

文章编号:1005-6947(2004)04-0298-02

· 简要论著 ·

胃癌行全胃切除术后疗效的评价

康安定, 吴飞跃

(湖南省肿瘤医院 腹外二科, 湖南 长沙 410006)

摘要:对近10年来行全胃切除治疗胃癌71例临床资料进行回顾性分析。结果示71例中行根治性全胃切除59例,姑息性全胃切除12例。术后总的1,3,5年生存率为70.3%,40.6%,12.5%,12例姑息性手术患者仅1例生存超过2年。术后3个月平均体重下降7.1kg,仅7.8%患者能恢复普食。2例间置空肠代胃术患者术后无反流及倾倒综合征。提示姑息性全胃切除术手术效果差,临床分期及分化程度均影响预后。

关键词:胃肿瘤/外科学;胃切除术

中图分类号:R735.2;R656.61

文献标识码:B

全胃切除术是治疗胃癌的重要手段,但对手术的价值、消化道重建术式及术后生活质量评价等问题,意见尚不一致。我院1993~2002年行全胃切除术治疗胃癌71例(包括残胃癌切除术14例),现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

71例中男42例,女29例。年龄22~72岁,中位年龄47岁。

1.2 手术方式

根治性手术59例(83.1%),姑息性手术12例(16.9%)。包括:(1)首次行全胃切除术57例,其中食道空肠端侧吻合加空肠间Braun吻合术48例,空肠“P”袢代胃术5例,食道空肠Roux-en-Y吻合术2例,间置空肠代胃术2例。(2)残胃全切除术14例,其中空肠“P”袢代胃术9例,食道空肠Roux-en-Y吻合术3例,食道空肠端侧吻合加空肠间Braun吻合术2例。合并脏器切除情况:合并脾切除6例(8.5%),胰尾加脾切除6例(8.5%),肝左外叶切除2例(2.8%)横结肠切除3例(4.2%),小肠切除2例(2.8%)。

2 结果

2.1 术后病理

高分化腺癌1例,中分化腺癌5例,中-低分化腺癌6例,低分化腺癌42例,低-未分化腺癌4例,未分化腺癌3例,黏液细胞癌10例。

2.2 淋巴结转移情况

N₀ 13例,N₁ 25例,N₂ 27例,N₃ 6例。肿瘤浸润深度:T₁ 1例,T₂ 5例,T₃ 43例,T₄ 22例。TNM分期:I期2例,II期9例,III期38例,IV期22例(包括远处转移10例)。

2.3 手术并发症

术后吻合口瘘2例(1例为食道空肠吻合口瘘,1例为合并横结肠切除后横结肠瘘。),予以禁食、抗炎、静脉营养治疗后瘘口愈合。心血管并发症1例,膈下积液2例,肠粘连并肠梗阻3例,切口感染1例。手术后第2天1例死于术后出血。

2.4 随访

本组获随访64例,失访7例,随访率90.1%,随访期限1~9年。

2.4.1 远期并发症 反流性食道炎41例(50例食道空肠吻合加空肠间Braun吻合术后36例发生反流,14例“P”袢代胃术后1例发生返流)倾倒综合征13例(50例食道空肠吻合加空肠间Braun吻合术后10例发生倾倒,2例间置空肠代胃术后均未发生倾倒综合征。)

2.4.2 术后进食情况 随访64例患者,术后每餐能进食50~150g半流食者有34例(53.1%),进流质为主者有19例(29.7%),能进普食者5例(7.8%),基本不能进食者6例(9.4%)。

收稿日期:2003-06-17; 修订日期:2003-09-25。

作者简介:康安定(1975-),男,湖南双峰人,湖南省肿瘤医院住院医师,主要从事普外科临床方面的研究。

2.4.3 术后体重变化 71例患者入院时平均体重53kg,出院时平均体重50.5kg,平均下降2.5kg,术后3个月体重较术前平均体重下降7.1kg。

2.4.4 生存率 根治术和姑息性手术的1,3,5年生存率分别为78.6%(44/56),46.4%(26/56),14.3%(8/56)和12.5%(1/8),0%(0/8)。I,II,III,IV期患者5年生存率分别为100%(2/2),42.8%(3/7),5.9%(2/34),4.8%(1/21)。显示I,II期尤其是I期患者愈后明显好于III,IV期患者。 N_0, N_1, N_2, N_3 期患者5年生存率分别为40.4%(4/10),13.6%(3/22),3.8%(1/26),0%(0/6)。显示淋巴结转移距原发灶越远预后越差。高分化或中分化腺癌5年生存率83.3%(5/6),低分化或未分化癌5年生存率4.4%(2/45),其他类型5年生存率7.7%(1/13),提示高分化或中分化腺癌患者愈后好于低分化或未分化癌患者。

