维普资讯 http://www.cqvip.com

临床研究 文章编号:0253-3626(2008)03-0373-03

手术治疗 97 例胰头癌疗效分析

郝荣涛,涂 兵,张义彬,陈蓁臻,成名翔,龚建平

(重庆医科大学附属第二医院肝胆外科,重庆 400010)

【摘 要】目的:分析手术治疗胰头癌的疗效并进一步探讨胰头癌手术指征及术式选择。方法:回顾性分析 2000~2004 年间我科手术治疗的 97 例胰头癌患者的临床资料。结果:97 例患者中行单纯胰十二指肠切除术(Pancreatoduodenectomy,PD)41 例,联合门静脉/肠系膜上静脉(PV/SMV)切除的胰十二指肠切除术 13 例,其余 43 例均行姑息性胆肠内引流术。行姑息性切除患者均于 1 年内死亡,单纯胰十二指肠切除组 1 年及 3 年生存率分别为 58.5%和 26.8%,联合血管切除组 1 年及 3 年生存率分别为 53.8%和 23.1%。结论:根治性切除是目前所有治疗措施中能够达到治愈的唯一手段,在严格把握手术适应症的前提下开展联合血管切除的的根治术可提高根治性切除率及术后生存率。

【关键词】胰头癌;胰十二指肠切除术;门静脉/肠系膜上静脉

【中国图书分类法分类号】R735.9 【文献标识码】B 【收稿日期】2007-09-26

Therapeutic effect analysis of surgical treatment for carcinoma of the head of pancreas in 97 cases

HAO Rong-tao, et al

(*Department of Hepatobiliary Surgery, the Second Affiliated Hospital, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To analyze therapeutic effect of surgical treatment for carcinoma of the head of pancreas and study the operative indication and model of carcinoma of the head of pancreas. *Methods*: The clinical data of 97 patients with carcinoma of the head of pancreas were analyzed retrospectively from 2000 to 2004. *Results*: 41 patients underwent pancreatoduodenectomy, 13 patients underwent pancreatoduodenectomy with PV /SMV resection, palliative hepaticojejunostomy was performed to the rest. All the patients who underwent palliative resection were died in 1year after the operation, the 1,3-year survival rate of patients undergoing PD was 58.5% and 26.8% respectively, the 1,3-year survival rate of patients undergoing PD with vascular resection was 53.8% and 23.1% respectively. *Conclusion*: PD is the only way to cure carcinoma of the head of pancreas, PD with vascular resection can increase the resection rate and the survival on the condition of strict indication.

【Key words】 Carcinoma of the head of pancreas; Pancreatoduodenectomy; PV/SMV

胰头癌是消化系肿瘤中预后最差的肿瘤之一,且在发现和确诊时,多数已有局部侵犯和(或)远处转移,手术切除是目前所有治疗措施中能够达到根治的唯一手段。现对我科自 2000~2004 年手术治疗的 97 例胰头癌患者疗效作一回顾性分析,进一步探讨其手术指征及术式选择以提高根治性切除率及手术疗效,降低手术风险。

1 临床资料

1.1 一般资料

2000 年 1 月至 2004 年 12 月共收治胰头癌患者 203 例,其中男性 143 例,女性 60 例,年龄 34~82 岁。主要临床症状:黄疸 178 例,上腹胀痛伴食欲减退 183 例,消瘦 161 例。术前所有患者均行 B 超及螺旋 CT 检查以评估胰头癌的可切除性,其中 94 例侵犯重要血管。

1.2 手术方式

203 例患者中 97 例行手术治疗,其中 PD 41 例,联合 SMV/PV 切除的胰十二指肠切除术 13 例,根治性切除率为 26.6%(54/203),其余 43 例均行姑息性胆肠内引流术。13 例行联合 SMV/PV 切除的胰十二指肠切除术患者均通过术中仔细探查肿瘤单纯侵犯 SMV/PV,其中受侵血管长度小于 2cm,血管受侵部分不足管径的 1/3 者 6 例,行血管楔形切除修复术;受侵血管长度 2~3cm,受侵部分大于管径 1/3 者 4

作者介绍:郝荣涛(1982-),男,硕士,研究方向:肝胆胰外科。

通讯作者:涂 兵,男,副教授,E-mail:bing_tu@163.com。

维普资讯 http://www.cqvip.com

例,行血管段切除后端端吻合术;受侵血管长度大于 3cm 者 3 例,行血管段切除后人造血管移植术。4 例切断脾静脉,为预防脾及胃的充血而均行脾静脉与 SMV 的吻合重建术。54 例根治术均采用 Child 方式重建消化道。

