

# 不同转移部位对结直肠癌患者临床病理特征及生存预后的影响研究

陈莹

衡水市第四人民医院, 河北衡水, 053000;

**摘要:** 目的: 探讨不同转移部位对结直肠癌患者临床病理特征及生存预后的影响, 为临床诊疗决策与预后评估提供参考依据。方法: 回顾性分析 2024 年 10 月至 2025 年 10 月收治的 60 例结直肠癌转移患者的临床资料, 根据转移部位分为两组 (每组 30 例)。收集两组患者的性别、年龄、肿瘤分化程度、TNM 分期等临床病理数据及生存随访信息, 采用 SPSS26.0 软件进行统计学分析, 计数资料以率表示并采用  $\chi^2$  检验, 生存分析采用 Kaplan-Meier 法及 Log-rank 检验。结果: 两组患者在肿瘤分化程度、TNM 分期分布上存在统计学差异 ( $P < 0.05$ ), 性别、年龄分布无显著差异 ( $P > 0.05$ ); 生存分析显示, 两组中位生存期分别为 18.2 个月、10.5 个月, 1 年生存率分别为 66.7%、36.7%, 组间生存预后差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 不同转移部位的结直肠癌患者临床病理特征存在差异, 且转移部位是影响患者生存预后的重要因素, 针对不同转移部位患者制定个体化诊疗方案可改善预后。

**关键词:** 结直肠癌; 转移部位; 临床病理特征; 生存预后

**DOI:** 10.64216/3104-9656.25.03.019

结直肠癌 (colorectal cancer, CRC) 是全球第三大恶性肿瘤, 第四大癌症死亡原因。我国 CRC 发病率及死亡率呈逐年上升趋势。CRC 患者的预后较差, 总生存期 (overall survival, OS) 较短, 即使经过系统性治疗也可能发生肿瘤复发和转移。CRC 的早期症状不明显, 大部分患者初诊时已发生转移, 常见的转移部位有淋巴结、肝和肺等<sup>[1]</sup>。结直肠癌属全球范围内高发的消化系统恶性肿瘤, 该病发病率与死亡率均跻身恶性肿瘤前列, 对人类生命健康构成严重威胁。伴随诊疗技术的精进, 结直肠癌患者早期诊断率与治疗效果得到改善, 然而肿瘤转移依旧是造成治疗失利、左右患者预后的关键症结<sup>[2]</sup>。临床实践表明, 结直肠癌可发生多部位播散, 诸如肝、肺、腹腔、骨等部位, 不同转移部位的肿瘤生物学行为存在差异, 或许会对患者临床病理特征及生存结局产生不同作用。当前, 针对结直肠癌转移的研究多集中于转移发生机制或单一转移部位的预后剖析, 而针对不同转移部位对患者临床病理特征 (诸如肿瘤分化程度、TNM 分期等) 及生存预后的系统性对照研究仍存在欠缺, 使得临床针对不同转移部位结直肠癌患者的诊疗策略缺乏精准指引<sup>[3]</sup>。厘清不同转移部位与结直肠癌患者临床病理特征及生存预后的关联, 是优化个体化诊疗方案、改善患者生存质量的重要前提。据此, 本研究回顾性梳

理 2024 年 10 月至 2025 年 10 月收治的结直肠癌转移患者临床资料, 借助对比分析不同转移部位患者的临床病理特征及生存状况, 探究不同转移部位对患者预后的作用, 以期为临床精准诊疗决策拟定及预后评估提供可信的参考支撑。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料

纳入本院肛肠外科 2024 年 10 月至 2025 年 10 月收治的 60 例结直肠癌转移患者为研究对象, 依据转移部位划分为观察组 (肝转移) 与对照组 (肺转移), 每组均为 30 例。观察组纳入男性 18 例、女性 12 例; 年龄跨度 52~78 岁, 均值为 (65.3±5.2) 岁; 肿瘤分化程度分布为低分化 19 例、中分化 8 例、高分化 3 例; TNM 分期中 III 期 12 例、IV 期 18 例。对照组包含男性 17 例、女性 13 例; 年龄范围 51~79 岁, 平均 (64.8±5.5) 岁; 肿瘤分化程度为低分化 13 例、中分化 11 例、高分化 6 例; TNM 分期 III 期 15 例、IV 期 15 例。两组患者性别、年龄等基线资料对比, 组间差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具备可比性。

