

文章编号:1005-6947(2005)10-0792-02

· 临床报道 ·

残胃癌的诊断与治疗

周水生, 高卉

(咸宁学院医学院 外科教研室, 湖北 咸宁 437100)

摘要:探讨残胃癌的早期诊断, 手术治疗效果及预防措施。回顾性分析1985年以来收治的26例残胃癌病例资料。结果显示本组病例中I期3例、II期10例、III期7例、IV期6例; 其中根治性切除12例(46.2%), 姑息性切除8例(30.8%), 因肿瘤广泛转移仅作探查术和未行手术者6例。根治性切除术后1, 3, 5年生存率分别为91.7% (11/12), 50.0% (6/12), 33.3% (4/12)。姑息性切除术后1, 3, 5年生存率分别为62.5% (5/8), 0, 0。提示定期胃镜检查是早期诊断残胃癌和提高术后生存率的关键; 根治性切除是外科治疗残胃癌的有效方法; 严格掌握胃十二指肠良性疾病手术切除的适应证和选择合适的手术方式是预防残胃癌发生的重要措施。

关键词:胃肿瘤/诊断; 胃切除术; 胃肿瘤/外科学

中图分类号: R735.2; R656.61 **文献标识码:** B

残胃癌是指因良性疾病行胃部分切除术后5年以上或胃癌行胃大部切除术后10年以上残胃发生的原发性癌。近年来, 残胃癌的病例报道逐年增多。由于本病早期往往无症状, 缺乏特征性临床表现, 故大多数患者就诊时已属晚期。因此本病早期诊断率低, 手术切除率、根治性切除和长期生存率较低。本文回顾性分析了1985年以来本院收治的26例残胃癌的临床资料, 报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男24例, 女2例; 年龄43~72(平均56)岁。首次胃切除术距残胃癌确诊时间为6~32年, 平均20.1年。首次手术原因: 胃溃疡20例, 十二指肠溃疡4例, 复合性溃疡2例。首次手术方式: Billroth I式胃切除术2例, Billroth II式胃切除术除24例。残胃癌发生部位: 吻合口处14例, 小弯侧6例, 大弯侧3例, 贲门部2例, 累及全残胃1例。临床表现: 上腹不适或胀痛18例次, 黑便11例次, 不明原因贫血6例次, 吞咽梗阻感4例次, 消瘦4例次, 肝大2例次, 腹水1例次。患者出现症状距确诊平均间隔6(1~15)个月。

1.2 手术治疗

本组手术切除20例, 切除率为76.9%。行根治性全胃切除12例(46.2%), 其中加行脾切除3例, 加脾、胰尾切

除2例, 加肝左侧外叶切除1例; 8例(30.8%)行姑息性切除; 5例由于癌肿广泛转移, 仅作探查术; 1例因肝脏、腹腔淋巴结及锁骨上淋巴结广泛转移未手术。

1.3 病理分期

低分化腺癌18例, 中分化腺癌4例, 黏液腺癌4例。按国际抗癌联盟(UICC)胃癌TNM分期: Ia期1例, Ib期2例, II期10例, IIIa期3例, IIIb期4例, IV期6例。

2 结果

2.1 手术死亡及并发症

本组无手术死亡。术后并发症5例, 其中胸腔积液2例, 左膈下感染1例, 切口感染裂开2例, 均经对症治疗治愈。

2.2 生存率

本组3例出院后失访, 23例获随访。未手术和仅行剖腹探查者中, 除3例失访外, 其余均于1~8个月内死亡。12例行根治性切除者的1, 3, 5年生存率分别为91.7% (11/12), 50.0% (6/12)和33.3% (4/12)。姑息性切除者的1, 3, 5年生存率分别为62.5% (5/8), 0和0。

3 讨论

残胃癌的预后较差, 其主要原因是由于残胃癌的早期无特征性临床表现, 与胃大部切除术后引起的症状难以鉴别, 早期诊断率低。本组1例因胃溃疡行Billroth II式胃切除手术后6年重新出现上腹胀痛不适、贫血, 经门诊11个月就医均诊断为“溃疡病复发”, “胃切除后综合征”, 经住院作纤维胃镜检查加组织活检, 确诊为残胃癌, 术中见该例局部广泛浸润及肝转移。常规胃肠X线造影检查不易鉴别

