



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2014.01.027
http://www.zpwz.net/CN/abstract/abstract3773.shtml

· 临床报道 ·

进展期胃癌根治术中脾门淋巴结清扫的临床意义

丁波, 李忠, 刘元直

(河南省南阳市第一人民医院 普外三科, 河南 南阳 473000)

摘要

目的: 探讨进展期胃癌行 D₂ 根治术中脾门淋巴结清扫的临床意义及手术技巧。

方法: 进行回顾性分析 2010 年 3 月—2013 年 3 月收治的 89 例进展期胃癌患者行胃癌 D₂ 根治术中脾门淋巴结清扫的临床资料, 通过对照性分析切脾组与保脾组患者脾门淋巴结清扫的数目及阳性率。

结果: 全组无严重并发症、手术死亡发生。切脾组清扫 No.10 数目为 268 枚, 阳性 33 枚, 脾门淋巴结清扫阳性率约 12.3%; 保脾组清扫 No.10 数目为 416 枚, 阳性 55 枚, 脾门淋巴结清扫阳性率约 13.2%。两组脾门淋巴结阳性率比较无统计学差异 ($P>0.05$)。

结论: 胃癌 D₂ 根治术中进行保留脾脏的脾门淋巴结清扫是彻底的、安全的、可行的, 手术医师应努力提升自己手术技巧水平, 减少术中脾脏切除给患者带来的各种损伤。

[中国普通外科杂志, 2014, 23(1):133-135]

关键词

胃肿瘤 / 外科学; 脾门淋巴结; 胃切除, 根治性 / 方法

中图分类号: R735.2

胃癌是我国发病率最高的恶性肿瘤之一, 我国胃癌手术治疗预后 5 年生存率仅占 30% 左右。目前胃癌 D₂ 根治术已经成为治疗进展期胃癌的标准手术方式, 手术过程中淋巴结清扫的彻底性是直接关系到患者的术后生存率。脾门淋巴结 (No.10) 属于第 2 站淋巴结, 是胃中上部癌 (胃体、贲门、胃底) 和全胃癌中脾门、脾动脉周围淋巴结; 行标准的 D₂ 根治术时, 该组淋巴结要求全部清除。由于胰尾与脾门之间解剖关系的复杂性, 存在很多出入脾的动、静脉血管、淋巴管和淋巴结等, 保留脾脏的情况下彻底若清扫此处的淋巴结存在巨大的风险, 大多数情况下联合脾脏切除以达到彻底清扫此处淋巴结的目的。目前对脾脏免疫功能的深入认识, 越来越多的专家主张在保留脾脏的情况下行的 No.10 淋巴结清除。笔者回顾分析自 2010 年 3 月—2013 年 3 月我院共收治的 89 例行 D₂ 胃根治术胃癌患者的临床资料, 保留脾脏 No.10 淋巴结清扫 50 例和同期切脾组患者 39 例做对照。总结保留脾脏的脾门淋巴结清扫的手术技巧、安全性及其他临

床意义。现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

回顾性分析 2010 年 3 月—2013 年 3 月期间在南阳市第一人民医院普外科行胃癌 D₂ 根治术治疗的 89 例患者的临床资料, 其中 50 例保留脾脏的胃癌 D₂ 根治术 (保脾组); 30 例联合脾脏切除, 9 例联合胰体尾加脾切除的 D₂ 胃癌根治术 (切脾组)。保脾组男 31 例, 女 19 例; 年龄 34~81 岁, 平均 62.9 岁, 肿瘤位于胃上 1/3 者 21 例, 中 1/3 者 18 例, 全胃者 11 例; 切脾组男 19 例, 女 20 例; 年龄 32~78 岁, 平均 58.6 岁。肿瘤胃上 1/3 者 19 例, 中 1/3 者 11 例, 全胃者 9 例。术后病理 No.10 组淋巴结转移共 18 例, 转移率为 20.22%。

1.2 手术方法

1.2.1 保留脾脏组手术方式 (1) 依据肿瘤位置决定行手术方式 (全胃切除或部分胃切除术) 完成胃-结肠系膜前叶及胃左侧区域淋巴结清扫, 离断所需切除的部分, 切断食管安装吻合器底座; (2) 以湿沙垫垫入脾窝, 将脾脏抬起后, 术者左手探入脾脏、胰尾部后方, 暴露充分后, 电刀切断脾-膈韧带并

收稿日期: 2013-06-06; 修订日期: 2013-10-02。

作者简介: 丁波, 河南省南阳市第一人民医院副主任医师, 主要从事胃肠肿瘤方面的研究。

通信作者: 丁波, Email: nsydb@163.com

切开后腹膜，将脾脏上极游离，左手隔后腹膜托起脾脏上极，随后沿脾脏、胰体尾部正后方向充分游离胰体、尾部，电刀切断脾—结肠韧带游离脾脏；(3) 将脾脏和胰体尾部托出切口外，双重结扎胃短血管，切开胃—脾韧带，裸化胃短动脉后由双重结扎并切断；(4) 暴露脾动脉后沿脾动脉干向近心端清除胰体、尾周围淋巴组织，直至腹腔干，裸化脾门血管，将 No.10、11 组淋巴结整块清除；清扫效果如图 1。