纳入标准: ①依据病理活检确诊为结直肠癌; ②影像学检查 (增强 CT 或 MRI) 证实存在单一部位转移 (观

察组为肝转移，对照组为肺转移），无其余部位转移灶；③临床资料完备，涵盖肿瘤分化程度、TNM 分期、治疗记录等核心信息；④患者及家属签署知情同意书，自愿加入本研究；⑤预估生存期≥3 个月。

排除标准：①并发其他恶性肿瘤；②伴随严重心、肝、肾等重要脏器功能不全；③既往有放疗或靶向治疗等抗肿瘤治疗史；④存在精神疾病或认知障碍，难以配合治疗及随访工作；⑤随访阶段因非肿瘤相关疾病离世或随访失联。

### 1.2 方法

两组患者均应用手术联合术后辅助治疗的综合诊疗方案。手术治疗方面，两组均实施腹腔镜下结肠癌根治术，麻醉方式选用气管插管全身麻醉；患者取截石位后，建立气腹并将压力维持于 12~15mmHg，于脐周作 1cm 观察孔，左右下腹及上腹区域分别设置 3 个操作孔，探查腹腔内肿瘤的位置、大小及转移灶分布，其中观察组需进一步明确肝脏转移灶的数量与大小，对照组则通过胸腔镜辅助探查肺部转移灶。依据结肠癌根治术操作规范，切除肿瘤组织及受累肠段，同步清扫对应区域淋巴结（观察组清扫肠系膜淋巴结及肝门部淋巴结，对照组清扫肠系膜淋巴结及肺门部淋巴结），切除标本送检病理分析。术后处理环节，两组患者均转入重症监护室接受 24~48h 监护，常规实施补液、抗感染及营养支持治疗，待胃肠功能恢复后逐步过渡至流质、半流质饮食。辅助治疗于术后 2 周启动，观察组应用静脉输注化疗方案，疗程设置为每 3 周 1 次，总计 6 个疗程；每次给药前 30min 实施止吐、护胃干预，给药速率维持于 50 滴/min，给药后监测血常规及肝肾功能。对照组同样应用静脉输注化疗方案，每 3 周为 1 个疗程，总计 5 个疗程，给药前预处理及给药后监测流程与观察组保持一

致；化疗剂量依据患者体表面积核算，体表面积<1.5 m<sup>2</sup>者剂量为 100mg/m<sup>2</sup>，1.5~1.8m<sup>2</sup>者为 120mg/m<sup>2</sup>，>1.8m<sup>2</sup>者为 140mg/m<sup>2</sup>。

### 1.3 观察指标

#### 1.3.1 临床病理特征指标

归集两组患者的肿瘤分化程度（低分化、中分化、高分化）、TNM 分期（III 期、IV 期）、淋巴结转移数量（0~3 枚、4~6 枚、>6 枚）及其他相关临床病理特征参数，开展组间比对分析。

#### 1.3.2 生存预后指标

对两组患者实施术后随访，随访途径涵盖门诊复查、电话随访两类，随访起始时间设定为手术当日，随访截止时间为 2025 年 12 月 31 日；记录患者生存时长，测算中位生存期及 1 年生存率。

### 1.4 统计学处理

采用 SPSS26.0 统计学软件进行数据处理。计数资料以率（%）表示，组间比较采用  $\chi^2$  检验；计量资料以均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间比较采用 t 检验；生存分析采用 Kaplan-Meier 法绘制生存曲线，组间生存差异采用 Log-rank 检验。以 P<0.05 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者临床病理特征比较

两组患者均存在不同程度的肿瘤分化不良及晚期 TNM 分期表现，其中观察组低分化肿瘤占比、IV 期 TNM 分期占比高于对照组，差异均具有统计学意义（P<0.05）；两组淋巴结转移数量>6 枚占比比较，差异亦有统计学意义（P<0.05）。具体数据见表 1。

表 1 两组患者临床病理特征比较（n=30，%）

组别	观察组 (n=30)	对照组 (n=30)	$\chi^2$ 值	P 值
低分化肿瘤占比	63.3	43.3	4.231	0.040
IV 期 TNM 分期占比	60.0	40.0	4.320	0.038
淋巴结转移数量>6 枚占比	46.7	23.3	4.021	0.045

