



• 临床研究 •

亚临床破裂型肝细胞癌患者择期肝切除术的预后

何诗建 (石门县秀坪医院 湖南常德 415300)

摘要:目的 探究亚临床破裂型肝细胞癌患者择期肝切除术预后。方法 选取本院 2015 年 5 月-2016 年 5 月间收治的 42 例亚临床破裂型肝癌患者进行研究,依据有无出血分为破裂组与非破裂组,破裂组 11 例非破裂组 31 例,均行肝切除术治疗,观察两组患者临床特征与术后随访情况。结果 破裂组中,肝切除范围 > 1 段、手术切缘 < 0.5cm、出血量 $\geq 1000\text{ml}$ 、肿瘤直径 > 5cm,以上指标均较非破裂组高,差异存在统计学意义 ($P < 0.05$);随访时间为 2-81 个月,平均 (41.5 ± 2.5) 个月。破裂组死亡率 81.8%;非破裂组死亡率为 83.9%,两组患者大部分死于肝癌复发,死亡率比较无明显差异 ($P > 0.05$)。破裂组患者中位生存期为 8 个月,非破裂组为 24 个月,差异存在统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 亚临床破裂型肝细胞癌患者有着显著的临床特征,择期肝切除术后预后较差,需要进一步明确影响预后的独立因素。

关键词: 破裂型肝细胞癌 亚临床 肝切除术 预后

中图分类号: R735.7 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2017) 04-116-01

肝癌作为临床常见恶性肿瘤之一,发病率与病死率非常高。肝癌自发破裂较为少见,发生率为 2%-8% 左右,但却是造成肝癌患者死亡的直接因素,大多数肝癌自发破裂临床表现明显,包括突发性腹痛与休克,部分会出现亚临床出血,是指手术中意外发现的肿瘤旁局限性积血或者切除肿瘤表面覆盖物后出现肿瘤裂口,并没有急性出血表现。研究选取本院 2015 年 5 月-2016 年 5 月间收治的 42 例肝癌破裂型亚临床患者,探究择期肝切除术预后情况,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:随机选取本院 2015 年 5 月-2016 年 5 月间收治的 42 例亚临床破裂型肝癌患者作为此次研究对象,排除了肝癌破裂急性出血、胆管癌栓及具有导管动脉化疗栓塞 (TACE) 史的患者。将 42 例患者分为两组,依据是否出血分为破裂组与非破裂组,破裂组 11 例,非破裂组 31 例。破裂组中,男 8 例,女 3 例,年龄 51-66 岁,平均年龄 (58.5 ± 2.5) 岁,病程 1-4 个月,平均 (2.5 ± 1.2) 个月;对照组中,男 17 例,女 13 例,年龄 52-69 岁,平均年龄 (60.5 ± 2.8) 岁,病程 1-6 个月,平均 (3.5 ± 2.5) 个月。两组患者均签署了知情同意书,自愿接受研究,符合医学伦理学规定。

1.2 方法:两组患者均行肝切除术,术前依据肿瘤部位与肝储备功能选择切除方式。依据 Couinaud 分段,将段、相邻段联合切除的患者归为解剖性肝切除,肝段部分切除或者肝边缘切除为非解剖性肝切除^[1-2]。病理切缘阴性或者没有肉眼可见的残留病灶为完全切除 (P0),病理切缘阳性及肉眼可见病灶残留为非 R0。

1.3 观察指标:①观察两组患者临床特征,比较两组术中出血量、肝切除范围、肝切缘、肿瘤直径。②随访。两组患者均进行随访,术后 3 个月内进行随访,每月随访 1 次,后每 3 个月随访 1 次,通过随访观察两组存活情况、死亡原因。

1.4 统计学处理:使用 SPSS15.0 软件对计数资料进行统计分析,组间数据计量资料应用 t 检验,计数资料应用 χ^2 检验,检验标准为 0.05,以 $P < 0.05$ 表示有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床特征比较:破裂组中肝切除范围 > 1 段、手术切缘 < 0.5cm、出血量 $\geq 1000\text{ml}$ 、肿瘤直径 > 5cm,以上指标均较非破裂组高,差异存在统计学意义 ($P < 0.05$),详见下表 1。