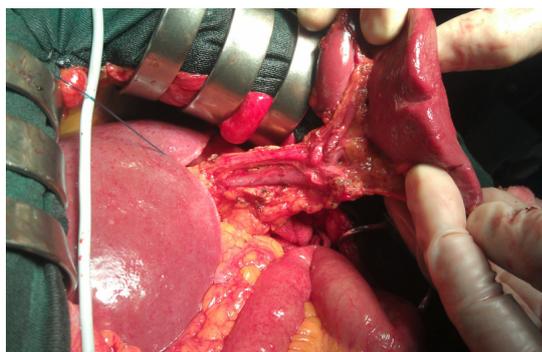


图 1 游离脾脏至腹腔外并行 No.10、11 组淋巴结整块清除

1.2.2 切脾组手术方式 依据常规手术方式进行，(1) 切断食管后，左手自脾—膈韧带后方托起脾脏、胰尾部后，切断脾膈韧带，游离脾脏上级，以湿沙垫垫入脾窝，将脾脏垫高，(2) 切开沿脾脏、胰腺尾部后方向游离周围组织后，连同胃—脾韧带上双重组织钳给于切断，接扎后再次缝扎，离去标本(脾脏和脾门周围淋巴结)。

术后手术标本由术者(笔者)亲自解剖各组淋巴结并统计计数，再将标本送病理检查。

1.3 统计学方法

所有资料用 SPSS 10.0 统计软件包进行统计学处理，两组样本均数比较用 t 检验，临床病理学资料用计数资料的 χ^2 检验。

2 结果

2.1 两组资料进行比较

保脾组和脾切除组两组患者的性别、肿瘤部位、病理 TNM 分期、D₂ 清扫例数、D₃ 清扫例数，两组比较，差异无统计学意义 ($P>0.05$) (表 1)。

表 1 保脾组与切脾组一般资料比较 [n (%)]

组别	性别		肿瘤部位			病理 TNM 分期			D ₂ 根治术	D ₃ 根治术
	男	女	上 1/3	中 1/3	全胃	II	III	IV		
保脾组	31 (62.0)	19 (38.0)	21 (42.0)	18 (36.0)	11 (22.0)	19 (38.0)	27 (54.0)	4 (8.0)	38 (76.0)	12 (24.0)
切脾组	19 (48.7)	20 (51.3)	19 (48.8)	11 (28.2)	9 (23.0)	12 (30.8)	19 (48.7)	8 (20.5)	35 (89.7)	4 (10.3)

2.2 两组清扫 No.10 淋巴结阳性率及手术并发症的比较

保脾组与切脾组两组 No. 10 淋巴结清扫数、淋巴结转移率、脾门淋巴结阳性例数、术后并发症例数，两组比较差异无统计学意义 ($P>0.05$) (表 2)；保脾组手术并发症 1 例，因术后胰腺表面渗血，行 2 次手术切除脾脏；切脾组无并发症发生；全组无死亡病例。

表 2 保脾组与切脾组 No.10 淋巴结清扫情况比较

组别	转移例数		清扫枚数		转移率 (%)	并发症 (n)
	阳性	阴性	阳性	阴性		
保脾组	12	38	56	360	13.5	1
切脾组	8	31	33	235	12.3	0
P	0.6958		0.6631			
χ^2	0.1529		0.1898			

3 讨论

目前胃癌 D₂ 根治术的淋巴结清扫是进展期

胃癌标准的手术方式。胃周围区域淋巴结的特点是 No.4 (胃网膜左侧和胃大弯左侧的淋巴结) 注入 No.10 之后再注入 No.11。为了彻底清扫脾门周围淋巴结，1948 年 Brunshwig 提出全胃切除联合脾或脾—胰体尾切除术式，作为胃癌扩大根治术的一个重要组成部分而被临床广泛推广^[1-2]。后来随着临床研究深入，表明脾—胰体尾联合切除术后，大大增加患者手术风险，但生存率无明显提高，本次研究中保脾组 No.10 淋巴结阳性率为 13.5%，切脾组 No.10 淋巴结阳性率为 12.3%，同样证实了这一点，笔者通过临床经验总结出胃癌 D₂ 根治术清扫 No.10、11 淋巴结的适应证：(1) C 区肿瘤面积大于该区 1/2 以上；(2) M 区肿瘤占据整个 M 区或 MG, MA, M, AM, CMA 区，后壁，大弯侧，全胃癌，Borrmann IV 期胃癌或癌细胞浸润超过浆膜层；(3) 组织学检查癌细胞阳性，No.2, 4sb, 4d, 3, 7 淋巴结有癌细胞转移^[3]。同时总结出胃癌 D₂ 根治术中脾脏切除的

