

文章编号:1005-6947(2007)09-0910-03

· 简要论著 ·

青年早期胃癌临床病理特征及预后因素探讨

李华, 路平, 刘彩刚, 司荣祥, 关华鹤, 徐惠绵

(中国医科大学附属第一医院 肿瘤外科, 辽宁 沈阳 110001)

摘要:探讨青年早期胃癌的临床病理特征和预后因素,为其早期诊断和治疗提供理论依据。回顾性分析31例青年早期胃癌患者的临床病理及预后资料。诊断依赖于胃镜病理组织学检查,治疗主要依赖于手术。结果显示,最常见症状是上腹不适和隐痛;3,5年生存率为100%和85.2%。胃镜病理活检确诊率为93.5%。胃中部黏膜下癌4例淋巴结转移中 N_7 转移3例, N_8 转移1例。胃下部黏膜下癌5例淋巴结转移中 N_7 , N_8 各2例转移, N_9 转移1例。组织学分型和浸润深度对患者预后具有显著性意义($P < 0.05$);肿瘤部位、大体分型、淋巴结转移、手术方式无显著性差异($P > 0.05$)。提示:胃镜病理确诊率最高。组织学分型和浸润深度是青年早期胃癌独立的预后因素,对于分化差且侵及黏膜下层者宜行 D_1^+ 根治术式。 [中国普通外科杂志,2007,16(9):910-912]

关键词:胃肿瘤;病理学,临床;预后;青年人

中图分类号: R 735.2

文献标识码: B

胃癌是消化道最常见的恶性肿瘤,其发病高峰为50岁以上^[1],但青年人胃癌也并非少见。多数学者将青年定义为 ≤ 40 岁^[2]。青年胃癌中早期症状缺乏特异性,常被患者及初诊医生所忽视,因此确诊时多已达疾病的中晚期。我院肿瘤外科于1980—2003年共收治并施行手术治疗青年早期胃癌患者31例。本文回顾性分析31例患者的临床资料,为其早期诊断和治疗提供理论依据。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男13例,女18例;年龄19~40岁,平均年龄33.5岁。肿瘤部位位于胃上部2例,胃中部9例,胃下部20例。全部病例均经手术、病理组织学证实。

1.2 临床表现

本组患者从有自觉症状至入院时间 < 6 个月者13例,6~12个月6例, > 12 个月12例。28例(90.3%)以上腹不适和隐痛为首诊症状,6例(19.4%)合并恶心、呕吐、反酸;9例(29.0%)合并食欲不振、乏力、消瘦;4例(12.9%)合并黑便。体检发现3例。本组患者5例有家族史,占16.1%。

1.3 辅助检查及术前诊断

本组12例胃镜检查前曾行胃钡餐透视、CT检查,确诊为胃癌者0例,高度疑癌者4例(33.3%)。本组31例均行胃镜检查,确诊为胃癌者9例,高度疑癌者13例,共22例(71.0%);胃镜下取活检经病理组织学确诊为胃癌者29例(93.5%)。

1.4 手术方式

本组2例行 D^1 手术,8例行 D_1^+ 手术($D_1^+ N_7$ 或 N_8),21例行 D^2 手术。

1.5 临床病理

组织学分型、淋巴结分组、分站参照日本胃癌处理规约^[3]。

1.6 统计学处理

所有数据用SPSS11.5统计学软件进行分析。单因素分析采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 大体分型与组织学类型

I型(隆起型)0例,II型(浅表型)19例,III型(凹陷型)4例,混合型8例。组织学:分化型14例,未分化型17例。

2.2 胃壁浸润和淋巴结转移情况

黏膜内癌18例,黏膜下癌13例;9例淋巴结转移者均为黏膜下癌;浸润至黏膜下层的癌淋巴结转移率高($P < 0.001$);浸润深度和淋巴结关系见表1;黏膜下癌淋巴结转移见表2。

基金项目:国家自然科学基金资助项目(30471678)。

收稿日期:2007-07-14; **修订日期:**2007-09-10。

作者简介:李华,男,河北邢台人,中国医科大学附属第一医院硕士研究生,主要从事胃肠癌的诊断与治疗方面的研究。

通讯作者:路平 E-mail:lupingluyang@sohu.com

表1 浸润深度与淋巴结转移的关系(n,%)

淋巴结转移	黏膜层	黏膜下层	P值
阳性	0(0%)	9(69.2%)	P<0.001
阴性	18(100%)	4(30.8%)	

表2 黏膜下癌淋巴结转移情况(n=13)

淋巴结	胃上部癌	胃中部癌	胃下部癌
N ₁ (贲门右)	0	1	1
N ₂ (贲门左)	0	0	0
N ₃ (胃小弯)	0	2	0
N ₄ (胃大弯)	0	2	3
N ₅ (幽门上)	0	2	0
N ₆ (幽门下)	0	0	4
N ₇ (胃左动脉旁)	0	3	2
N ₈ (肝总动脉旁)	0	1	2
N ₉ (腹腔动脉旁)	0	0	1
N ₁₀ (脾门)	0	0	0
合计	0	11	13

