[文章编号]1009 - 2188(2003)02 - 0124 - 03

影响中晚期肝细胞肝癌手术切除预后的多因素分析

刘平果[1],王效民[2],李永国[1],张百萌[2],于仁祥[2],俞可克[2],苏永杰[2],彭友缘[2]

[摘要] **目的** 探讨影响中晚期肝细胞肝癌手术切除预后的因素。 **方法** 对130例中晚期大肝癌随访1～7年,采用单因素、多因素分析统计不同预后因素对患者生存率的影响。 **结果** 手术后1,3,5年生存率分别为81.7%,24.3%,18.4%。单因素分析提示影响预后的因素为肝癌大小、是否早期复发、肝硬化情况、输血量;多因素分析提示肝癌大小、肿瘤早期复发是影响肝癌术后的预后因素。 **结论** 中晚期肝癌手术切除预后仍不理想,重视围手术期处理,预防术后早期复发有望提高手术疗效。

[关键词] 肝脏肿瘤; 癌; 预后; COX比例风险模型

[中图分类号] R735.7 [文献标识码] A

Prognostic Factors in Patients Underwent Hepatectomy for Large Hepatocellular Carcinoma

LIU Ping-guo, WANG Xiao-min, LI Yong-guo, et al. (*Department of General Surgery, the 2nd Xiangya Hospital, Central South University, ChangSha* 410011, *Hunan, China*)

Abstract: **Objective** To study the prognostic factors in patients who received hepatectomy for large hepatocellular carcinoma (HCC). **Methods** 130 patients operated for large HCC were followed up for 1～7 years. Twenty possible factors were analyzed by Kaplan-Meier Log rank estimate. A multivariative survival analysis of these individual variable was undertaken using the cumulative survival rate by the computers COX proportional hazard. **Result** The overall cumulative survival rate at 1,3,5 years was 81.7%,24.3%,18.4% respectively. The size of tumor, time of recurrence of the tumor, status of liver cirrhosis, amount of blood infusion were the factors which affected the prognosis of the patients in single-variative analysis; while multi-variative survival analysis showed that the size of the tumor and the time of recurrence of the tumor were the main factors which affected the prognosis of the patients. **Conclusion** Prognosis of the patients with large HCC is poor. Control of early recurrence of HCC may improve the prognosis of HCC patients.

Key words: liver neoplasm; carcinoma; prognosis; COX proportional hazard model

由于肝癌常合并肝硬化、肝储备功能不良,使肝癌切除受限。近来,虽然众多非手术疗法,如肝动脉介入化疗(TACE)、经皮纯酒精注射(PEIT),微波固化治疗(MLT)、射频治疗(RF)等应用于临床,但是,唯有手术切除能延长肝癌患者的生命[1]。影响中晚期大肝癌手术疗效的因素尚未阐明。本研究用COX比例风险模型及Kaplan-Meier方法对影响大肝癌手术预后的临床和病理因素行多因素分析。

1 临床资料

1.1 一般资料

1995～2001年本院共对130例肝细胞肝癌行手术治疗,其中男101例,女29例,年龄27～65岁,平均(49.9±6.1)岁。乙肝阳性96例。病理显示肝细胞性肝癌119例,混合型肝癌11例,均有慢性肝炎。肝硬化74例。肝癌大小5.0～22 cm,平均(9.1±3.7) cm。肝功能分级Child Ⅰ级79例,Ⅱ级51例。术后1月内死亡4例(占3.1%)。

1.2 治疗方法

根据肝功能状况,术前1周进行系统护肝治疗。术前行1～2次介入治疗32例(24.6%)。术中采取不同的血流阻断方法:全肝血流阻断12例(9.2%),Pringle法94例(72.3%),半肝入肝血流阻断11例(8.5%),未行血流阻断13例(10.0%)。阻断时间为5～48 min,平均(16.4±2.9) min。术式选择:不规则肝切除107例(82.3%),右半肝切除10例(7.7%),左半肝切除4例(3.1%),右三叶肝切除3例

[收稿日期] 2002 - 03 - 15,[修回日期] 2003 - 03 - 24

[作者单位] 1. 中南大学湘雅二医院外科,长沙 410011; 2. 厦门大学医学院附属厦门中山医院肝胆外科,厦门 361004

[作者简介] 刘平果,男,37岁,中南大学湘雅二医院外科博士研究生,研究方向:肝胆肿瘤。

© 1994-2006 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

(2.3 %) ,左三叶肝切除 2 例(1.5 %) ,尾叶肝切除 4 例(3.1 %) 。术中置门静脉埋入式化疗泵(DDS) 56 例(43.1 %) ,其中联合置肝动脉埋入式化疗泵 15 例(11.5 %) 。术后给予保肝、纠正低蛋白血症、营养支持等。

