

文章编号:1005-6947(2008)06-0625-02

· 临床报道 ·

## 31例残胃癌临床报告

孙运鹏, 张启瑜, 吴存造, 朱椰凡

(温州医学院附属第一医院 肝胆外科, 浙江 温州 325000)

**摘要:**目的 探讨残胃癌的诊治经验。方法 回顾性分析7年间31例残胃癌的临床资料。结果 全组诊断均经病理证实,男女比例为14.5:1,平均年龄52岁。首次手术的病因80.6%为胃溃疡,12.9%为十二指肠溃疡,十二指肠憩室和幽门梗阻各占3.23%。采用Billroth II术式占77.4%。平均于术后16.7年(5~40年),发生癌变。癌变部位吻合口占54.8%,小弯侧29.0%,贲门部16.2%。早期就诊率低。19例采用手术治疗,手术切除率为61.3%,根治切除率为51.6%。1,3,5年总生存率分别为57.1%,21.4%,和14.6%。结论 在行胃大部分切除治疗胃良性疾病时外科医生应严格掌握毕II式胃大部切除的手术指征;术后定期内镜检查,以便早期发现及诊断残胃癌。治疗宜早进行根治性手术治疗。

[中国普通外科杂志,2008,17(6):625-626]

**关键词:** 胃肿瘤/外科学;胃肿瘤/继发性;胃肠内窥镜

**中图分类号:** R 735.2

**文献标识码:** B

残胃癌是指因胃、十二指肠良性病变行胃大部切除术后5年以上残胃发生的原发癌,其发生率约为2%~10%<sup>[1]</sup>。由于本病缺乏特征性临床表现,诊断困难。笔者对我院2000年2月—2007年2月我院收治的31例残胃癌的临床资料进行分析,现报告如下。

### 1 临床资料

#### 1.1 一般资料

本组患者占同期胃癌的3.88%(31/800),其中男29例(93.5%),女2例(6.5%),男女比例为14.5:1;平均年龄52岁。首次手术的病因:胃溃疡25例,十二指肠溃疡4例,十二指肠憩室和幽门梗阻各1例。行Billroth I式胃大部切除术7例(22.6%),Billroth II式胃大部切除术24例(77.4%)。首次手术距离发现病变的时间为5~40年,平均16.7年;超过15年者占58.1%。

#### 1.2 残胃癌的诊断

早期无特征性表现,主诉上腹部疼(隐)痛、不适18例,呕血、黑便8例,腹胀及进食梗噎感

5例。均经胃镜或钡剂造影检查明确诊断。

#### 1.3 病变部位及病理

病变发生在吻合口附近17例,残胃小弯侧9例,贲门侧5例。组织学类型:腺癌17例(低分化13例,中分化4例,未见高分化),黏液细胞癌1例,乳头状腺癌2例,印戒细胞癌3例;伴有淋巴结转移者5例。术后分期:I期5例,II期7例,III期4例,IV期3例。

### 2 治疗方法及结果

#### 2.1 治疗方法

行手术治疗19例,其中根治性手术16例,包括残胃全切、食管空肠Roux-en-Y吻合13例,残胃全切+部分横结肠切除2例,残胃全切+脾切除1例;姑息性手术切除3例,剖腹探查1例。余12例因肿瘤发生转移仅行保守治疗。

#### 2.2 治疗结果

2.2.1 手术并发症 手术患者的均未发生吻合口瘘及手术死亡。术后死于多脏器衰竭1例;合并胸腔积液1例,切口感染1例,均治愈。

2.2.2 随访 19例行手术治疗者中,14例获随访,1,3,5年总生存率分别为57.1%,21.4%和14.6%,根治性手术组的1,3,5年生存率分别为61.5%,23.1%和15.4%,未手术、姑息性切除和剖腹探查患者均在确诊后1年内死亡。

