

组 Kamofsky 评分比较差异无统计学意义, $P>0.05$; 治疗后研究组 Kamofsky 评分明显高于对照组, $P<0.05$, 差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组治疗前后 Kamofsky 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
研究组	40	51.73± 5.31	79.43± 4.39	25.428	0.000
对照组	40	49.91± 5.19	61.74± 5.89	9.531	0.000
t		1.550	1.550		
P		0.063	0.063		

2.3 两组不良反应发生情况比较 两组不良反应发生率比较差异无统计学意义, $P>0.05$ 。见表 3。

表 3 两组不良反应发生情况比较

组别	n	恶心(例)	肝损伤(例)	呕吐(例)	骨髓抑制(例)	腹腔感染(例)	总发生率(%)
研究组	40	3	0	2	2	0	17.50
对照组	40	2	1	1	1	1	15.00
χ^2							0.092
P							0.762

3 讨论

恶性腹水是由于发生在腹腔或全身的恶性肿瘤引起腹腔脏壁层胸腹膜发生弥漫性病变, 导致体腔液体异常增多的一种现象, 可引起腹胀、腹痛、呼吸困难等症状, 病情进展快, 预后较差^[2-3]。虽然近年来临床肿瘤治疗技术不断提升, 但其 5 年生存率仍未超过 35%^[4]。临床治疗恶性腹水的主要目的是减轻

患者的痛苦, 从而延长患者生存期。既往临床多采用腹腔穿刺抽液治疗, 但疗效欠佳, 且反复抽液易导致低蛋白血症及电解质紊乱。腹腔热灌注化疗是近年来治疗腹腔恶性肿瘤的常用辅助手段, 大量的温热化疗灌注液能够使化疗药物充分接触腹腔内微小转移灶, 有效清除腹腔游离癌细胞, 且化疗药物灌注到腹腔后, 在腹腔内可有恒定、较高、持久的浓度, 但进入人体循环的化疗药物较少, 患者不良反应小。

本研究结果显示, 研究组治疗总有效率明显高于对照组 ($P<0.05$); 治疗前两组 Kamofsky 评分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$); 研究组治疗后的 Kamofsky 评分明显高于对照组 ($P<0.05$); 两组不良反应发生率比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。说明腹腔热灌注化疗联合静脉化疗治疗恶性腹水能够有效控制恶性腹水, 且安全性高, 值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 匡树根, 刘霞, 刘铁兵, 等. 热疗加腹腔热灌注化疗治疗恶性腹水的临床研究[J]. 当代医学, 2016, 22(18): 13-14
- [2] 吴亚东, 李艳燕, 赵跃鹏, 等. 腹腔热灌注化疗联合中药治疗恶性腹水临床疗效观察[J]. 河北医学, 2016, 22(10): 1734-1735
- [3] 洪燕妮, 庞红霞, 朱晋峰, 等. 老年胃癌腹腔热灌注化疗联合静脉化疗治疗恶性腹水的临床疗效[J]. 吉林医学, 2016, 37(11): 2645-2647
- [4] 符跃东. 中西药联合治疗肝硬化腹水患者的临床疗效观察[J]. 中国民康医学, 2016, 28(1): 74-75

(收稿日期: 2017-12-01)

局部切除胰体尾联合血管切除重建术治疗晚期胰腺癌的疗效

户平安¹ 雷霆¹ 赵龙栓²

(1 郑州大学附属洛阳中心医院 河南洛阳 471000; 2 郑州大学第一附属医院 河南郑州 450052)

摘要:目的: 观察局部切除胰体尾联合血管切除重建手术治疗晚期胰腺癌的临床疗效。方法: 选取我院 2012 年 1 月~2017 年 1 月收治的晚期胰腺癌患者 80 例, 随机分为对照组和观察组各 40 例。对照组给予对症化疗, 观察组在对照组基础上行局部切除胰体尾联合血管切除重建术, 比较两组疾病缓解及控制率、不良反应及生存率情况。结果: 对照组疾病缓解率、控制率及半年生存率低于观察组 ($P<0.05$); 两组不良反应发生率比较无显著性差异 ($P>0.05$)。结论: 局部切除胰体尾联合血管切除重建术可显著控制晚期胰腺癌患者病情恶化, 有效缓解患者临床症状, 提高生存率, 且安全可靠, 值得临床推广应用。

关键词: 晚期胰腺癌; 局部切除胰体尾; 血管切除重建术; 临床疗效

中图分类号: R735.9

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.01.067

近年来, 胰腺癌发病率一直呈上升趋势, 是消化道恶性肿瘤疾病, 晚期恶性程度较高, 病发后患者生存率较低^[1]。因此, 该疾病是临床医生研究的重要课题。本研究探讨局部切除胰体尾联合血管切除重建术治疗晚期胰腺癌的临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2012 年 1 月~2017 年 1 月收治的晚期胰腺癌患者 80 例, 随机分为对照组和

观察组各 40 例。对照组男 29 例, 女 11 例; 年龄 34~88 岁, 平均年龄 (58.5± 18.6) 岁; 癌变部位: 胰腺本体至尾部 25 例, 胰腺本体 15 例。观察组男 27 例, 女 13 例; 年龄 36~89 岁, 平均年龄 (58.7± 20.2) 岁; 癌变部位: 胰腺本体至尾部 30 例, 胰腺本体 10 例。两组患者一般资料比较差异无显著性, $P>0.05$, 具有可比性。所有患者及其家属均知晓本研究且签署知情同意书。本研究经我院伦理委员会审批。

