

文章编号:1005-6947(2006)02-0147-03

· 简要论著 ·

48例胃癌根治术的临床体会

王德臣, 袁炯, 宋世兵, 张同琳

(北京大学第三医院 普通外科, 北京 100083)

摘要:评价进展期胃癌的手术安全性和术后生存率。由同一手术小组施行进展期胃癌根治术48例;21例行D₂根治切除,27例行D₃根治切除。比较两组的手术时间、出血量、并发症、获取淋巴结数和术后生存率等指标。结果显示D₂和D₃两组病例的手术时间分别为(304.4±58.6)min和(352.7±69.1)min,出血量分别为(283.5±105.4)mL和(357.1±139.9)mL。D₃组的手术时间比D₂组长(P<0.05),但出血量差异无显著性(P>0.05)。两组病例均无严重并发症,无围手术期死亡。D₃组获取的淋巴结数为(44.2±12.6)个,多于D₂组的(22.6±4.5)个(P<0.05)。D₃组的1,2,3年生存率分别为88.0%,67.2%和53.8%,略高于D₂组的83.8%,56.9%和47.4%,但差异无统计学意义(P>0.05)。提示D₃胃癌根治术并不增加手术并发症,且可获取更多的淋巴结,从而可能减少残留阳性淋巴结的危险,或许有利于提高术后生存率。

关键词:胃肿瘤/外科学;胃切除术;术后生存率

中图分类号:R735.2;R656.61

文献标识码:B

胃癌是很常见的胃肠道恶性肿瘤,病死率很高。尽管目前在早期诊断、根治性手术和辅助治疗等方面有了很大的进展,但进展期胃癌的治疗效果仍然不尽人意。本文仅就笔者近期治疗的48例手术的安全性和疗效作一探讨。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组病例均由本院普通外科某一手术小组于2000年4月—2004年10月所收治,并施行手术。其中男28例,女20例;年龄21~80[平均(52.9±15.0)]岁。凡术前检查或术中发现有远处转移者均不入组。本组病例肿瘤分组采用1997年(第5版)UICC分期^[1],故将术后病理报告获取淋巴结数少于15个的病例排除。病例非随机分为D₂手术组(行第2组淋巴结清扫)和D₃手术组,两组患者性别、年龄、Borrmann分型、肿瘤大小、肿瘤部位、病理淋巴结分期(pN分期)、组织学分型和肿瘤浸

润深度等病理特征的差异均无统计学意义,示两组患者具可比性(附表)。

附表 D₂和D₃组患者的一般资料比较

指标	D ₂ 组	D ₃ 组	t值或 卡方值	P值
性别				
男	13	15	0.196	0.66
女	8	12		
年龄(岁)	53.7±15.3	52.3±15.0	0.319	0.75
Borrmann分型				
I,II型	8	10	0.006	0.94
III,IV型	13	17		
肿瘤大小(cm)				
≤5	14	19	0.075	0.78
>5	7	8		
肿瘤部位				
远端1/3	15	20	0.042	0.84
其他	6	7		
pN分期				
N ₀ ,N ₁	13	16	0.035	0.85
N ₂ ,N ₃	8	11		
组织类型				
低分化	14	17	0.071	0.79
中高分化	7	10		
浸润深度				
T ₁ ,T ₂	8	11	0.035	0.85
T ₃ ,T ₄	13	16		

收稿日期:2005-05-30; 修订日期:2005-10-04。

作者简介:王德臣,男,广西合浦人,北京大学第三医院副主任医师,主要从事微创及胃肠外科方面的研究。

通讯作者:王德臣 E-mail:hepuzai@yahoo.com.cn。

1.2 治疗

全组病例均行胃癌根治术。手术切除标准参照日本胃癌协会标准^[2]。D₂手术组21例患者行胃癌D₂根治切除术(简称D₂组);27例D₃手术组患者行胃癌D₃根治切除术(简称D₃组)。手术康复后由我院化疗科行6个疗程的静脉化疗。化疗方案以顺铂和氟尿嘧啶为主。

