

文章编号:1005-6947(2004)04-0282-03

· 临床研究 ·

胃大部分切除术后残胃癌 19 例临床分析

刘栋才, 李永国, 苗雄鹰, 周建平, 李铁钢

(中南大学湘雅二医院 普外科, 湖南 长沙 410011)

摘要: **目的** 探讨残胃癌的早期诊断方法和手术处理方式。**方法** 对 19 例残胃癌的临床病理资料进行回顾性分析, 比较胃镜和钡餐对残胃癌的诊断价值。观察根据术中探查情况采取不同手术方式对预后的影响。**结果** 胃镜对残胃癌的诊断率为 78.9%, 钡餐为 47.4%。手术切除的 8 例中根治性残胃切除 5 例均存活 ≥ 3 年; 姑息性切除的 3 例, 术后存活 2 年 2 例, 18 个月 1 例。行胃空肠吻合 6 例中 4 例于 6 个月内死亡, 2 例分别存活 12.5 个月和 14 个月。5 例腹腔内广泛转移者仅行肿块活检术。**结论** 胃镜对残胃癌的诊断价值优于钡餐。根治性残胃切除患者预后较好。

关键词: 胃肿瘤/外科学; 胃切除术; 胃肿瘤/继发性

中图分类号: R735.2; R656.61 **文献标识码:** A

Gastric remnant cancer developed after subtotal gastrectomy: a report of 19 cases

LIU Dong-cai, LI Yong-guo, Miao Xiong-ying, ZHUO Jian-ping, LI Tie-gang

(Department of General Surgery, The Second Xiangya Hospital, Central South University, Chongsha 410011, China)

Abstract: **Objective** To investigate the earlier diagnostic methods and operative procedures of gastric remnant cancer. **Methods** Clinicopathologic data of 19 cases of gastric remnant cancer were retrospectively analysed, and the diagnostic value of the gastroscopy and barium meal was compared. Influencing the prognosis of gastric remnant cancer treated by different operations according to the situation seen during operation were observed.

Results The diagnostic rate of gastroscopy and barium meal was 78.9% and 47.4%, respectively. All the 5 cases who underwent radical remnant gastrectomy survived ≥ 3 years postoperatively. Two of the 3 cases who underwent palliative remnant gastrectomy survived 2 years and 1 alived 1.5 years postoperatively. In 6 cases of gastrojejunostomy, 4 cases died within half year, 2 cases died 12.5 and 14 months postoperatively.

Conclusions The diagnostic value of gastroscopy takes advantage over barium meal examination. The patients who treated by radical remnant gastrectomy have better prognosis.

Key words: STOMACH NEOPLASMS/surg; GASTRECTOMY; STOMACH NEOPLASMS/second

CLC number: R735.2; R656.61 **Document code:** A

残胃作为一种特殊的癌前状态已日益受到关注。过去认为早期胃切除可以防止消化性胃溃疡恶变, 而将胃大部分切除作为治疗消化性溃疡及其并发症的主要手段。然而, 大量资料^[1,2]显示, 胃切除使残胃癌呈增高趋势, 其发生率为 0.6% ~ 21.4%。笔者对 1982 ~ 2002 年收治的 19 例残胃癌病例进行回顾性分析, 报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

男 14 例, 女 5 例。年龄 41 ~ 79 (平均 67.5) 岁。病程 3 个月至 2 年, 平均 6 个月。首次手术均为胃大部分切除 (毕 II 式 16 例, 毕 I 式 3 例), 其中胃溃疡 12 例, 十二指肠溃疡 5 例, 复合性溃疡 2 例。临床表现: 上腹不适、腹痛、胸骨后烧灼感及其他消化道症状如恶心、呕吐、反酸、嗝气、黑便等; 晚期病例则表现为贫血、消瘦和恶液质。残胃癌发

收稿日期: 2003-06-03; 修订日期: 2003-12-05。

作者简介: 刘栋才 (1964-), 男, 湖南长沙人, 中南大学湘雅二医院副主任医师, 博士, 主要从事消化系肿瘤的临床与实验方面的研究。

现时间为术后10~35年,其中10~15年5例,16~20年11例,21~25年3例。

1.2 辅助检查

本组19例术前均常规行胃镜检查,经活检证实为残胃癌15例(78.9%);19例术前均行消化道钡餐检查,仅9例诊断为残胃癌(47.4%)。

2 治疗及结果

2.1 治疗方法

19例均经手术治疗,包括根治性残胃全切除3例,其中2例行左上腹部联合脏器切除(胰体尾和脾脏);2例行根治性残胃远端大部分切除,残胃空肠吻合术;3例行姑息性切除;6例因吻合口处肿块巨大,不能切除,仅行输出袢短路吻合术加空肠造瘘;5例因腹腔内广泛转移仅行肿块活检术。

