消化系统恶性肿瘤的临床病理研究

姚余菊*
湖北省利川市民族中医院，湖北 445400

摘　要：目的：研究分析消化系统恶性肿瘤的临床病理。**方法：**随机选取我院2017年4月~2019年4月收治的560例消化系统恶性肿瘤患者为对象，对所有患者做随访调查以及历史资料的回顾性分析，计算其生存期、生存率以及各项因素的关联研究。**结果：**消化系统恶性肿瘤死亡的患者中位生存期为10个月。1年内累计生存率为46.79%，10年内累计生存率为2.14%。Cox模型分析提示高龄为危险因素（OP = 1.352）；女性（OP = 0.593）、较早出现疼痛症状（OR = 0.620）以及进行手术治疗（OR = 0.606）为保护因素。**结论：**消化系统恶性肿瘤患者生存期比较短，且高龄为疾病独立危险因素，另外女性、早期出现疼痛症状以及手术治疗为疾病保护因素，各类因素具有较强的可预测性，对提高临床疗效具有良好效果。

关键词：消化系统；恶性肿瘤；生存率；危险因素；保护因素

一、前言

消化系统肿瘤逐渐成为了临床上肿瘤发病率的首位，且发病率和病死率比较高，对患者生活质量以及生命安全有着重大威胁。消化系统恶性肿瘤发病周期均比较长，为提高预后效果，必须要积极采取有效的预防，降低疾病对患者身体健康带来的不良影响[1]。随着生活习惯的改变，近年来消化系统恶性肿瘤发病率在逐年提高，为有效预防还需要加强对其病理的研究，总结发病原因与影响因素，积极采取科学方法进行预防。本次研究以我院收治的560例消化系统恶性肿瘤患者为对象，对消化系统恶性肿瘤临床病理特征进行了简单分析和总结，争取为预防工作提供一定支持。报告内容如下。

二、资料与方法

（一）一般资料

随机选取我院2017年4月~2019年4月收治的560例消化系统恶性肿瘤患者为对象，对所有患者做随访调查以及历史资料的回顾性分析。其中男性患者320例，女性患者240例，年龄33~82岁，平均年龄（46.38±3.46）岁，发病率最高的年龄阶段为60~80岁，其次为40~60岁，由此可知消化系统恶性肿瘤的发病率最高的为中老年人群，并且男性发病率要高于女性，分析是因为男性需要承受的生活压力更大，并且存在吸烟、酗酒等不良生活习惯等[2]。本研究均经过患者知情同意，并经过伦理委员会批准。

（二）方法

采取生存分析方法进行统计比较，包括起点时间、终点时间以及生存时间三个阶段。起点时间即患者确诊为消化系统恶性肿瘤的时间；终点时间即患者因疾病死亡的时间；生存时间即患者确诊后到因消化系统恶性肿瘤疾病死亡之间的时间，以自然月（30 d计算）为基本单位[3-4]。其中，对于失访、退出、终止等因素导致的结局，将其记录为截尾数据分析。

（三）观察指标与评价方法

应用乘积极限法（Kaplan-Meier）对所有患者生存率以及中位生存期进行计算。并应用时序进行单因素生存分析的非参数检验，通过比例风险模型中的Cox回归分析多因素对患者生存时间产生的影响[5]。检验水准$\alpha = 0.05$。

（四）统计学方法

文章数据用SPSS19.0软件处理，计量资料采用t检验，计数资料以χ^2检验。若$P < 0.05$，则有统计学意义。

***通讯作者：**姚余菊，1973年7月，女，土家族，湖北利川人，现任湖北省利川市民族中医院主治医师，本科。研究方向：女性生殖系统，消化系统及软组织病理。

三、结果

（一）患者发病情况

选取的560例消化系统恶性肿瘤患者中，男性共有380例（67.86%），女性共有180例（32.14%），性别比为2.1:1.0。年龄构成< 35岁共有8例（1.43%）、36~55岁共有145例（25.89%）、56~75岁共有325例（58.04%）、> 75岁共有82例（14.64%）。患者的肿瘤类型包括肝癌、肠癌、胃癌、食道癌以及胰腺癌，且男性与女性发病率排名的第一的分别为肝癌与胃癌[6]。如表1所示。

表1 患者消化系统恶性肿瘤构成[*n*(%)]

部位	男性患者			女性患者			合计		
	例数	构成比（%）	顺位	例数	构成比（%）	顺位	例数	构成比	顺位
肝癌	50	13.16	3	15	8.33	5	65	11.61	4
肠癌	48	12.63	4	56	31.11	1	104	18.57	3
胃癌	82	21.58	2	47	26.11	2	129	23.04	2
食道癌	142	37.37	1	19	10.56	4	161	28.75	1
胰腺癌	20	5.26	5	30	16.67	3	50	8.93	5
其他	38	10.00		13	7.22		51	9.11	
合计	380	100.00		180	100.00		560	100.0	