收稿日期:2004-06-08; **修订日期:**2005-07-26。

作者简介:周水生(1941-), 男, 湖北武汉人, 咸宁学院医学院教授, 主要从事胃肠方面的研究。

通讯作者:周水生

早期癌和胃部分切除后引起的残胃 X 线改变,也是误诊的原因。本组 3 例钡餐检查,2 例报告为“吻合口溃疡不能排除恶变”,1 例吻合口狭窄。残胃癌的早期诊断是提高生存率的关键。Kaneko 等^[1] 报告早期残胃癌 5 年生存率达 84%。为了做到早期诊断,笔者认为应注意如下几点:(1) 加强胃切除术后随诊。随诊工作是早期发现残胃癌的有效途径之一。有作者建议对胃切除患者应施行内镜普查计划。要求残胃有病变的患者最好每年接受胃镜检查 1 次,以利于早期发现残胃癌^[2]。对手术时年龄较轻,原手术方式为 Billroth II 式,术后时间已超过 20 年的患者,应定期胃镜随诊。随诊应长期坚持,因为残胃癌发生率与术后时间呈正相关,老年人居多。文献报道^[3] 胃切除术后 25 年以上者残胃癌发生率比一般人高 6 倍,35 年以上者,高 8 倍以上。(2) 注意胃切除术后患者临床表现的变化。若胃切除后多年无症状,近期又出现胃部症状或症状加重,不能笼统地解释为“胃切除后综合征”,应警惕残胃癌的可能。本组 21 例胃大部切除术后 12 年重新出现症状,5 例 6 年后症状加重。(3) 正确选择检查方法。胃肠钡餐检查对早期残胃癌诊断价值较小,由于胃部分切除后,胃排空增快,钡剂通过迅速,难以发现细微病变。纤维胃镜检查加组织活检是确诊残胃癌的主要方法。值得注意的是:由于手术破坏了胃的正常生理结构,胃镜下识别病变的良、恶性较为困难,当看到残胃癌好发部位(吻合口,小弯侧、贲门口)的黏膜变色,粗糙、糜烂、颗粒样改变时,均应采取活组织检查。较为可靠的方法是在可疑部位作多方位、多块活检,必要时重复检查。对不易准确活检的部位加毛刷刷取细胞检查更有助于诊断。本组有 3 例经 2 次胃镜检查 and 多次活检才最后明确诊断;1 例微小癌采用活检加毛刷刷取细胞学检查获确诊。

残胃癌是胃部分切除术后的严重远期并发症。胃大部切除后,丧失了正常的幽门功能,碱性液大量反流入残胃,造成胃黏膜的损害和炎症;加之胃大部切除后,胃黏膜分泌细胞减少和缺乏胃窦部 G 细胞分泌的胃泌素,致使胃黏膜损害和腺体萎缩。慢性萎缩性胃炎,胃黏膜异型增生或肠上皮化生等是公认的癌前期病变。本组 26 例残胃癌组织学均见胃黏膜慢性炎症,灶性萎缩性胃炎,其中 8 例肠腺化生。此外,由于胃内长时间低酸,胃液中亚硝酸盐含量,亚硝胺形成及细菌数(包括硝酸盐还原菌)明显增高,增加了残胃癌发生的机会。Billroth II 式手术后残胃癌发生率显著高于 Billroth I 式手术者^[2],其原因是 Billroth II 式手术的胆汁反流较 Billroth I 式手术严重。本组 26 例残胃癌中首次手术用 Billroth II 式胃切除术 24 例,Billroth I 式胃切除术 2 例。因此,外科医生应严格掌握胃十二指肠良性疾病手术切除的适应证,认真选择适当的手术方式,能行内科治疗的应尽量避免行胃大部切除,需要手术者应尽可能采用

Billroth I 式或胃空肠 Roux-en-Y 吻合术,以避免肠液反流。高选迷走神经切断术代替胃大部切除术治疗十二指肠溃疡,因为不切除胃,保留了幽门功能,避免了胆汁反流,从而减少残胃癌的发生。文献提示^[2],鉴于残胃,吻合口炎及胆汁反流是发生胆汁反流性胃炎和残胃癌的重要原因,术后常规口服抗胆汁反流和保护胃黏膜药物,有望改善和预防残胃病变,降低残胃癌的发生率。

残胃癌一经确诊,应及时行全残胃根治性切除,以期达到手术治疗效果。以往文献报道^[4,5] 残胃癌预后很差,5 年生存率低,这可能与患者就医晚,未能及早诊断和治疗、致根治性切除率低有关。近年有人统计^[6],早期手术者效果颇佳,I,II 期患者术后 5 年生存率可达 80%,而 III,IV 期患者疗效则不满意;并认为癌细胞侵入的深度和淋巴转移对 5 年生存率有重要影响。笔者认为手术切除方式决定于癌的病期、部位、病理类型、个体因素等的综合判断。在无确切远处转移的情况下,应尽可能行根治性手术或扩大的胃癌根治术。对早期残胃癌应提倡全残胃切除,因为部分残胃切除术后容易复发;对进展期残胃癌应切除全残胃及被侵及的毗邻脏器。本组 12 例行根治性切除术(全残胃切除术 6 例,联合脏器切除 6 例),3 年和 5 年生存率分别为 50.0% 和 33.3%,与近期国内文献^[7] 报道的 44.3% 和 32.3% 相近。行姑息性切除术的 8 例中无 1 例存活 5 年以上。因此,认为根治性手术是治疗残胃癌的有效方法,是影响预后的重要因素。

参考文献:

- [1] Kaneko K, Kando H, Sato D, *et al.* Early gastric stump Cancer following distal gastrectomy [J]. *Gut*, 1998, 43(3): 342 - 344.
- [2] 赵亮,刘军,沈磊,等. 328 例残胃癌,内镜及病理分析 [J]. *中国内镜杂志*, 2003, 9(7): 58 - 59.
- [3] Stalsberg H, Taksdal S. Stomach cancer following gastric Surgery for benign Condition [J]. *lancet*, 1971, 2(7735): 1175 - 1177.
- [4] 王飞海,许家谔. 残胃癌 10 例分析 [J]. *腹部外科*, 2001, 14(1): 44.
- [5] Dilin C, Sanfati E, Cheveral JP. Cancer of the so-called "gastric stump". Review of the literature apropos of 4 cases [J]. *J Chir (Paris)*, 1985, 122(3): 193 - 200.
- [6] Randjelovic T, Pesco P, Jknezevic, *et al.* Surgical treatment of remnant gastric Cancer. In: kimJP, MinJS, MOK YJ, ed IGCC, Se 3rd Rastignano-Bolgan (Italy): Mon duzzi 1999, 627.
- [7] 涂毅,孙圣荣,姚峰. 残胃癌 24 例外科治疗分析 [J]. *肿瘤防治研究*, 2002, 29(6): 482 - 483.