1.3 统计学处理

采用 SPSS 10.0 统计软件,数据以均数 ± 标准差表示,计数资料的比较采用 χ^2 检验,计量资料均数的比较采用独立样本 t 检验,$P<0.05$ 表示有统计学意义。

2 结 果

术后病理检查结果均为腺癌,胰腺切缘无肿瘤残存。13 例联合血管切除的患者中 9 例血管壁有癌细胞侵润,其中 3 例侵润血管壁全层,4 例血管壁无癌细胞侵润。平均手术时间(353 ± 118)min,平均门静脉阻断时间(35.3 ± 8.7)min,失血量(850 ± 220)ml,输血量(670 ± 240)ml,并发症发生率 23.1%(3/13),分别为胰漏 2 例,经胃肠外营养及加强腹腔引流治愈;发生腹腔内出血 1 例,经再次手术治愈。41 例 PD,平均手术时间(284 ± 126)min,失血量(630 ± 290)ml,输血量(650 ± 215)ml,并发症发生率 22.0%(9/41),分别为胆漏 3 例,胰漏 5 例,腹部切口裂开 1 例,2 组均无围手术期死亡,2 组在输血量及并发症发生率上无统计学差异。术后随访:未根治组均于 1 年内死亡;PD 组与联合血管切除组的 1 年及 3 年生存率分别为 58.5%(24/41)和 26.8%(11/41),53.8%(7/13) 和 23.1%(3/13),2 组比较无显著差异,2 组与未根治组比较均有显著差异。2 组在性别、年龄、肿瘤大小以及淋巴结阳性率等方面差异均无统计学意义(表 1)。

3 讨 论

近年来,胰十二指肠切除术的并发症和死亡率明显降低,5 年生存率也有所提高,有报道高达 20%,显著高于姑息性手术及非手术治疗者。本组病例中行姑息性手术患者无 1 例生存超过 1 年,而根治术的 1 年、3 年生存率为 57.4%(31/54)和 26.0%(14/54),有显著差异。但胰头癌发病隐匿,早期症状往往缺乏特异性,造成早期诊断困难,患者就诊时往往已属于晚期而丧失根治机会。由于生物学特性和解剖位置的特殊性,胰头癌易侵犯相邻的大血管如 SMV、PV、SMA、CA、HA 等,尤其以 PV/SMV 多见,PD 常将肿瘤是否侵犯 PV/SMV 作为判断胰头癌能否切除的指征之一,致使根治性切除率一直较低。1951 年 Moore 等[1]首先报道了受侵 SMV 联合切除的 PD。但随后的经验证明,联合血管切除的 PD 并发症多、手术死亡率高,并不改善远期疗效,而未广泛推广。但近几年来,随着外科手术技术的提高及血管外科技术的应用,尤其人工血管的广泛使用,部分晚期恶性肿瘤的治疗有很大改进, 侵犯大血管的恶性肿瘤不再是外科手术切除的绝对禁忌证。Fuhrman 等[2]认为 PV 受侵犯主要是由于肿瘤的特殊位置所在,是肿瘤局部蔓延的表现,并不一定是肿瘤侵袭性行为的标志,也并非预后不良的指标。而术前影像学检查提示 PV/SMV 受侵的假阳性率较高,CT 不能区分是肿瘤侵袭抑或炎性粘连, 因此 PV/SMV 与癌肿的关系尚需在手术探查过程中进一步明确。一般认为术中发现肿瘤与 PV 及 SMV 无法分离即视为血管受侵,但这种情况下尚有 37% ~ 50%的病人术后病理证实并无静脉管壁受累[3],本组病例中有 4 例术后证实无肿瘤侵润,此类病人手术切除效果往往较好,若放弃手术则失去了根治的机会;另外,当肿瘤与 PV 及 SMV 能够勉强分离时,有 30%的病例其血管壁与肿瘤接触面行细胞学检查时能够找到癌细胞[4],对这部分病例应切除部分受累血管。有资料显示胰十二指肠切除术的手术切除率仅为 20%,而联合血管切除的 PD 切除率高达 46%,手术病死率小于 5%,5 年生存率由原来的 8% 提高至 20%[5]。本组病例中联合血管切除的患者的术后生存率及并发症发生率与同期所行的 PD 亦无明显差异。

然而胰十二指肠切除手术大、并发症多、死亡率高,且胰头癌多发生于中老年患者,手术耐受性差,因此术前应对患者进行充分评估,术中仔细探查,严格把握手术适应症,从而提高手术安全性。本组病例经术前评估,病人全身情况许可,无明显腹

表 1 两组患者基本情况

组别	年龄	性别比	肿瘤大小	淋巴结阳性率
PD 组(41)	54.3 ± 12.1	28:13	5.6 ± 2.1	70.7%
联合血管切除组(13)	56.4 ± 11.9	9:4	5.4 ± 2.2	76.9%