收稿日期:2007-07-27; 修订日期:2008-02-25。

作者简介:孙运鹏,男,温州医学院附属第一医院住院医师,主要从事普外科常见疾病方面的研究。

通讯作者:张启瑜 E-mail:zhangqiyu@hosp1.ac.cn

### 3 讨论

近年来残胃癌发生率呈现升高趋势,但各家报道不一致,王勇<sup>[2]</sup>报道国内发生率为1.83%,国外为0.55%~4.8%,残胃癌发生的风险随胃切除术后时间的推移而增高。本组发生率3.88%,发生于胃切除术后平均约16.7年。男性多于女性。发生部位多见于吻合口(54.8%),次为胃小弯侧(29.0%)、胃底贲门部(16.2%)。其发生与消化道重建方式有关。Billroth II式发生率显著高于Billroth I式,可能是由于胃肠吻合后,胆汁和碱性肠液反流,使pH值升高,有利于细菌繁殖,易产生亚硝胺等致癌物所致;或因胃内细菌作用于胆汁中的胆酸,产生脱氧胆酸和石胆酸,而两者均有致癌作用<sup>[1]</sup>。提示在临床工作中要严格掌握控制胃大部切除适应证,尽量行Billroth I式吻合,最好再加做一个空肠间Braun吻合,以期达到减少或消除胆汁反流的目的。

残胃癌早期常出现上腹部饱胀、不适,贫血、乏力、黑便或潜血阳性等非特异性改变,发生于贲门部的肿瘤常引起吞咽梗阻感,临床上很容易被忽视而延误诊断。因此若残胃患者数年后出现上述症状应及时行胃镜或消化道钡剂造影检查。但钡剂造影对于极微小的病灶检出有一定困难,有时受重建消化道的影晌<sup>[2]</sup>。因此应将胃镜作为主要方法,可以提高诊断率至90%。对于高危人群尤其是胃大部切除术后10年以上者,即使无明显临床症状也应定期门诊随访<sup>[3]</sup>,做到早期发现,早期诊断,早期治疗,提高手术切除率和根治率,延长生存时间。

杨勇等<sup>[4]</sup>报道切除率和根治率分别为90.9%和54.5%。手术治疗是残胃癌的主要治疗手段,本组31例患者手术切除率58.1%(18/31),根治率51.6%(16/31)。随着手术技术的改进和术者经验的积累,残胃癌的预后将会得到显著改善。笔者认为,只要无全身脏器、腹膜等远处广泛转移,可以耐受手术者,均应积极行手术治疗,争取根治。若无法根治,也可行姑息性切除再辅以其他治疗。对于并发梗阻,出血等严重症状的病例实行改道手术以提高患者生活质量。根治性切

除原则上行残胃全部切除,并结合周围脏器受侵情况,必要时联合切除胰体尾、脾脏、横结肠及其系膜以及部分肝脏。同时根据残胃癌的淋巴结转移规律,将残胃及其淋巴结与周围相应脏器整块切除。淋巴结廓清范围包括第1,2,3,4sa,4sb,7,8,9,11和12组淋巴结;并根据十二指肠受累情况清除12a,12b,12p,13,14v,17及18p组淋巴结<sup>[5]</sup>。关于消化道重建术式至今已有数十种,本院病例全部选择食管空肠Roux-en-Y吻合术。此种术式可起到防止十二指肠液反流的作用,效果较为理想。

国内报道残胃癌根治切除的5年生存率为35%<sup>[6]</sup>。本组根治性手术组的1,3,5年生存率分别为61.5%,23.1%和15.4%,低于文献报道,而姑息或探查术病例,其术后生存均不到1年。作者认为本组根治术后1,3,5年生存率较低的可能原因,一是患者未能意识到适时随访复查的重要性,就诊较晚,大多数确诊时已处于中晚期,且发病年龄较大,多伴有不同程度的器官功能障碍和全身疾病,行根治术治疗效果也不甚理想;二是有的患者在第一次术后仍难以戒除不良生活习惯,未能控制饮食;三是患者行根治术后未能进行规律合理的其它辅助治疗,以致术后复发转移。故认为,临床上对于高危人群应制定合理的随访计划,尤其在首次术后10~15年应定期行胃镜检查,做到早期诊治。

#### 参考文献:

- [1] 邹寿椿.胃十二指肠恶性肿瘤[A].见:张启瑜.钱礼腹部外科学[M].北京:人民卫生出版社,2006.237-278.
- [2] 王勇,王少文,闻兆章,等.残胃癌28例临床分析[J].中国实用外科杂志,2002,22(8):488-489.
- [3] 柴新群,王春友,郑启昌.残胃癌的早期诊断与处理[J].中国普通外科杂志,2000,9(4):296-299.
- [4] 杨勇,李德春.66例残胃癌临床诊治分析[J].中国医师进修杂志,2007,30(11):43-46.
- [5] 李树军.残胃癌及其外科治疗[J].河南肿瘤学杂志,2004,17(1):74-76.
- [6] 左朝晖,欧阳永忠.残胃癌的外科诊治(附29例报告)[J].中国现代医学杂志,2003,13(11):91-92.