1.3 统计分析

采用影响肝癌切除患者预后的 20 项临床病理学指标,生存时间以月计算。单因素分析采用 Kaplan-Meier Log-rank 时序检验,多因素采用 COX 比例风险模型,以双侧 $\alpha = 0.05$ 为标准。统计分析采用 SPSS 10.0 软件。

2 结 果

住院死亡率 3.1 %。术后复发时间为 2～36 月,残肝复发 123 例(94.6 %) ,肺部等远处转移 28 例(21.5 %) ,复发治疗包括 TACE、PEIT、DDS、再次肝切术等。

术后并发症:腹水和一过性黄疸 30 例(23.1 %) ,经保肝、输白蛋白、利尿等控制; 右胸腔积液 51 例(39.2 %) , 经胸腔穿刺抽液 1～6 次治愈; 4 例(3.1 %)术后死于肝功能衰竭。

随访1～7年,失访10例,随访率92.3 %(120/130) ,采用 Kaplan-Meier 法计算肝癌手术切除后总 1、3、5 年生存率分别为 81.7 %, 24.3 %, 18.4 %; 复发后再手术 12 例,自第 2 次术后 1、2、3 年生存率分别为 50.0 %,25.0 %,16.7 %。

单因素分析显示肿瘤大小、早期复发、肝硬化情况、术中输血量与预后有关,而与患者年龄、性别、乙肝状态、肝功能分级、术中阻断时间、病理分级无关(见表 1) ;多因素分析提示肿瘤大小、早期复发是影响预后的主要因素(见表 2) 。

表 1 影响大肝癌术后的预后因素

临床病理因素	例数 (%)	1 年生存率 (%)	3 年生存率 (%)
肿瘤大小			
> 8.0 cm	86	58.3 *	12.5 *
≤8.0 cm	44	89.2	50.7
肝硬化			
有	74	61.2	10.1 *
无	56	88.6	43.5
术中输血量			
≥1 000 ml	28	40.8 *	0 *
< 1 000 ml	102	87.3	24.3
早期复发			
有	63	51.3 *	11.5 *
无	67	90.2	40.3

注: * $P < 0.05$

表 2 多因素分析结果

变量名	回归系数	标准误	P 值
肝癌大小	0.5037	0.2082	0.0162
肝 硬 化	0.2106	0.1104	0.0753
输 血 量	0.3041	0.1725	0.0607
早期复发	0.6279	0.2539	0.0126

3 讨 论

肝细胞肝癌常发生在慢性肝病的基础上,手术切除是治疗肝癌的主要手段,应尽可能一期切除;一期切除困难者,行 TACE 后争取二期切除。肝切除后复发率高是影响肝切疗效的关键[1] 。文献报道其影响因素[2～3]包括肿瘤大小、谷丙转氨酶高低、肝纤维化分级、术中输血量、肝切除范围、血管受侵、肝内转移灶、门静脉癌栓、微血管密度等。本组单因素分析显示肿瘤大小、术中输血量、早期复发、肝硬化情况与肝癌预后有关,多因素分析提示肿瘤大小、术后早期复发是影响预后的主要因素。本组发现大肝癌组(肿瘤直经 5～8 cm) 与巨大肝癌组(肿瘤直经 > 8 cm) 1、3年生存率有明显差异,与文献[4～5]报道一致。早期复发多由于手术残留,癌细胞经门静脉播散。肝切术后联合化疗、免疫治疗等能减少早期复发率。本组57.1 %的肝切除患者术中置门静脉化疗泵,术后经泵化疗或 TACE,早期复发率仍为48.5 %。1、3年生存率在早期复发组(51.3 %、11.5 %) 均低于远期复发组(90.2 %、40.1 %) 。可见肿瘤大小、早期肿瘤复发是影响肝癌术后疗效的因素。

肝硬化是肝切除术后的危险因素,肝硬化限制肝切量,影响残肝的增生。本组 1、3 年生存率在合并肝硬化患者为 61.2 %和 10.1 %,低于无肝硬化患者的 88.7 %和 43.5 %,尤以 3 年生存率为甚。肝硬化患者术后右胸腔积液、肝功能不全等并发症发生率高。应加强保肝、输白蛋白等治疗。此外,术中出血量、输血量与肝癌的预后有关[6] ,可能是术中的出血、输血反映了手术对肝脏的创伤情况,影响术后的肝功能状态,进而影响预后。本组患者术中输血超过 1 000 ml 组 1、3 年生存率分别为 40.8 %、0 %,低于术中输血量小于 1 000 ml 组(87.5 %、24.3 %) 。控制术中输血量或术前储备患者自身血液以便术中应用,可有望改善肝癌患者的预后。

再切除术是肝癌术后肝内局部复发的首选疗法[7] ,陆才德等报道再切除术 1、3 年生存率分别为

© 1994-2006 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

78 %和 34 %。肝外转移不是影响再手术的主要因素,只要肝脏局部情况、全身情况许可,应争取再切除术。本组 12 例再肝切除术,其术后 1、2 年生存率分别为 50 %与 25 %。但多数复发癌无手术条件,单纯介入治疗疗效不明显。

[参考文献]

[1] Tang ZY, Yu YQ, Zhou XD, et al. Progress and prospects in hepatocellular carcinoma surgery[J]. Ann Chir, 1998, 52(6): 558-563.