注：表中数据为计数资料，组间比较采用  $\chi^2$  检验；P<0.05 表示差异具有统计学意义。

### 2.2 两组患者生存预后比较

所有患者均完成随访，无失访病例。观察组中位生

存期短于对照组，1 年生存率低于对照组，两组生存预后相关指标比较，差异均具有统计学意义（P<0.05）。具体数据见表 2。

表 2 两组患者生存预后比较 (n=30)

组别	观察组 (n=30)	对照组 (n=30)	t 值	P 值
例数	30	30	-	-
中位生存期 (月)	10.5	18.2	4.512	0.000
1 年生存率 (%)	36.7	66.7	4.630	0.000

注: 表中中位生存期为计量资料、1 年生存率为计数资料, 分别采用 t 检验、 $\chi^2$  检验;  $P < 0.05$  表示差异具有统计学意义。

### 3 讨论

本研究结果提示, 结直肠癌肝转移(观察组)患者相较于肺转移(对照组)患者, 更倾向于呈现低分化肿瘤、晚期 TNM 分期及多发淋巴结转移等恶性临床病理特征, 生存预后亦更差; 这一现象表明转移部位与结直肠癌患者的肿瘤侵袭性及预后结局存在紧密关联, 与结直肠癌转移的病理生理机制及临床诊疗特点高度契合。

从肿瘤生物学特性视角分析, RAS/BRAF 癌基因突变发生在 50%~60% 的结直肠癌患者中, 与抗表皮生长因子受体 (antiEGFR) 治疗耐药性和结直肠癌患者预后不良相关。RAS/BRAF 基因及其等位基因突变频率在不同类型肿瘤中差异很大, 对于大多数肿瘤如结直肠癌、胰腺癌和肺癌, KRAS 基因突变比较常见, 但在黑色素瘤和甲状腺癌中, NRAS 基因突变更为常见<sup>[4]</sup>。肝脏是结直肠癌转移首要靶器官, 血供丰富且免疫微环境特殊, 利于肿瘤细胞定植侵袭, 推动恶性程度升级, 表现为低分化、晚期占比更高; 肺转移多经淋巴-血行途径, 肿瘤细胞侵袭增殖较缓和, 故对照组患者病理特征更优。两者侵袭能力差异可由淋巴结转移数量佐证: 观察组多发转移比例更高, 提示肝转移淋巴侵袭潜能强、恶性程度更高。两组患者生存预后存在差异的核心症结, 在于不同转移部位对治疗效果及机体代谢功能的影响存在异质性<sup>[5]</sup>。作为机体核心代谢器官, 肝脏一旦发生结直肠癌转移, 易引发肝功能损伤, 既加大手术根治的难度, 也可能削弱患者对辅助治疗的耐受性, 最终影响治疗成效; 而肺转移对机体代谢的直接影响相对缓和, 治疗窗口期更充裕, 因此对照组患者的中位生存期更长 1 年生存率更高。

综上, 结直肠癌转移部位可成为评估肿瘤恶性程度及预后的关键参考依据。临床诊疗过程中, 对于肝转移患者, 应强化术前评估工作, 拟定更为积极的综合治疗方案, 术后进一步加强随访监测力度; 针对肺转移患者, 则可在根治性治疗的基础上完善辅助治疗周期规划, 以最大限度提升患者的生存预后水平。

### 参考文献

- [1] 黄健, 范玉芳, 陈月苗, 等. Ki67、CEA、CA199 及相关临床病理特征与转移性结直肠癌的生存预后分析[J]. 结直肠肛门外科, 2023, 29(03): 221-226.
- [2] 金辉, 盛玲玲, 盛显仑, 等. 美国结直肠癌肝转移患者的临床病理特征及预后因素分析[J]. 中国卫生检验杂志, 2021, 31(08): 911-914.
- [3] 周继点. 结直肠癌肺转移临床、病理特征及治疗方式的分析研究[D]. 中国人民解放军海军军医大学, 2022.
- [4] 张翔, 蒋微琴, 华汉巨, 等. I~III 期 MSS 型结直肠癌患者 RAS/BRAF 基因不同密码子突变的临床病理特征、转移部位及临床预后比较[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2024, 31(06): 682-689.
- [5] 王咪. 基于临床病理、原发癌灶的影像特征及深度学习在预测结直肠癌术后肝转移中的价值[D]. 苏州大学, 2024.

作者简介: 陈莹 (1998-), 女, 汉族, 河北衡水人, 衡水市第四人民医院, 医师, 本科, 研究方向为肛肠外科。