维普资讯 http://www.cqvip.com

水,手术耐受性良好,术前 CT 等辅助检查无肝脏、腹膜等远处转移,无明显 HA、CA、SMA 等动脉广泛受侵表现,对邻近静脉可疑受侵长度小于 4cm 者予以积极手术并争取根治性手术。术中应仔细探查,特别注意肝脏有无小转移灶,有无网膜、肠管壁、腹壁及盆底等种植转移,如发现转移灶应放弃根治术。再进一步探查血管侵润情况,如发现 PV/SMV 被肿瘤包埋,远、近端无法分离或有明显的血管狭窄或闭塞者,应放弃根治术。术中脾静脉切断患者,为预防脾胃的充血,均行脾静脉与 SMV 的吻合重建术。虽然重建脾静脉回流方法较多,国内也有将切断脾静脉结扎而未出现脾胃充血的报道,原因为脾胃血流通过胃短静脉及食管静脉流向体循环,但 Misuta K[6]报道此类患者发生肝脂肪变性的可能性较大,因此在脾静脉长度允许的条件下尽可能与 SMV 吻合以恢复脾静脉的生理流向。PV 血流阻断时间过长会增加肠道淤血和毒素吸收,为此门脉阻断最好控制在 60min 内,本组重建都能在 60min 内完成,均未采用转流,术毕检视小肠壁无明显缺血、水肿及淤血。

总之,合理的手术切除仍为胰头癌病人获得长期生存最有效的治疗手段,在严格把握手术适应症的前提下开展联合血管切除的的根治术可提高根治性切除率及术后生存率。我们认为以下情况可行联合血管切除的胰十二指肠切除术:(1) 病人全身情况良好、无腹水;(2)无肝脏、腹腔干周围、肠系膜根部及远处转移;(3)无肝动脉、肠系膜上动脉和腹主动脉等动脉血管侵润;(4)术中 PV、SMV 不能与癌肿分离,但其远、近端应能被分离者。

参 考 文 献

[1] Moore GE,sako Y,Thomas LB.Radical pancreaticoduodenectomy with resection and reanastomosis of the superior mesenteric vein[J]. Surgery,1951;30(4):550.

[2] Fuhrman GM,Leach SD,Staley CA,et al. Rationale for en bloc vein resection in the treatment of pancreatic adenocarcinoma adherent to the superior mesentericportal vein confluence. Pancreatic Tumor Study Group[J]. Ann Surg,1996;223(2):154-162.

[3] Aramaki M,Matsumoto T,Etoh T,et al. Clinical significance of combined pancreas and portal vein resection in surgery for pancreatic adenocarcinoma[J]. Hepatogastroenterology,2003;50(49):263-266.

[4] Ishikawa O,Ohigashi H,Sasaki Y,et al. Intraoperative cytodiagnosis for detecting a minute invasion of the portal vein during pancreatoduodenectomy for adenocarcinoma of the pancreatic head[J]. Am J Surg,1998;175(6):477-481.

[5] 刘颖斌,马孝明,李江涛,等.侵犯重要血管的胰头癌切除的可行性探讨[J]. 外科理论与实践,2007;(12)3:221-223.

[6] Misuta K,Shimada H,Miura Y,et al. The Role of Splenomesenteric Vein Anastomosis After Division of the Splenic Vein in Pancreatoduodenectomy[J]. Gastrointest Surg,2005;9(2):245-253.

(责任编辑:谭乐勤)

(上接第 369 页)

参 考 文 献

[1] Mishra SK,Misra V.Muscle sarcopenia:anoverview [J]. Actamyol,2003;22(2):43-47.

[2] Leveille SG.Musculoskeletal aging[J]. Curr Opin Rheumatol,2004;16(2):114-118.

[3] Ferrucci L,Russo CR,Lauretani F,et al. A role for sarcopenia in late-life osteoporosis[J]. Aging Clin Exp Res,2002;14(1):1-4.

[4] Rubin C,Recker R,Cullen D,et al. Prevention of postmenopausal bone loss by a low-magnitude, high-frequency mechanical stimuli:a clinical trial assessing compliance,efficacy,and safety[J]. J Bone Miner Res,2004;19(3):343-351.

[5] Rubin C,Pope M,Fritton JC,et al. Transmissibility of 15-hertz to 35-hertz vibrations to the human hip and lumbar spine:determining the physiologic feasibility of delivering low-level anabolic mechanical stimuli to skeletal regions at greatest risk of fracture because of osteoporosis[J]. Spine,2003;28(23):2621-2627.

[6] Cardinale M,Pope MH.The effects of whole body vibration on humans:dangerous or advantageous[J]? Acta Physiol Hung,2003;90(3):195-206.

(责任编辑:冉明会)