

〔文章编号〕 1007-0893(2021)07-0148-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.07.072

姑息性手术治疗晚期胰腺癌患者的临床效果

满 竞

(张家界市人民医院, 湖南 张家界 427000)

〔摘要〕 目的: 探究姑息性手术治疗晚期胰腺癌患者的临床效果。方法: 选择2017年1月至2018年1月张家界市人民医院收治的80例晚期胰腺癌患者作为研究对象, 根据患者的治疗方案不同分为常规治疗组(药物治疗)、姑息性治疗组(姑息性手术治疗), 各组病例数均为40例。比较姑息性治疗组和常规治疗组患者临床疗效、6个月、1年生存率。结果: 姑息性治疗组患者临床疗效高于常规治疗组, 6个月以及1年生存率高于常规治疗组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 对于晚期胰腺癌患者采取姑息性手术治疗能够进一步提高治疗效果。

〔关键词〕 胰腺癌; 姑息性手术; 血浆纤维蛋白原

〔中图分类号〕 R 735.9 〔文献标识码〕 B

胰腺癌作为临床上常见的恶性肿瘤之一, 该疾病具有较高的致死率。由于该疾病的早期临床表现并不明显, 所以导致很多患者入院治疗时已经处于晚期, 错过最佳手术治疗时机。因此对于晚期胰腺癌患者而言, 如何选择合适的治疗手段, 延长患者生命时限, 十分重要。当前, 随着临床研究不断深入, 相关研究^[1]证实, 姑息性手术治疗晚期胰腺癌能够取得理想的治疗效果, 为此在本研究中, 选择本院收治的80例晚期胰腺癌患者作为研究对象, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2017年1月至2018年1月本院收治的80例晚期胰腺癌患者作为研究对象, 根据患者的治疗方案不同分为常规治疗组(药物治疗)、姑息性治疗组(姑息性手术治疗), 各组病例数均为40例。所有患者均经过影像学、实验室、术前穿刺活检、术后病理活检等相关检查确诊为胰腺癌, 患者均自愿选择手术方式, 手术前所有患者均知晓本研究内容。排除患有严重心肺功能障碍、肝肾功能障碍、精神障碍、认知障碍等患者。

常规治疗组: 男性患者22例、女性患者18例, 年龄54~79岁, 平均 (65.2 ± 4.6) 岁, 癌症类型: 高分化腺癌12例、低分化腺癌11例、管状腺癌9例、囊腺癌8例; 姑息性治疗组: 男性患者21例、女性患者19例, 年龄55~78岁, 平均 (65.9 ± 4.5) 岁, 癌症类型: 高分化腺癌13例、低分化腺癌10例、管状腺癌10例、囊腺癌7例。两组患者的一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 常规治疗组 晚期胰腺癌患者采取常规化疗方式进行治疗, 由患者的临床医师根据患者病情给予合适的治疗药物, 并对患者进行营养支持。

1.2.2 姑息性治疗组 晚期胰腺癌患者开展姑息性手术治疗: 对患者进行全身麻醉, 采取经典 Whipple 手术方式, 充分将晚期胰腺癌患者的手术视野暴露, 从而扩张胆总管、肝总管, 并显示胆囊, 根据患者实际情况确定是否切除胆囊, 并进行远端缝合^[2]。游离患者胰尾并切除3~6 cm, 十二指肠和近端采用侧段吻合术, 结合患者病情决定患者是否切除胆总管中下段的胆管、十二指肠等。将患者胰管进行分离扩张, 将屈氏韧带10 cm左右的空肠切断, 最后为患者重建消化道, 术后给予患者营养支持^[3]。

1.3 观察指标

观察比较姑息性治疗组和常规治疗组胰腺癌晚期患者临床疗效、术后生存率。临床疗效根据世界卫生组织制定的肿瘤评价标准^[2]分为: 完全缓解、部分缓解、稳定、进展。总有效率 = (完全缓解 + 部分缓解) / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 20.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组晚期胰腺癌患者治疗有效率比较

姑息性治疗组患者治疗有效率为87.40%, 高于常规治疗组的67.40%, 组间比较, 差异具有统计学意义($P < 0.05$), 见表1。

〔收稿日期〕 2021-02-12

〔作者简介〕 满竞, 男, 主治医师, 主要从事普通外科工作。

表 1 两组晚期胰腺癌患者治疗有效率比较 (n = 40, n (%))

组 别	完全缓解	部分缓解	稳定	进展	总有效
常规治疗组	17(42.50)	10(25.00)	7(17.50)	6(15.00)	27(67.50)
姑息性治疗组	22(55.00)	11(27.50)	5(12.50)	2(5.00)	33(82.50) ^a

与常规治疗组比较, ^aP < 0.05

2.2 两组晚期胰腺癌患者生存率比较

姑息性治疗组胰腺癌晚期患者 6 个月生存率、1 年生存率均高于常规治疗组, 组间比较, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 见表 2。

表 2 两组晚期胰腺癌患者生存率比较 (n = 40, n (%))