（二）生存关联分析

所有参与本次研究的560例患者中，截尾事件有55例（9.82%）。所有参与随访的患者，对应的终点时间患者生存期为10个月，平均生存期为18个月。对1年内累计生存率为46.79%，10年内累计生存率为2.14%。如表2所示。

表2 消化系统恶性肿瘤患者生存时长影响因素分析

项目	组别	例数	中为生存期（月）	平均生存期（月）	*P*
性别	男性	380	10	18.563	0.016
	女性	180	16	25.314	
年龄	< 35	8	13	31.068	< 0.01
	36~55	145	11	27.826	
	56~75	325	11	17.421	
	> 75	82	6	14.506	
文化水平	文盲	38	7	24.558	< 0.01
	小学	189	6	11.985	
	初中	256	14	26.534	
	高中	60	8	12.341	
	高中以上	17	18	23.153	
肿瘤类型	肝癌	50	6	10.386	< 0.01
	胃癌	82	8	14.912	
	食道癌	142	24	34.268	
	胰腺癌	20	12	24.102	
是否转移	是	492	11	21.864	0.001
	否	68	5	7.261	
是否手术	是	290	16	25.601	< 0.01
	否	270	8	15.923	
是否化疗	是	190	17	30.871	< 0.01
	否	380	6	15.421	
是否放疗	是	148	20	34.068	0.001
	否	412	8	17.296	
出现疼痛时间	< 1	68	6	9.176	0.027
	1~	370	8	18.865	
	6~	84	17	29.486	
	12~	38	29	12.037	

（三）生存时间分析

应用多因素回归分析确定，Cox模型分析提示高龄为危险因素（OP = 1.352）；女性（OP = 0.593）、较早出现疼痛症状（OR = 0.620）以及进行手术治疗（OR = 0.606）为保护因素。如表3所示。

表3 消化系统恶性肿瘤患者生存时长影响因素的Cox回归分析

变量	β值	Sx值	Wold值	P值	OR值	95%Cl	
						下限	上限
性别	–0.522	0.178	8.132	0.003	0.593	0.416	0.843
年龄	0.302	0.121	6.642	0.011	1.354	1.065	1.716
文化程度	0.002	0.078	0.002	0.926	1.002	0.856	1.172
肿瘤类型	0.078	0.146	2.786	0.123	1.078	0.943	1.658
是否转移	0.012	0.292	2.493	0.112	1.013	0.541	1.690
是否手术	–0.501	0.164	7.164	0.005	0.606	0.698	1.315
是否化疗	–0.193	0.182	1.142	0.283	0.826	0.575	1.176
是否放疗	–0.261	0.196	1.726	0.186	0.774	0.526	1.312
疼痛出现	–0.476	0.134	13.624	0.001	0.620	0.478	0.802

四、讨论

恶性肿瘤是威胁人类身体健康以及生命安全的重要疾病之一，具有较高的发病率与病死率。对于消化系统恶性肿瘤来讲，近年来随着生活习惯的变化，每年的发病人数在逐渐上涨，尤其是大肠癌、胃癌、肝癌、食道癌等，在所有恶性肿瘤的发病率中可以占到70%左右[7-8]。为提高消化系统恶性肿瘤临床疗效，必须要针对以往的临床资料和数据做进一步的研究分析，掌握疾病流行病学特征，为预防策略的制定提供指导依据，争取降低恶性肿瘤发病率。

（一）食道癌。主要发生于食管鳞状上皮或腺上皮部位，食管鳞状上皮增生为食道癌疾病发病的前兆，就临床资料来看，该疾病为临床上消化系统恶性肿瘤疾病中发病率的首位，在所有恶性肿瘤疾病中具有较高的死亡率。食道癌病变细胞多数为鳞状细胞，且多集中发生在食道的中段部位，多表现为单体发作，存在少部位为跳跃生长状态，患者发病后主要表现为吞咽困难，并且多数情况下患者就诊时疾病已经发展到中晚期阶段，影响预后效果[9]。

（二）胃癌。通过临床研究可知，胃癌多数是以组合的形式出现，多表现为多块肿瘤，以60岁以上的人群为主要发病对象。超过70%患者胃癌早期无特异病症，临床表现以腹部不适为主，在诊断时很容易与其他疾病混淆，失去最佳治疗时机[10]。当疾病发展到中后期阶段，患者会出现上腹部疼痛、肚胀、食欲下降以及呕血等临床症状。