2.2 术中所见及病理报告

病灶位于吻合口偏小弯侧13例,并伴不同程度的输入和/或输出袢梗阻;4例累及整个胃;2例为早期残胃癌,病灶局限于残胃黏膜层内。4例为黏液腺癌,12例为低分化腺癌,3例为印戒细胞癌。除2例早期残胃癌无癌转移外,余均有不同程度的区域淋巴结转移,其中5例伴腹腔内广泛转移。

2.3 治疗结果

本组19例中手术切除8例,切除率为42.1%。无手术死亡。根治切除者5例中,3例残胃全切除者(其中2例行左上腹部联合脏器切除),术后生存3年2例,5年1例,2例残胃大部分切除术后生存均为3年。3例姑息性切除病例,术后生存2年2例,18个月1例。6例短路吻合术加空肠造瘘术中,2例术后生存分别为12.5个月和14个月,余均在术后半年内死亡。

3 讨论

胃与十二指肠溃疡手术后残胃癌的发生率无明显差别,但与首次手术方式有关^[2,3]。胃次全切除术后作毕氏Ⅱ式和单纯胃空肠吻合术者比毕氏Ⅰ式者更易发生残胃癌。残胃癌的好发部位是吻合口或其附近的黏膜,亦可弥漫发生于整个残胃。一般认为,胃手术后15年内,残胃癌的发生率较低,而术后15年以后,发生率逐渐增高^[4]。其发病机制尚不清楚,可能与下列因素有关^[2~6]:(1)胃切除后,胃与十二指肠之间的“阀门”——幽门括约

肌功能丧失,胆汁及胰液反流入胃,消化液中的胆酸盐及卵磷脂盐可破坏胃黏膜屏障,使胃黏膜充血、水肿、糜烂,引起残胃发生萎缩性胃炎。萎缩性胃炎是胃癌癌前病变之一,胆汁中的胆酸盐本身也有致癌作用。(2)胃切除后,分泌胃酸的细胞减少,胃酸缺乏导致细菌趁机繁殖,助长致癌物质如亚硝胺的形成。(3)胃黏膜神经调节失控及幽门螺杆菌感染。(4)胃黏膜细胞激素环境的改变。(5)胃手术后的瘢痕,甚至不吸收缝线的刺激,亦可能是发生残胃癌的原因之一。

残胃癌临床上无特殊症状,因而给早期诊断和治疗带来困难。凡胃和十二指肠溃疡手术后10年以上出现以下情况者需警惕残胃癌的可能,应及时到医院检查:(1)突然出现胃病症状并进行性加重。(2)上腹部出现无规律的烧灼样疼痛或饱胀感,可伴有消瘦、消化不良、嗝气等症状。(3)出现不明原因的贫血、大便潜血试验反复阳性,或突然呕血、解柏油样大便。(4)出现不明原因的呕吐或吞咽困难,要仔细查明原因。钡餐和胃镜是诊断残胃癌的主要手段。但由于残胃失去了正常的解剖结构和生理功能,X线钡餐造影检查常可遗漏较小的病灶。本组19例钡餐检查中,仅9例诊断为残胃癌(47.4%)。胃镜检查可对可疑部位的黏膜进行活检,是诊断残胃癌的主要方法,但由于早期残胃癌、残胃炎和吻合口溃疡等在胃镜下亦难区分,活检时又受取材部位及取材深度等因素影响,故可致残胃癌漏诊。本组中15例通过胃镜及活检确诊,诊断符合率为78.9%。由于残胃癌大多发生在胃大部分切除术后10~15年,因此对曾行胃大部分切除的病例应定期进行胃镜检查,无症状者术后第10~15年开始进行每年1次的胃镜检查,对有异型增生等可疑病例应每半年检查1次,对可疑之处行多处活检,并追踪观察。

大多数残胃癌发现时已属中晚期,切除率低。姚育修^[7]报道切除率为30%~50%。本组19例中8例行切除术,切除率为42.1%(8/19)。笔者认为,一旦发现残胃癌,应积极手术。其术式选择应根据残胃癌发生的部位、病程的早晚及浸润的范围而定。大多数学者主张不论肿瘤发生的部位和病变大小,宜将癌肿周围淋巴结连同残胃整块切除。若肿瘤侵犯胰腺,结肠及其系膜仍要争取切除。若癌灶能完全切除,则预后较好。其理由是:

(1) 残胃癌就诊时病变范围广, 整个残胃均有发生残胃癌的可能; (2) 残胃黏膜癌变多呈散发或多灶性; (3) 手术器械与技巧的改进和支持治疗的完善, 全胃切除或联合多脏器切除术后病死率和并发症发生率均较低。Pointner^[8] 报告, 15 例残胃癌行全胃切除术后, 平均随诊 4 年, 无 1 例复发。本组 5 例根治性残胃切除病例, 术后存活均超过 3 年, 3 例姑息性切除病例, 术后存活 2 年 2 例, 18 个月 1 例。胃切除术后残胃正常的淋巴通道被破坏以及瘢痕的阻隔, 残胃癌 I, II 期预后较好, III, IV 期则预后较差。

参考文献:

[1] 陈尔东. 胃癌外科治疗的实践(增订本)[M]. 贵阳: 贵州出版社, 1992. 285-291.