[2] 孙惠川,汤钊猷,马曾辰. 影响肝癌根切术后的复发的因素[J]. 中华肝胆外科杂志, 2000, 2(1): 7-9.

[3] 汤钊猷. 肝癌预后及影响预后因素[A]. 汤钊猷,余业勤. 原发性肝癌[M]. 第 2 版. 上海:上海科技出版社, 1999. 539.

[4] 赵文和,冯懿正,马志敏,等. 影响肝癌切除术后预后因素的 COX 模型分析[J]. 中华普通外科杂志, 2001, 16(8): 472-475.

[5] 郑光琪. 巨大肝细胞癌的切除、复发和疗效[J]. 中国实用外科杂志, 2000, 20(4): 215-217.

[6] Hanazaki K, Kajikawa S, Shimozawa N, et al. Hepatic resection for large hepatocellular carcinoma[J]. Am J Surg, 2001, 181(4): 347-353.

[7] 陆才德,彭淑牖,彭承宏,等. 肝癌术后复发疗效和预后因素分析[J]. 中国实用外科杂志, 2000, 20(3): 144-146.

短篇报道 ·

[文章编号]1009 - 2188(2003)02 - 0126 - 01

鹅颈钢板与加压螺纹钉治疗高龄股骨粗隆间骨折

谭永东

[关键词] 股骨骨折; 外固定装置; 骨折固定术
[中图分类号] R683.42 [文献标识码] B

我院自 1995 年 4 月至 2001 年 10 月应用鹅头钢板加双头螺纹加压螺钉治疗老年股骨粗隆间骨折 27 例,取得了满意疗效,报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 18 例,女 9 例,平均年龄 72(63～84)岁,受伤至就诊时间 1～10 d。Evans 分型: Ⅰ型 6 例, Ⅱ型 8 例, Ⅲ型 10 例, Ⅳ型 1 例, Ⅴ型 2 例。

1.2 治疗方法

1.2.1 手术方法 在连续硬膜外麻醉或静脉复合麻醉下,骨折台上复位固定,大粗隆外侧切口。按三翼钉内固定操作步骤放置导针,直径 8.5 mm 的双头螺纹钉沿导针旋入,针尖位于关节面 1.0 cm 以内。用尾螺丝钉及垫板连接双头螺纹钉尾部和鹅头钢板颈部于恰当位置,依次用螺钉将钢板固定于股骨干外侧,最后拧紧各枚螺钉。

1.2.2 术后处理 术后穿丁字鞋,防止患肢外旋。24～48 h 即可坐起活动,防止发生肺部并发症及褥疮等。两周后在床上进行下肢伸屈活动,4 周后扶双拐下地活动,8～12 周患肢逐渐负重活动,其间不可做盘腿、侧卧或内收的动作。

2 结 果

随访 22 例,时间 3 月～3 年,骨折均愈合。骨折愈合时间平均 4.2(3.5～6)月,无松钉、断钉现象,亦无髋内翻畸形,髋关节功能好。

3 讨 论

股骨粗隆间骨折是老年人常见损伤,平均年龄较股骨颈骨折患者高 5～6 岁。由于粗隆部血运丰富,骨折后极少不愈合,但易发生髋内翻。高龄患者长期卧床引起并发症较多。治疗的关键在于: ①减少可危及生命的各种并发症; ②降低髋内翻的发生率。一般主张采用手术内固定治疗。本组在骨折复位后,采用双头螺纹加压螺钉,由于前头螺纹间距大,后头螺纹间距小,故旋入过程中可自动将骨折两断端互相靠拢加压,甚至达到嵌插,提高了骨折复位后的稳定性,同时断端的紧密接触,也缩短了骨愈合时间。由于钉上有螺纹,不易松动、退出或游走。双头螺纹钉与鹅头钢板间通过尾螺丝钉连接,其间有 130°～150°的调整范围,从而降低了手术操作难度,并可准确确定颈干角,防止髋内翻的发生。此方法取材方便,费用低廉,疗效可靠,易于基层推广运用。

[收稿日期] 2002 - 04 - 22, [修回日期] 2003 - 04 - 18

[作者简介] 谭永东,湖南省永州市第四人民医院医师。永州 425006

© 1994-2006 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net