标准根治术与扩大根治术对于胰腺癌治疗的意义

杨运泉 （长沙市第一医院普通外科，湖南 长沙 410005）

［**摘 要**］ **目的** 探讨标准根治术和扩大根治术对于治疗胰腺癌的临床疗效。**方法** 回顾性分析我院 2010 年 7 月至 2012 年 10 月收治的 100 例胰腺癌患者的临床资料，按治疗方法分为实验组 58 例（采用扩大根治术）和对照组 42 例（采用标准根治术），比较 2 组患者治疗效果。**结果** 实验组疼痛缓解率为 89.55%，而对照组为 66.67%，实验组并发症发生率为 20.69%，对照组则高达 40.48%，实验组患者切除率、疼痛缓解率以及生存率均明显高于对照组，具有统计学意义（$P<0.05$）。**结论** 胰腺癌确诊后应根据患者癌细胞转移范围，确定清除范围及根治术方案，使患者症状得到缓解。

［**关键词**］胰腺癌；标准根治术；扩大根治术；生存率

［**中图分类号**］R657.5 ［**文献标识码**］A ［**文章编号**］1672-5042(2013)03-0295-02

Significance of standard radical resection and enlarged radical resection on treatment of pancreatic cancer

YANG Yun-quan （Department of General Surgery, First Hospital of Changsha, Changsha Hunan 410005, China）

Abstract: Objective To study the clinical curative effect of standard radical resection and enlarged radical resection on the treatment of pancreatic cancer. **Methods** The clinical information of 100 patients who were admitted into our hospital from July 2010 to October 2012 and diagnosed as pancreatic cancer were retrospectively analyzed. And they were divided into experimental group (58 cases) and control group (42 cases) by the way they were treated. Experimental group were given enlarged radical resection, while control group took standard radical resection. After treatment, two groups patients' curative effects were compared. **Results** The pain relief rate was 89.55% in the experimental group and 66.67% in the control group. The incidence rate of complications in control group was 40.48%, which was relatively higher than the exprimental group and of statistical significance ($P<0.05$). The resection rate, pain relief rate and survival rate of experimental group were obviously higher than those of control group. **Conclusion** When patients were diagnosed as pancreatic cancer, we should make treatment plan in terms of resection domain according to the metastasis range of cancer cells so as to get better curative effect.

Keywords: pancreatic cancer; standard radical resection; enlarged radical resection; survival rate

胰腺癌是出现在胰腺部位的癌症，常分为腺癌、未分化癌以及鳞状细胞癌三种，且以腺癌较为多见。患病初期，多表现不确切的不适症状，如饭后胃部不适或不定时胃部不适症状，长期可表现为腰背酸胀疼痛等症状[1]。目前临床原因较不明确，但极有可能是由于长期酗酒、抽烟、不良饮食情况或者长期接触汽油类物质等导致，其发病率、致死率较高。我院 2010 年 7 月至 2012 年 10 月收治 100 例胰腺癌患者，利用标准根治术与扩大根治术治疗，本文就是否扩大清除淋巴结范围的根除术报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组胰腺癌患者，按治疗方法分为实验组 58 例和对照组 42 例。其中实验组男 25 例，女 17 例，年龄 42 ~ 75 岁，平均（55.3 ± 3.7）岁，病程 3 ~ 11 个月，平均（6.2 ± 2.4）个月。对照组男 20 例，女 22 例，年龄 40 ~ 73 岁，平均（54.1 ± 3.5）岁，病程 2 ~ 12 个月，平均（5.8 ± 2.1）个月。纳入标准：患者经影像学检查病变部位在胰腺，确诊为胰腺癌，且无其他肿瘤病史，患者的各常规检查均正常[2]。所有患者的性别、年龄、职业以及体质等方面均无明显差异，具有可比性。

1.2 治疗方法

对照组 42 例患者根据癌症扩散不同情况行标准的胰十二指肠切除术。开腹后全面检查患者肝脏、腹膜等处有无胰腺癌转移，确定肿瘤切除范围。然后切除胃幽门部、十二指肠全部、胰头部以及部分胆总管，并对此区域淋巴结进行清除，将胃、胆管以及胰管分别和空肠吻合重建。实验组 58 例患者手术方法与对照组相同，但根治范围包括 14a、14b、14c、14d、14v、16a2-inter、16a2-pre、16b1-inter、16b1-pre、16b1-latero 淋巴结清除，并深入清除肝总动脉、肠系膜上动脉、腹腔干全周神经丛及右腹腔神经结、胰腺切除。2 组手术后化疗 8 ~ 10 周，每月随访 1 次，记录患者病情变化。根据患者辅助用药物多少判定患者疼痛程度，如患者药物使用量减少 50% 即患者疼痛程度降低了 50%[3]。

1.3 统计学处理

采用 SPSS 15.0 软件进行分析，疗效比较采用 χ^2 检验，生存率计算采用 Kaplan-Meier 方法，$P<0.05$ 为有统计学意义。

DOI:10.11659/jjssx.1672-5042.201303025

［**收稿日期**］2013-02-10 ［**修回日期**］2013-02-27

2 结果

术后随访显示实验组和对照组患者在临床切除率、疼痛缓解率、并发症发生率、患者生存时间等方面均有显著差异,具有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1 2组患者疗效及生存率比较[%(例)]