适应证:(1)保留脾脏是否巴结清扫而导致肿瘤残留;(2)脾脏切除术后患者短期手术并发症和病死率的影响;(3)脾脏切除后对患者长期生存率的影响^[4]。

众所周知,切脾容易保脾难的道理。由于脾脏解剖位置特殊、质地脆,与周围组织关系密切,加上胰尾与脾门之间存在丰富的血管、淋巴管,在不损伤脾脏及周围组织的情况下彻底清除此处的淋巴结尤其是脾动脉后方的淋巴结存在很大的困难。有研究^[5]表明胃癌根治术中行保脾脏的脾门淋巴结残留率高达74.7%,很难达到肿瘤根治目的。传统的脾门淋巴结清扫大多由从胃大弯侧入路,由后腹膜前方游离脾脏及胰体尾部,先处理脾脏下极再处理清扫胃短动脉周围淋巴结,因脾脏质地较脆,分离脾胃韧带在结扎脾门血管时用力牵拉撕裂出血,导致脾脏切除,胃癌根治术过程中出现脾损伤时常发生,按照TNM分期的脾损伤率:Ia期3.8%,Ib期2.8%,II期3.8%,IIIa期9.9%,IIIb期8.5%,IV期4.9%^[6]。笔者通过长期的临床实践及经验总结出上述手术方法即能达到保留脾脏的目的,同时也与脾脏切除相同清扫效果,本研究中,保脾组No.10淋巴结阳性率为13.5%,切脾组No.10淋巴结阳性率为12.3%,两组间差异无统计学意义,由此看来保留脾脏的脾门淋巴结清扫并不影响胃癌根治术的质量,保留脾脏的脾门淋巴结清扫方式不仅在技术上切实可行,而且完全能够达到脾切除清扫淋巴结同样的效果。

胃癌D₂根治性手术行No.10淋巴结清扫时行脾脏血管裸化时,及容易撕裂脾脏及其血管,而出现不可控制性出血、淤血或脾梗死,术后可能并发患者脾破裂、高热、脾区疼痛、脾脓肿、胸腔感染等手术并发症。根据笔者的经验,脾脏血运障碍面积超过脾脏的一半时可能导致脾脏淤血、感染并发脓肿、脾脏破裂、腹腔内出血等严重并发症,术中仔细操作,动作轻柔,术野清晰、止血彻底,术中脾窝留置乳胶引流管。

总之,胃癌D₂根治术行保留脾脏的脾门淋巴

结清扫能够达到彻底清除No.10淋巴结的目的,而且完全能够达到脾切除清扫淋巴结同样的效果,手术的安全性、可靠性都是值得肯定的。将脾脏拖出腹腔外行脾门淋巴结清扫对胃肠科医生来说手术技巧要求更高、操作要求更熟练,我们应该努力学习并提高手术水平;胃癌D₂根治术尽量行保留脾脏的脾门淋巴结清扫,减轻病人痛苦、减少手术并发症的发生,提高患者生存率及生活质量。

参考文献

- [1] Songun I, Putter H, Kranenbarg EM, et al. Surgical treatment of gastric cancer: 15-year follow-up results of the randomised nationwide Dutch D1D2 trial[J]. *Lancet Oncol*, 2010, 11(5):439-449.
- [2] Sano T, Sasako M, Yamamoto S, et al. Gastric cancer surgery: morbidity and mortality results from a prospective randomized controlled trial comparing D2 and extended para-aortic lymphadenectomy--Japan Clinical Oncology Group Study 9501[J]. *J Clin Oncol*, 2004, 22(14):2767-2773.
- [3] 日本胃癌學會. 胃癌處理規約[M]. 第14版. 東京:金原出版, 2010:438.
- [4] Csendes A, Burdiles P, Rojas J, et al. A prospective randomized study comparing D2 total gastrectomy versus D2 total gastrectomy plus splenectomy in 187 patients with gastric carcinoma[J]. *Surgery*, 2002, 131(4):401-407.
- [5] Siewert JR, Bttcher K, Stein HJ, et al. Relevant prognostic factors in gastric cancer: ten-year results of the German Gastric Cancer Study[J]. *Ann Surg*, 1998, 228(4):449-461.
- [6] Cho M, Kroh MD, Joh YG, et al. Impact of splenectomy on circulating T-lymphocyte subsets in stage III gastric cancer[J]. *ANZ J Surg*, 2002, 72(6):411-416.

(本文编辑 姜晖)

本文引用格式:丁波,李忠,刘元直.进展期胃癌根治术中脾门淋巴结清扫的临床意义[J].中国普通外科杂志,2014,23(1):133-135. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.01.027

Cite this article as: DING B, LI Z, LIU YZ. Clinical significance of splenic hilum lymph node dissection during radical resection of advanced gastric cancer[J]. *Chin J Gen Surg*, 2014,23(1):133-135. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.01.027