组 别	6 个月生存率	1 年生存
常规治疗组	19(47.50)	5(12.50)
姑息性治疗组	29(72.50) ^b	17(42.50) ^b

与常规治疗组比较, ^bP < 0.05

3 讨 论

由于大部分胰腺癌患者在入院就诊时已经属于晚期, 因此无法接受手术根治治疗^[4]。通过肿瘤根治性切除手术能够对患者的原发病灶位置存在的癌症细胞进行全面切除, 同时对周边的淋巴转移区域全部切除, 避免癌症细胞进一步扩散, 从而有效减少体内癌细胞的残留。但是根治性手术仅适用于原发部位或者区域淋巴结位置, 对其他部位没有发生转移病灶的症状或者患者自身耐受良好的情况可以起到很好的根治效果。在实际治疗的过程中, 如果发现器官组织内部需要全部或者大部分需要切除, 则必须对临近脏器有粘连或者转移区域一并切除。但是对于晚期胰腺癌患者而言, 如果癌细胞扩散转移侵袭的范围过大, 通过根治性切除会对患者的生命健康造成严重威胁, 导致患者的器官功能丧失, 严重影响患者的生命健康, 则在实际治疗的过程中则不能够勉强进行根治性手术。

肿瘤的姑息性手术主要对原发病灶部位不能够实行根治性切除、切除效果不理想的患者进行姑息性治疗, 从而避免对患者的生命健康造成影响, 同时也可以消除不耐受的情况。或者通过简单的治疗手段避免或消除潜在的病症, 确保患者的生存效果。例如消化道肿瘤的姑息切除手术或者改道手术能够有效减少肿瘤的出血、脏器穿孔的问题, 从而有效消除患者因为消化道梗阻而引起的疼痛问题, 在不得已的情况下, 如果不能够做根治性手术可以做姑息性切除手术。

由于胰腺癌晚期患者的肿瘤浸润出胰腺包膜, 甚至会蔓延至肝脏胆总管等部位, 无法采取根治性切除手术治疗。并且胰腺癌化疗的整体效果非常差, 对患者延长生存时间、提高生活质量的效果并不理想。由于胰腺癌属于恶性程度很大,

而且治疗效果不理想的癌症, 根据患者的真实意愿可以采取姑息性治疗, 使患者能够不再难受。

大多数的胰腺癌主要发生在胰头, 对人威胁最大的问题就是胆道梗阻, 肝脏分泌出的胆汁无法排出, 通过常规的药物治疗也无法解决胆道梗阻的问题, 所以必须要加强对患者进行肝脏功能的保护, 避免患者出现黄疸等问题, 让患者的食欲得到提升, 减少患者恶心呕吐的症状。胰腺后方是脊髓发出的脊神经, 所以胰腺癌晚期患者经常会出现腰背疼痛的问题, 还有许多患者会产生剧烈疼痛。为此, 在药物基础之上必须要采取合理的止痛措施, 如果止痛效果不理想, 可以采取硬膜外导管给药止痛, 甚至摧毁患者的痛觉神经。胰腺癌作为高度恶性疾病, 在很多情况下根治性治疗的效果并不理想, 所以必须要积极采取姑息性治疗来缓解患者的痛苦症状。由于胰腺癌转移患者中, 有一部分存在生物学行为温和、转化治疗敏感较低的群体, 通过有效化疗后再接手术治疗后取得比较好的结果, 能够明显延长生存期。

姑息性手术通过切除部分转移灶或肿瘤原发性病灶, 从而改善患者的病情。尽管患者体内仍然存在部分肿瘤组织, 但是对于晚期胰腺癌患者而言, 该治疗手段能够在一定程度上延长患者生存时间。需要注意的是, 在对胰腺癌患者开展姑息性手术治疗时, 应注意辨别肿瘤情况, 通过各种影像学检查, 掌握好手术适应证, 再对患者展开手术治疗^[5]。在本研究中, 对姑息性治疗组晚期胰腺癌患者实施姑息性手术治疗后, 患者的临床疗效高于常规治疗组, 6 个月、1 年生存率均高于常规治疗组, 差异均具有统计学意义 (P < 0.05)。说明姑息性手术治疗疗效确切而且能够明显提升患者的生存时限。

综上所述, 姑息性手术在晚期胰腺癌患者的治疗中具有较高的应用意义, 能够提高临床治疗效果, 并提高患者生存率。

〔参考文献〕

- (1) 李茂全. 晚期胰腺癌介入治疗临床操作指南(试行)(第四版)(J). 临床放射学杂志, 2020, 39(5): 830-840.
- (2) 于颖彦, 朱正纲. 第 5 版 WHO 消化道肿瘤分类与分期解读: 胃肿瘤 (J). 外科理论与实践, 2020, 25(3): 33-36.
- (3) 陆炳站, 钟腾猛, 邓修民, 等. 姑息性手术疗法在晚期胰腺癌患者治疗中的应用及对生存质量的影响研究 (J). 中国医学创新, 2018, 15(26): 114-117.
- (4) 李大鹏. 姑息性手术疗法在晚期胰腺癌患者中的临床应用价值 (J). 医疗装备, 2016, 29(8): 103-104.
- (5) 张旭, 韩雪英. 姑息性手术疗法在晚期胰腺癌患者治疗中的应用及其对生存质量的影响 (J). 河北医药, 2016, 38(16): 2459-2461.