1.3 随访

随访资料通过电话、信件和门诊记录而获得。全组病例均获随访,随访率100%。平均随访时间(18.3±13.0)个月(3~58个月)。

1.4 统计学处理

应用Spss11.0统计软件。计量资料进行 t 检验,计数资料进行卡方检验。运用Kaplan-Meier法计算生存率,生存率曲线比较进行Log-Rank检验。

2 结果

D₂组平均手术时间为(304.4±58.6)min,D₃组平均手术时间为(352.7±69.1)min,差异有显著性($P < 0.05$)。出血量D₂组为(283.5±105.4)mL,D₃组为(357.1±139.9)mL,差异无统计学意义($P = 0.105$)。围手术期间,D₂组伤口感染1例;D₃组胰漏继发腹腔感染2例(均经非手术治疗而愈)。D₂组腹腔积液3例,D₃组6例($P = 0.790$)。两组病例均无围手术期死亡。D₂组平均术后住院时间为(12.2±2.5)d,D₃组为(13.6±3.3)d($P = 0.143$)。D₂组平均获取淋巴结(22.6±4.5)个,D₃组(44.2±12.6)个($P = 0.000$)。D₂组平均阳性淋巴结(淋巴结癌转移)(4.3±4.4)个,D₃组平均阳性淋巴结(7.9±8.7)个($P = 0.089$)。D₂组最长随访时间为58个月,D₃组最长随访时间为40个月。D₂组的1,2和3年生存率分别为83.8%,56.9%和47.4%,D₃组的1,2和3年生存率分别为88.0%,67.2%和53.8%。差异均无统计学意义($P = 0.869$)(附图)。

3 讨论

胃癌的恶性程度很高,治疗效果差,世界各国报道胃癌总的5年生存率约为30%~50%^[3-4]。由于疗效不理想,对胃癌的外科手术切除范围等问题一直存在着争议,至今尚无定论。日本等国的学者认为,广泛的淋巴结清扫能提高胃癌患者的生存率,主张把D₂作为胃癌根治术的标准术式,对某些病例,淋巴结清扫范围可进一步扩大到D₃^[5]。有些欧美学者并不认可日本的手术标准,他们认为广泛的淋巴结清扫并不能提高胃癌患者的生存率,却增加了术后并发症、病死率和住院时间^[6]。目前本院尚缺乏大宗病例的前瞻性研究和随访结果,在临床实践中主要参照日本的手术标准。D₂是笔者等的标准术式,已实践多年,但对D₃尚未达到共识。

肿瘤的分期能指导治疗和判断预后。胃癌分期的主要分歧在于淋巴结的分期,日本胃癌协会的标准是依据淋巴结的解剖部位而分组^[2];而UICC的分期标准是获取的阳性淋巴结数,即N₁为1~6个淋巴结转移,N₂为7~15个淋巴结转移,N₃为15个以上的淋巴结转移^[1]。遵照UICC的胃癌分期标准,手术标本应至少获取15个以上的淋巴结。有作者通过多因素分析认为,UICC的胃癌分期和肿瘤的浸润深度是最有意义的预后因素^[7]。本院通常是参照日本的分期标准。但在实际操作中,笔者的体会是:日本胃癌协会的标准要求很细,而各站淋巴结的实际解剖部位紧密相连,不易分清,容易导致分期移动现象(stage migration phenomenon),从而影响生存率的判断,尤其是肥胖的患者;同时,D₂和D₃根治术多是分别将各站淋巴结清除,很难做到整块切除,不太符合肿瘤外科的无瘤原则。而UICC的分期标准似乎更便于操作,但要获取一定数量的淋巴结才能符合要求。有作者推荐,D₂平均至少要获取27个淋巴结,而D₃要获取43个淋巴结^[8]。

本组48例均由作者所在的手术小组施行的胃癌根治术,为了遵循UICC的分期标准,已将获取淋巴结少于15个的病例排除。而同一个手术小组所做的手术,则减少了不同手术小组所造成的差异。尽管是非随机分组,但两组间的临床资

料仍有可比性。本组手术中按日本胃癌协会所标示的解剖部位进行淋巴结清扫。手术后检测所获取的淋巴结数基本符合 Wagner 等^[8]要求的 D₂ 和 D₃ 所应获取的淋巴结数。D₃ 组的淋巴结数明显多于 D₂ 组 ($P < 0.05$)。而由于获取的淋巴结总数多, D₃ 组所获取的阳性淋巴结多于 D₂ 组 ($P > 0.05$)。但仍可以设想,如果手术获取淋巴结过少,则有可能遗留下阳性淋巴结。

