样才能达到早期发现和手术根治性切除的目的,提高结直肠癌的疗效。

3.2.2 正确的手术是提高结直肠癌疗效的重要手段 笔者体会:(1)确保切除范围要足够,即不放弃根治的机会^[6]。(2)确保淋巴结的检出和清扫彻底。除眼看、手摸法清扫淋巴结外,可采用术中彩色B超及在肿瘤周围或淋巴管、肠系膜动脉注射染色剂(如亚甲蓝或碳染料),使相应的淋巴结和淋巴管染色,以便彻底切除染色的淋巴结及系膜。本组有20例采用此法,既方便了手术,又能较彻底地清除淋巴结及系膜和筋膜组织。(3)尽可能锐性操作、减少组织损伤和癌细胞转移种植。全直肠系膜切除(TME)为低位直肠癌手术治疗的金标准,较传统根治术降低了局部复发率,改善了术后排尿和性功能。(4)采用术中化疗药剂灌洗、冲洗腹腔、肠腔,清除可能脱落的癌细胞。

3.2.3 术后随访、定期复查,及时发现及正确处理 笔者体会,2年内每3个月复查2次,包括临床表现、大便隐血检查、CEA检测、直肠和阴道指诊、肝脏B超、胸部X光检查;半年进行1次结肠镜或气钡双重造影或CT检查;这样能提高复发的再切除和再切除的彻底性,提高患者生存期。结直肠癌肝转移多发生于原发病灶切除后3年之内,平均自然病期约5个月^[7]。本文肝转移癌一期切除4例,二期切除2例,3年生存率达66.7%(4/6),5年生存率为33.3%(2/6),明显高于未手术的患者(3年生存率9.8%,5年生存率为0)。笔者体会,只要原发病灶能根治,无手术禁忌证,结直肠癌肝转移灶如能行外科根治切除,可获得较长的生存期。

3.2.4 配合化疗、放疗能提高手术切除率和疗效 可根据病灶选择不同的联合化疗方案,笔者采用FOLFOX方案(草酸铂、5-FU及CF)联合应用获得较好效果。术前放疗可使病期“降期”,提高手术切除率,减少远处转移率;术后放疗可降低复发率,“三明治”式放疗可提高生存率。

总之,结直肠癌患者只要能及时就诊,减少误诊,提高早期诊断率,及时正确手术及再手术,选用适宜的化疗方案,重视术后复查及随访,患者的治疗效果和生活质量可望提高和改善。

文章编号:1005-6947(2007)09-0925-02

· 临床报道 ·

结直肠腺瘤的诊断及外科处理:附406例报告

郭志义, 庞明辉, 胡康, 李平

(四川省人民医院 普外三科, 四川 成都 610072)

摘要: 回顾性分析10年间收治的406例结直肠腺瘤患者的临床资料。在直肠镜下行直肠腺瘤局部切除102例, 剖腹行肠壁楔形及肠段切除241例, 肠段及系膜的根治性切除48例, 腹腔镜下行肠段切除5例, 经骶尾部行肠壁、肠段切除10例。全组治愈376例, 治愈率为92.6%。346例获得1~5年随访, 其中腺瘤术后复发17例, 恶变4例。提示: 结直肠腺瘤一经发现均应完整切除; 外科手术是治疗该病最彻底的方法。

[中国普通外科杂志, 2007, 16(9): 925-926]

关键词: 腺瘤性息肉/外科学; 结直肠肿瘤

中图分类号: R 735.3

文献标识码: B

结直肠腺瘤作为癌前病变是目前普外研究的热点。早期诊断、正确处理是降低其复发、恶变的关键。笔者就1994年10月—2005年4月406例行外科手术治疗的结直肠腺瘤患者的临床资料进行回顾性分析, 并就有关问题予以探讨。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男244例, 女162例; 年龄19~86(平均年龄63)岁。腺瘤直径<1 cm 45例(11.1%), 1~3 cm 286例(70.4%), >3 cm 75例(18.5%); 有蒂131例(32.3%), 亚蒂或无蒂275例(67.7%); 单发231例(56.9%), 多发175例(43.1%); 分布于直肠130例(32.0%), 乙状结肠及降结肠135例(33.3%), 横结肠36例(8.9%), 升结肠81例(20.0%), 多部位24例(5.9%)。

收稿日期: 2006-04-17; **修订日期:** 2007-05-17。

作者简介: 郭志义, 男, 四川南江人, 四川省人民医院副主任医师, 主要从事普外临床方面的研究。

通讯作者: 郭志义 E-mail: wangbohr@hotmail.com

1.2 诊断

直肠指检、纤维结肠镜、钡剂灌和超声内镜初步了解腺瘤大小、形态、位置、质地及有无癌变, 最终病理学诊断确诊病变性质。本组假阳性(良性误诊为恶性)率为2.7%(11/406), 假阴性(恶性误诊为良性)达8.4%(34/406); 误诊率11.1%(15/406)。

1.3 病理类型及分期

管状腺瘤230例(56.7%), 恶变15例(6.5%); 管状-绒毛状腺瘤96例(23.6%), 恶变15例(15.6%); 绒毛状腺瘤80例(19.7%), 恶变27例(33.8%), 本组腺瘤直径>3 cm 绒毛状腺瘤恶变率达46.7%(7/15); 腺瘤恶变总计57例(14.0%), 其中发展为浸润性癌48例(11.8%)。

1.4 手术方法

在直肠镜下行局部手术切除、高频电刀及超声刀切除102例(25.1%), 经骶尾部行肠壁、肠段切除10例(2.5%), 开腹行局部切除及肠段切除241例(59.4%), 腹腔镜下肠段切除5例(1.2%), 48例腺瘤发展为浸润性癌行根治性切除(11.8%)。

参考文献:

[1] 邱云峰, 陈虹, 任重, 等. 青年人结肠癌的临床特点及外科治疗[J]. 中国普通外科杂志, 2006, 15(2): 153-154.
[2] Zinbigl H, Husemann B, Hermanek P. Intraoperative spillage of tumor cells in surgery for rectal cancer[J]. Dis Colon Rectum, 1990, 33(7): 610-612.
[3] Sardi A, minton JP, Nieroda C, et al. Multiple reoperations in recurrent colorectal, carcinoma[J]. Cancer, 1988, 61(9):

1913-1919.
[4] 窦永充, 郭俊渊. 结肠癌术后的X线检查和诊断[J]. 临床放射杂志, 1989, 8(2): 74.
[5] 张国桢. 结直肠癌的影像学诊断及应用[J]. 实用肿瘤杂志, 1992, 7(1): 6.
[6] 王鹏浩, 黄达仁, 李光昭, 大肠癌致肠梗阻的外科手术治疗: 附126例报告[J]. 中国普通外科杂志, 2006, 15(5): 375-377.
[7] 阚和平, 田伏洲, 周庆贤, 等. 免疫治疗预防结直肠癌术后肝转移[J]. 中国普通外科杂志, 2001, 10(3): 234-236.