1.2 纳入及排除标准 (1)纳入标准:所有患者均经 B 超、血清学肿瘤标志物和 CT 检查确诊;胰腺癌变累及血管者;病情评估符合手术指征者。(2)排除标准:妊娠期患者;合并严重心血管病者;患有精神疾病者;伴严重肝肾及肺部器官功能障碍者;已有远处转移及重要脏器浸润者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 给予注射用盐酸吉西他滨(国药准字 H20093698)治疗,第 1~7 周,吉西他滨(1 000 mg/m²)持续静滴,0.5 h/次,1 次/周,连用 7 周后停药 2 周,随后持续静滴,1 次/周,连用 3 周。

1.3.2 观察组 在对照组基础上行局部切除胰体尾联合血管切除重建术。自肋下缘切口至左上腹,于脾、门静脉交汇处进行结扎,沿门静脉下方从右向左切除胰腺体尾部肿瘤,若腹腔动脉与该动脉分支已完全被肿瘤组织包绕,则切除肝总动脉及局部腹腔动脉;术中视患者血管个体化情况,局部重建肝胃供血血管。术后给予化疗,给药方法同对照组。

1.4 观察指标及疗效判定 (1)比较两组疾病缓解及控制率,判定标准,完全缓解(CR):病灶全部消失且维持 4 周及以上;部分缓解(PR):肿瘤组织缩小比例 ≥30%,且维持 4 周及以上;疾病稳定(SD):肿瘤组织增大比例 <20%,或肿瘤缩小比例 <30%;疾病进展(PD):肿瘤组织增大,其增大比例 ≥20%,或出现新病变。疾病缓解率 = (CR+PR)/总例数 × 100%,疾病控制率 = (CR+PR+SD)/总例数 × 100%。

(2)比较两组不良反应及治疗后半年生存率情况。
1.5 统计学分析 研究数据录入 SPSS20.0 软件后予以系统处理,用率表示计数资料并进行 χ² 检验,用 ($\bar{x} \pm s$) 表示计量资料并进行 t 检验, P < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疾病缓解与控制率比较 对照组疾病缓解率和控制率均明显低于观察组, P < 0.05。见表 1。

表 1 两组疾病缓解与控制率比较[例(%)]

组别	n	CR	PR	SD	PD	CR+PR	CR+PR+SD
对照组	40	0(0.0)	3(7.5)	18(45.0)	19(47.5)	3(7.5)	21(52.5)
观察组	40	0(0.0)	19(47.5)	15(37.5)	6(15.0)	19(47.5)	34(85.0)
χ ²						16.05	9.83
P						<0.05	<0.05

2.2 两组不良反应情况比较 两组不良反应情况比较无显著性差异, P > 0.05。见表 2。

表 2 两组不良反应情况比较[例(%)]

组别	n	腹泻	脱发	白细胞减少	恶心呕吐	血红蛋白减少
对照组	40	7(17.5)	9(22.5)	5(12.5)	11(27.5)	10(25.0)
观察组	40	4(10.0)	7(17.5)	7(17.5)	9(22.5)	4(10.0)
χ ²		0.95	0.31	0.39	0.27	3.12
P		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

2.3 两组半年生存率比较 对照组半年生存率为 50.0%(20/40),观察组半年生存率为 82.5%(33/40)。观察组半年生存率显著高于对照组,差异具有统计学意义(χ²=9.45, P < 0.05)。

3 讨论

胰腺癌起病较为隐匿,缺乏特异性诊断指标和临床症状作为参考,往往在中晚期才确诊,易耽误最佳治疗时机,且肿瘤切除术无法根治,预后较差,病死率较高。研究显示^[2],胰腺癌五年内生存率不足 5%。此外胰腺癌发病机制尚未明确,但众多学者表示易感基因协同环境一起产生的负性心理作用是疾病发生与进展恶化的重要因素^[3]。且胰腺癌生成与多基因相关,个体差异显著。因此临床医学认为,兼顾个体化的多靶点复合疗法是未来治疗胰腺癌的最佳手段。黄江^[4]等研究显示,对符合胰腺癌手术指征的晚期患者实施局部切胰体尾联合血管切除重建术,能显著缓解患者临床症状,控制疾病恶化,延长术后生存时间。

本研究结果显示,对照组疾病缓解率、控制率及半年生存率低于观察组(P < 0.05);两组不良反应发生率比较无显著性差异(P > 0.05)。说明局部切胰体尾联合血管切除重建术可显著控制晚期胰腺癌患者病情恶化,有效缓解患者临床症状,提高生存率,且安全可靠,值得临床推广应用。

参考文献

[1]李斌.晚期胰腺癌患者应用吉西他滨联合替吉奥治疗的临床效果评价[J].临床和实验医学杂志,2016,15(8):771-773

[2]许娟娟,刘诗,易粹琼.胰腺癌的研究进展[J].临床消化病杂志,2012,24(2):117-120

[3]方向,石刚,麦刚,等.联合血管切除重建在胰腺癌根治术中的临床价值[J].重庆医学,2017,46(18):2509-2511

[4]黄江,白利杰,张生军,等.局部切除胰体尾联合血管切除重建治疗晚期胰腺癌的疗效分析[J].中国普通外科杂志,2016,25(9):1253-1258

(收稿日期: 2017-11-24)

《实用中西医结合临床》杂志在线投稿系统指南

本刊已启用在线投稿系统,网址: <http://www.syzxyjhlc.com>,欢迎大家通过本网站投稿、浏览文章。通过本网站,可实现不限时在线投稿、审核、编

辑、校对、组版等全流程功能,作者可在线查看稿件流程情况,专家可登录网站实行在线审核,并可全文查阅本刊以往刊出文章。