3 讨论

手术切除至今仍是公认的治疗胃癌的最重要的方法,而根治术切除对改善起重要的作用。国内报道姑息性手术后5年生存率为5.9%^[1]。本组根治性手术5年生存率15.1%(8/53);12例姑息性手术除1例失访外,其余11例无1例生存期超过5年,仅1例生存超过2年。接受姑息性全胃切除术患者均为临床III,IV患者,病理类型往往是低分化或未分化癌,生物学行为均为浸润性生长,且常累及全胃,引起梗阻,对这部分患者,如果不能实施切除手术,则胃肠吻合亦难以完成,所以临床上往往是被迫实施姑息性全胃切除。

术后营养维持是全胃切除后的主要问题之一。本组术后能进普食者仅为7.8%,有29.7%患者能进食流质,9.4%患者基本不能进食。术后3个月平均体重较术前平均下降7.1kg。随访术后绝大多数患者死前均处于营养衰竭状况。说明全胃切除术后营养状况受到很大影响。有作者^[2]提出,胃癌全胃切除术后不少患者并非死于癌复发,而是死于营养不良。全胃切除术后营养状况下降,归因于食物摄取不足及消化道吸收不良两种因素。

前者主要是食物储器的丧失与反流性食道炎等;后者主要是由于胃消化酶丧失,原发性或继发性胰腺外分泌功能不全,上段小肠排空过快^[3],胆胰同步化以及上段小肠细菌过度繁殖等原因所致。除了营养问题外,不少患者还可发生倾倒综合征等症状,也严重影响患者的生活质量^[4]。故作者认为应尽快研制患者乐于接受的全营养配方以改善全胃切除术后患者的营养。

全胃切除后消化道重建术式迄今已有60多种,哪种方式好,尚无定论。理想的重建方式应符合:(1)术式简单、安全;(2)能维持食物的正常生理通道,有代胃储存功能;(3)较少发生近期和远期并发症。根据本组经验,作者认为“P”袢代胃术和Roux-en-Y吻合术可有效防止反流性食道炎,但仍有不少患者发生倾倒综合征。而间置空肠代胃术与Roux-en-Y吻合法(或“P”袢代胃术)相比,可有效防止倾倒症状,但对于改善术后营养状况与前者无显著差异^[5,6],是目前较理想的术式。其缺点是吻合比较繁杂,术后发生吻合口瘘机会较大。本组病例较少,尚难以结论。

本组资料显示临床分期、淋巴结转移及病理类型均是影响胃癌行全胃切除后预后的重要因素。

参考文献:

- [1] 张建中,卢辉山,黄昌明,等. 615例胃癌行全胃切除术的远期疗效[J]. 中华胃肠外科杂志,2002,5(1):13-16.
- [2] Saidi F, Keshoofy M, Abbassi-Dezfuli A, et al. A new approach to the palliation of advanced proximal gastric cancer[J]. J Am Coll Surg, 1999, 189(3):259-268.
- [3] 田怀泉,王益明,邓军. 胃上部癌行全胃切除及间置环型空肠代胃术157例[J]. 蚌埠医学院学报,2000,25(6):395-397.
- [4] 李荣. 胃癌全胃切除术及重建术式的选择[J]. 中国实用外科学杂志,2001,21(1):25-27.
- [5] 罗云生,王立明. 全胃切除间置空肠重建消化道28例[J]. 中华普通外科杂志,2001,16(2):122.
- [6] Jivonen MK, Koskinen MO, Ikonen TJ, et al. Emptying of the jejunal pouch and Roux-en-Y limb after total gastrectomy - a Randomised, prospective study [J]. Eur J Surg, 1999, 165(8):742-747.