就手术操作而言, D₃ 组较 D₂ 为复杂,手术时间长 ($P < 0.05$),但出血量两组相当。两组均无严重的并发症,无围手术期死亡。术后住院时间两组也相差无几。有文献^[9-10]指出, D₃ 根治术并不比 D₂ 根治术增加手术并发症。笔者体会:胃癌根治术较为复杂,需要手术医师相当的手术技巧,手术小组成员间的配合也很重要,具备一定的手术经验后, D₃ 根治术并不增加手术并发症,只是手术时间稍有延长,但不影响患者的恢复。清扫淋巴结时必须熟悉解剖层次,沿着各层组织的组织间隙解剖很容易将血管骨骼化,淋巴结清扫既干净又不出血。清扫主动脉旁淋巴结要结扎断端,去除胰腺被膜时不要损伤胰腺实质,否则有乳糜漏和胰漏的危险。本组确诊有 2 例发生胰漏并继发腹腔感染,虽经非手术治疗痊愈,但住院时间延长,后续化疗时间也相继延后。另外,两组患者共有 9 例术后 B 超发现腹腔局限性积液,因不影响其整体的恢复,故未进一步深究是否有乳糜漏或者胰漏。

完整的随访资料显示: D₃ 组的 1, 2, 3 年的生存率略高于 D₂ 组,但无统计学差异。文献^[11-12]报告,治疗 III 期胃癌, D₃ 根治术的生存率高于 D₂ 的生存率。因本资料病例数较少,随访时间也短,尚未能得出这样的结论。生存率方面的研究有待积累大宗病例进行长时间随访,最好是随机对照前瞻性研究。

笔者总的体会是:在具备一定手术经验的基础上, D₃ 胃癌根治术并不增加手术并发症, D₃ 根治术能获取更多的淋巴结从而可能减少残留阳性淋巴结的危险,或许能提高术后生存率。

参考文献:

[1] Sobin LH, Wittekind CH. TNM Classification of Malignant

Tumors [M] 5th ed, International Union Against Cancer (UICC), New York: Wiley, 1997. 59 - 62.

- [2] Japanese Gastric Cancer Association. Japanese Classification of Gastric Carcinoma. (2nd English ed) [J]. Gastric Cancer, 1998, 1(1): 10 - 24.
- [3] Shiraishi N, Adachi Y, Kitano S, *et al.* Gastric cancer with extragastric lymph node metastasis: multivariate prognostic study [J]. Gastric cancer, 2000, 3(4): 211 - 218.
- [4] Kim JP, Lee JH, Kim SJ, *et al.* Clinicopathologic characteristics and prognostic factors in 10 783 patients with gastric cancer [J]. Gastric Cancer, 1998, 1(2): 125 - 133.
- [5] Kunisaki C, Shimada H, Takahashi M, *et al.* Implication of extended lymph node dissection stratified for advanced gastric cancer [J]. Anticancer Res, 2003, 23(5b): 4181 - 4186.
- [6] Bonenkamp JJ, Hermans J, Sasako M, *et al.* Extended lymph-node dissection for gastric cancer. Dutch Gastric Cancer Group [J]. N Engl J of Med, 1999, 340(12): 908 - 914.
- [7] Yoo CH, Noh SH, Kim YI, *et al.* Comparison of prognostic significance of nodal staging between old (4th ed) and (5th ed) UICC TNM classification for gastric carcinoma [J]. World J Surg, 1999, 23(5): 492 - 498.
- [8] Wagner PK, Ramaswamy A, Rüchhoff J, *et al.* Lymph node counts in the upper abdomen: anatomical basis for lymphadenectomy in gastric cancer [J]. Br J Surg; 1991, 78(7): 825 - 827.
- [9] Günther K, Horbach T, Merkel S, *et al.* D3 lymph node dissection in gastric cancer: evaluation of postoperative mortality and complications [J]. Surg Today, 2000, 30(8): 700 - 705.
- [10] 姜波健,高友福,孙荣勋,等.进展期胃癌腹主动脉旁淋巴结廓清术的临床研究[J].中国普通外科杂志, 2000, 9(4): 292 - 295.
- [11] Gunji Y, Suzuki T, Kobayashi S, *et al.* Evaluation of D3/D4 lymph node dissection for patients with grossly N2 positive advanced gastric cancer [J]. Hepatogastroenterology, 2003, 50(52): 1178 - 1182.
- [12] Ikeguchi M, Oka S, Gomyo Y, *et al.* Prognostic benefit of extended radical lymphadenectomy for patients with gastric cancer [J]. Anticancer Res, 2000, 20(2B): 1285 - 1289.