组别	n	切除率	疼痛缓解率	并发症发生率	生存率		
					1年	2年	5年
实验组	58	60.34(35)	89.55(52)	20.69(12)	13.79(8)	29.31(17)	8.62(5)
对照组	42	40.48(17)	66.67(28)	40.48(17)	19.05(8)	40.48(17)	11.90(5)

3 讨论

胰腺是人体较为重要的分泌腺,位于胃的正后部,分为外分泌腺和内分泌腺,外分泌腺由胰泡分泌含有胰蛋白酶、淀粉酶等的胰液[4-6];内分泌腺则含有分泌胰岛素的胰岛,调节体内糖代谢。据相关报道称,由于人们不良饮食习惯等因素,胰腺癌在世界范围内的发病率在逐年上升,而目前较为有效的治疗方法是胰腺切除术[7-8]。经过医疗人员不断地总结,不仅采用上世纪Fortner的区域性胰腺癌切除术[9],同时扩大淋巴结清除范围,可以有效地制肿瘤对血管的侵犯,提高了手术的切除率,更提高了患者的疼痛缓解率。由于胰腺淋巴管、血管较为丰富,胰腺癌早期癌细胞易发生淋巴结转移和神经侵犯,理论上扩大切除范围可以有效地清除癌症侵犯的神经节、淋巴结等,从而达到治愈的目的[10]。根据胰腺解剖学特点胰腺癌的血行转移多由门静脉转移至肝进而转移至肺,最终可转移至骨、肾、脑等重要器官[11-12]。而淋巴性转移较为复杂,可因肿瘤位置不同转移区域也不同。位于胰头的癌细胞常转移至肠系膜上动脉周围淋巴组织,胰尾部癌细胞常可转移至脾门处淋巴组织。淋巴性转移较远,可至锁骨上缘等远隔部位[13]。

本组资料显示,采用扩大根治术的实验组患者切除率和疼痛缓解率均高于对照组,对照组并发症发生率远高于实验组的发生率。经过扩大根治术,清除了较多的淋巴结,可以降低淋巴性转移率,降低并发症发生率。而且经过扩大根治术治疗的患者5年之内的生存率有明显提高,可以提高患者的生存质量。然而据大量临床资料表明,标准根治术与扩大根治术并没有提高患者5年后的生存率[14-15]。因此,对于胰腺癌防治应做到早发现早治疗,在患者自觉轻微不适症状前应及早到医院做影像学检查,一旦确诊为胰腺癌应及早确定清除范围、确定手术方案,及早治疗,使患者得到最佳治疗效果。

[参考文献]

[1] 廖 泉,赵玉沛. 胰腺癌扩大根治术的适应证临床意义与评价[J]. 中国实用外科杂志,2008,28(9):720-722.

[2] 梁廷波,汤晓锋. 关于胰腺癌扩大根治术几个问题的思考[J]. 国际外科学杂志,2011,38(6):361-362.

[3] Iqbal N, Lovegrove RE, Tilney HS, et al. A comparison of pancreaticoduodenectomy with extended pancreaticoduodenectomy: a meta-analysis of 1909 patients [J]. Eur J Surg Oncol, 2009, 35(1): 79-86.

[4] 陈 新,刘洋伯,陈和平,等. 标准根治术和扩大根治术治疗胰腺癌的疗效比较[J]. 现代诊断与治疗,2012,23(6):799-800.

[5] 赵玉沛. 中国胰腺癌治疗20年的成绩和需研究的问题[J]. 外科理论与实践,2007,12(3):193-195.

[6] 钟红玲,王丽红,张淑霞. 门诊诊断自身免疫性胰腺炎1例报道[J]. 局解手术学杂志,2010,19(2):150.

[7] Farnell MB, Aranha GV, Nimura Y, et al. The role of extended lymphadenectomy for adenocarcinoma of the head of the pancreas: strength of the evidence [J]. J Gastrointest Surg, 2008, 12(4): 651-656.

[8] Cao LQ, Xue P, Lu HW, et al. Hematoporphyrin derivative-mediated photodynamic therapy inhibits tumor growth in human cholangiocarcinoma in vitro and in vivo [J]. Hepatol Res, 2009, 39(12): 1190-1197.

[9] 刘颖斌,王许安,彭淑牖. 胆囊癌扩大根治术的意义和评价[J]. 中国实用外科杂志,2008,28(9):718-720.

[10] 彭承宏,陈宁泉. 正确把握胰腺癌扩大切除手术指征[J]. 肝胆外科杂志,2005,13(1):8-9.

[11] 唐 艺,何云. 胰腺癌根治术联合门静脉切除的临床应用分析[J]. 白求恩军医学院学报,2012,10(6):464-465.

[12] 秦仁义,邹声泉,裘法祖. 肠系膜上血管或门静脉受压性胰头部恶性肿瘤根治性胰十二指肠切除术的技巧[J]. 中华外科杂志,2008,46(5):366-369.

[13] 王 旻,王 爽,王 韶,等. 中、老年直肠癌患者扩大根治术的临床评价[J]. 中国老年学杂志,2011,31(5):779-781.

[14] Homma Y, Hamano T, Otsuki Y, et al. Severe tumor budding is a risk factor for lateral lymph node metastasis in early rectal cancers [J]. J Surg Oncol, 2010, 102(3): 230-234.

[15] Nakao A, Takeda S, Sakai M, et al. Extended radical resection versus standard resection for pancreatic cancer: the rationale for extended radical resection [J]. Pancreas, 2004, 28(3): 289-292.

(编辑:魏 源)