表 1: 两组患者临床特征比较 (例)

组别	例数	术中出血量 (ml)	肝切除范围 (段)	肝切缘 (cm)	肿瘤直径 (cm)
破裂组	11	1250	3 段	0.3	5.2
非破裂组	31	850	1 段	1.0	4.8
χ^2		10.20	10.230	11.250	15.320
P		< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2 两组随访情况比较:随访时间 2-81 个月,平均 (41.5 ± 2.5) 个月。破裂组死亡 9 例,死亡率为 81.8%,非破裂组中死亡 26 例,死亡率为 83.9%,两组患者大部分死于肝癌复发,比较无明显差异 (P

> 0.05)。破裂组患者中位生存期为 8 个月,非破裂组为 24 个月,差异存在统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 讨论

当前,肝癌破裂的影响因素尚无准确定论,主要存在以下几种说法:肿瘤滋养动脉回流静脉出现破裂,也可能是肿瘤出现了创伤或者呼吸运动过度导致肿瘤出现破裂。此外,肿瘤内压力增大会使肝静脉回流出现障碍,从而出现破裂^[3-4]。还有研究显示^[5],肝癌破裂出血主要出现在病灶部位,与此部位门静脉高压症、肝癌坏死程度较高、肝癌直径较大等有关,静脉压增高与动静脉分流等因素均是肝癌压迫下的结果,这些因素均会造成肝癌破裂。肝癌破裂的临床表现为腹腔内急性出血,会直接导致失血性休克进而诱发肝衰竭,患者在出现这一表现后会有非常明显的腹痛感,剧烈腹痛伴有放射痛、腹胀等,甚至因此并发急性腹膜炎,临床表现有典型性,临床对肿瘤破裂急性出血的诊断也相对容易。但是依然有一些不典型的临床表现,进而容易造成误诊,与肝硬化程度有关,患者的症状与体征均无典型性,很多因上腹痛而住院,缺少主观的症状表现,需要在临床诊断时反复确认病史、认真体检,这是防止误诊与漏诊的关键。除了有右上腹疼痛以外,患者还会出现肝病面容、蜘蛛痣甚至黄疸等症状表现。鉴于肝癌破裂属于危险病症,如果治疗不及时或者处理不当容易出现腹水、脾大、贫血等危险病症,增加了治疗难度。此次研究结果显示,破裂组中肝切除范围 > 1 段、手术切缘 < 0.5cm、出血量 $\geq 1000\text{ml}$ 、肿瘤直径 > 5cm,以上指标均较非破裂组高,差异存在统计学意义 ($P < 0.05$),进一步证实了这一结论。肝癌破裂亚临床患者有着较差预后。此次研究结果显示,破裂组死亡 9 例,死亡率为 81.8%,非破裂组中死亡 26 例,死亡率为 83.9%,两组患者大部分死于肝癌复发,死亡率比较无明显差异 ($P > 0.05$)。破裂组患者中位生存期为 8 个月,非破裂组为 24 个月,差异存在统计学意义 ($P < 0.05$)。当前,对于肝癌破裂亚临床患者,大部分肝储备良好或者单一肿瘤情况下会选择手术切除,但如果血管癌栓或者肝储备不佳时需要手术治疗慎重选择,可以采取射频消融、靶向治疗等措施,从而获得更高的累积生存率,使预后得到改善。

综上所述,亚临床破裂型肝癌患者择期肝切除术预后较差,与很多因素有关,需结合患者疾病特征慎重选择肝切除术。

参考文献

- [1] 孔杰,吴力群.肝细胞癌破裂亚临床出血患者择期肝切除术后的生存预后分析[J].中华肝脏外科手术学电子杂志,2014,02:74-78.
- [2] 蔡雄.混合型肝细胞—胆管细胞癌发生机制及临床意义的研究[D].第二军医大学,2012.
- [3] 陈洁.BCLC-B/C 期肝细胞肝癌患者肝切除术生存受益评价及预后影响因素分析[D].广西医科大学,2014.
- [4] 汪超.肝细胞癌根治性切除术后早期复发影响因素分析[D].遵义医学院,2016.
- [5] 张东源.63 例肝细胞癌合并门静脉癌栓的临床治疗分析[D].山东大学,2013.