（三）肝癌。患者发病后多表现为上消化道出血、肝癌破裂出血、肝肾衰竭等临床症状，病情严重者会引导肝性脑病死亡。目前对于肝癌发病机制尚未完全明确，临床上普遍认为其受多因素影响，且发病过程多步骤复杂性高，环境以及饮食对疾病的发病率影响较大。包括肝癌发病与乙型肝炎病毒和丙型肝炎病毒感染、饮水污染、黄曲霉素、酒精、肝硬化、亚硝胺类药物、性激素以及微量元素等相关。临床症状包括肝区疼痛、纳差、腹胀、消瘦、乏力、进行性肝大或上腹部包块等，部分患者还会表现出低热、黄疸、腹泻以及上消化道出血等症状[11]。另外，合并肝硬化的患者常用肝掌、蜘蛛痣、男性乳腺增大、下肢水肿等表现，可根据临床症状、影像学检查以及癌坯抗原检测等方法进行诊断。

（四）胰腺癌。胰腺癌作为典型的消化系统恶性肿瘤疾病，临床普遍认为其与多因素相关，包括：1. 生活因素。吸烟、酗酒、高脂肪、高蛋白饮食以及过量应用咖啡等不良习惯；2. 环境因素。生活工作所处环境存在不同程度的污染；3. 遗传因素[12]。就近年临床资料研究结果显示，糖尿病患者先比普通人群胰腺癌的发病率更高，且慢性胰腺炎患者与胰腺癌发病率有一定联系，发病率明显提高。胰腺癌患者多表现为腹痛、黄疸以及系列消化道症状，且腹痛为胰腺癌的主要症状，癌处于任何部位均会出现疼痛症状，而黄疸表现为进行性，虽然可以轻微波动，但是无法完全消退。消化道症状如恶心、呕吐、食欲不振、腹泻、便秘以及黑便等[13]。手术为临床主要疗法，对放疗敏感性较低，对于不具有手术指征的患者或者预防术后复发的患者，均可进行化学治疗，但是胰腺癌为一高度恶性肿瘤，预后极差。

本次研究以我院收治的560例消化系统恶性肿瘤患者为对象，对疾病临床病理特征进行分析，比较患者生存过程表现，分析判断影响患者生存时间的因素，判断疾病与各因素之间的关联性大小。根据本次研究结果来看，消化系统

恶性肿瘤死亡的患者中位生存期为10个月。1年内累计生存率为46.79%，10年内累计生存率为2.14%。Cox模型分析提示高龄为危险因素（OP = 1.352）；女性（OP = 0.593）、较早出现疼痛症状（OR = 0.620）以及进行手术治疗（OR = 0.606）为保护因素。

综上所述，为提高消化系统恶性肿瘤患者预后效果，延长其生存时间，可根据患者年龄与受教育程度对其进行知识宣教，提高其对疾病的重视程度，并促使其定期体检筛查意识的形成，做好前期预防工作，减低疾病发病率。

参考文献：

[1]尹婧婧.337例消化系统恶性肿瘤的临床病理分析[J].名医, 2018(06):44.

[2]王微.消化系统恶性肿瘤PET/CT显像及与血清PCNA、VEGF水平的相关性探讨[D].川北医学院, 2018.

[3]漆燕.南充市消化系统恶性肿瘤病理资料分析和HP1γ蛋白在胃癌中的表达及其临床意义研究[D].川北医学院, 2018.

[4]刘本刚,张帆,王建军,张建伟,李万刚,王继云.消化系统恶性肿瘤患者的生存时间以及相关因素的研究[J].实用预防医学, 2016,23(09):1107-1109.

[5]张媛,陶劲.消化系统恶性肿瘤的临床研究[J].中国实用医药, 2016,11(23):197-198.

[6]关雅萍,荣学东,张先欣,王宝成,王晓菲.肿瘤循环细胞在消化系统肿瘤中的研究进展[J].中华消化病与影像杂志(电子版), 2015,5(01):35-39.

[7]蔡凌旸.消化系统恶性肿瘤术后胃肠功能紊乱的中医理论研究[D].北京中医药大学, 2014.

[8]葛士标.消化系统恶性肿瘤临床病理分析[J].当代医学, 2013,19(14):52-53.

[9]葛建新,封革,王平.消化系统恶性肿瘤患者血浆D-二聚体的临床意义[J].现代中西医结合杂志, 2012,21(33):3717-3719.

[10]陈武军,龙裔宁.800例消化系统恶性肿瘤多重癌发生率的回顾性调查[J].中国现代医生, 2012,50(17):6-7.

[11]张世琼.997例消化系统恶性肿瘤统计分析[J].中外医疗, 2010,29(35):44+47.

[12]许珊,王湘.1446例消化系统恶性肿瘤构成分析[J].中国病案, 2009,10(11):36-37.

[13]孙祝生,郭建新.1237例消化系统恶性肿瘤统计分析[J].中国病案, 2009,10(03):46-47.