- [2] 何尔斯泰, 房学东. 残胃癌[J]. 中国实用外科杂志, 1997, 17(12): 750-752.
- [3] Pointer R, Schwab G, Konigsrainer A, et al. Early cancer of the gastric remnant[J]. Gut, 1998, 29(3): 298.
- [4] Zhang Y, Tokunaga A, Masuda G, et al. Surgical treatment of gastric remnant - stump cancer[J]. J Nippon Med Sch, 2002, 69(5): 489-493.
- [5] Kato T, Motoyama H, Akiyama N. Helicobacter pylori infection in gastric remnant cancer after gastrectomy[J]. Nippon Rinsho, 2003, 61(1): 30-35.
- [6] Kondo K. Duodenogastric reflux and gastric stump carcinoma[J]. Gastric Cancer, 2002, 5(1): 16-22.
- [7] 姚育修. 残胃癌[J]. 普外临床, 1990, 5(5): 295.
- [8] Pointner R, Wetscher GJ, Gadenstter M, et al. Gastric remnant cancer has a better prognosis than primary gastric cancer[J]. Arch Surg, 1994, 129(6): 615-619.

文章编号: 1005-6947(2004)04-0284-01

· 病例报告 ·

慢性真菌及放线菌性肝脓肿 1 例

谭胜, 陈基黎, 刘旭伟

(新疆农六师医院 外科, 新疆 五家渠 831300)

关键词: 肝脓肿/继发性; 放线菌目感染; 肝脓肿, 真菌性; 病例报告

中图分类号: R575.4

文献标识码: D

患者 男, 63 岁。因右上腹间歇性疼痛 5 个月入院。体查: 腹平, 肝未触及, 肝区无叩击痛, 白细胞 $9.0 \times 10^9/L$, 中性 0.68。B 超示: 距第二肝门右侧约 25 mm 处探及 $55 \text{ mm} \times 49 \text{ mm}$ 大小囊性占位。考虑为右肝叶包虫病。CT 示: 右肝第 VIII 段见约 $6 \text{ cm} \times 8 \text{ cm}$ 低密度影, 考虑为右肝叶第 VIII 段包虫病。术前诊断: 右肝叶包虫病。术中见位于右肝叶第 VIII 段距第二肝门约 3 cm 处有一约 $6 \text{ cm} \times 6 \text{ cm}$ 大小囊肿, 囊

壁质硬, 呈灰白色, 厚约 0.5 cm, 针刺抽吸未抽出清亮透明囊液, 仅抽吸出少量黄色颗粒样物, 剪开囊壁, 见囊腔内黄色颗粒样物大量, 直径约 0.1 mm, 未见透亮囊壁组织, 行囊内容物摘除术, 术后诊断: 右肝叶囊肿包虫待排。病理报告: 混合性隐球菌及放线菌性慢性脓肿, 脓肿壁有广泛钙化。

讨论 肝脓肿通常都是继发的, 临床常见的有细菌性和阿米巴肝脓肿, 真菌性或放线菌性肝脓肿临床罕见, 而两者混合感染所致更属罕见。隐球菌常侵犯中枢神经系统及肺部, 其在损害组织内表现为球形或卵圆形厚壁孢子, 直径 $4 \sim 12 \mu\text{m}$, 常形成慢形肉芽肿, 放线

菌病是由感染以色列放线菌而引起的伴随脓肿形成的慢性肉芽肿过程, 病程数月或数年, 人体的感染门户为齿龈或口腔黏膜破损处。肝放线菌的感染源多为阑尾或大肠的放线菌病, 霉菌经由门静脉血而侵入肝内, 肝内病灶多为单发性, 但由于肝内又可经门静脉分支转移, 故多为多发性, 病灶大小不等, 病灶呈较硬的黄色结节, 内含蜂窝状脓肿, 脓汁中含有黄色小颗粒, 即菌丛, 放线菌颗粒系由放线菌菌丝聚合成的团块, 直径可达 $300 \sim 400 \mu\text{m}$, 因而肉眼可以看到, 即所谓的硫黄色颗粒。本例肝慢性脓肿由隐球菌和放线菌混合感染所致, 实为罕见。

收稿日期: 2003-07-02。

作者简介: 谭胜 (1971-) 男, 四川仪陇人, 新疆农六师医院主治医师, 主要从事普通外科临床方面的研究。