2.3 预后

本组获随访27例,4例失访,随访率为87.1%。10年生存率为40.7%(11/27);5年生存率为85.2%(23/27);3年者生存率为100%(27/27)。死亡的7例均为未分化型,其中6例为黏膜下癌。均死于复发或转移。

组织学类型和浸润深度对预后有显著性意义($P < 0.05$)。其他因素如肿瘤部位、大体分型、淋巴结转移、手术方式不是本组预后的独立因素($P > 0.05$)(表3)。

表3 临床病理特征与预后的关系

病理特征	病例	存活	死亡	P值
肿瘤部位				
胃上部	2	2	0	>0.05
胃中部	9	7	2	
胃下部	20	15	5	
大体分型				
I	0	0	0	>0.05
II	19	15	4	
III	4	3	1	
混合型	8	6	2	
组织学分型				
分化型	14	14	0	0.006
未分化型	17	10	7	
浸润深度				
黏膜内	18	17	1	0.008
黏膜下层	13	7	6	
淋巴结转移				
阴性	22	17	5	0.008
阳性	9	7	2	
手术方式				
D ¹	2	2	0	>0.05
D ₁ ⁺	8	6	2	
D ²	21	16	5	

3 讨论

本组患者主要以上腹不适和隐痛为首诊症状,仅根据此很难与慢性胃炎及消化性溃疡等疾病相鉴别。Koea等^[4]和Ramos-Delamedina等^[5]分别报道青年胃癌有19%和16.9%的患者存在家族史。本组患者存在家族史的占16.1%。故对高发人群的家族成员和有消化系统症状人群的检查十分必要。检查手段有胃钡餐透视、胃镜、CT等。其中胃镜检查不仅黏膜观察清晰,且可做活检和细胞学检查,与其他检查相比胃癌确诊率高,应作为首选。本组患者中93.5%通过胃镜活检确定诊断,与国内报道一致^[6]。

杨维良等^[7]报道肿瘤部位是影响青年进展期胃癌的预后因素,其中胃上部癌预后较差。本组肿瘤部位对预后影响无统计学差异($P > 0.05$),表明肿瘤部位对本病和青年进展期胃癌预后影响不同。本组大体分型分组间无统计学差异($P > 0.05$),表明大体分型对预后影响不大。相关文献^[8]报道淋巴结转移是影响早期胃癌预后的因素。本组9例淋巴结转移,其中7例存活,并超过5年,但其与淋巴结转移阴性组间无统计学差异($P > 0.05$)。这可能与胃次全切除加一、二站淋巴结彻底清扫有关。

Ojsuji等^[9]提出早期胃癌未分化型预后好的观点。本组未分化型占54.8%。死亡的7例均为未分化型,与分化型有显著统计学差异($P < 0.01$),表明组织学类型与预后有密切关系,亦提示青年早期胃癌组织代谢旺盛,癌组织分型差的,预后不好。本结果与Ojsuji的观点不一致。日本近年报道黏膜内癌5年生存率为(89.6±3.5)%,黏膜下癌5年生存率为(68.8±8.2)%。可见癌的浸润是否局限于黏膜内或已侵及黏膜下层,对预后的影响较大。本组死亡的7例中,6例为黏膜下癌,与黏膜内癌有显著统计学差异($P < 0.01$),表明癌浸及黏膜下层者预后差。可能系因黏膜下癌较之黏膜内癌更容易发生淋巴结转移($P < 0.05$)的缘故。

本组资料提示黏膜内癌无淋巴结转移,可行内镜下黏膜切除术。胃中部黏膜下癌4例淋巴结转移中N₇转移3例,N₈转移1例。故笔者建议对此类病例行D₁⁺N₇淋巴结清除;术中应注意探察N₈。胃下部黏膜下癌5例淋巴结转移中N₇,N₈各2例转移,N₉转移1例。故认为胃下部黏膜下癌须清除N₇,N₈才能达到根治,术中应注意探察N₉。本组资料的预后分析提示不同术式对预后无显著影响($P < 0.05$),可能与样本量少有关。

综上所述,青年早期胃癌组织学分型、浸润深

文章编号:1005-6947(2007)09-0912-03

· 简要论著 ·

术后免疫营养支持对胃肠道肿瘤患者的影响

王曙逢¹, 车向明¹, 樊林¹, 李国威²

(西安交通大学医学院 1. 第一附属医院 普通外科, 陕西 西安 710061; 2. 第二附属医院 普通外科, 陕西 西安 710004)

摘要:为探讨以谷氨酰胺为底物的免疫营养支持对胃肠道肿瘤患者围术期蛋白质代谢和免疫功能的影响。笔者将60例胃肠道恶性肿瘤患者随机分为治疗组和对照组, 每组30例。两组均予等氮等热量[104.5~125.4kJ/(kg·d)]营养支持; 对照组给予一般的肠外营养(PN)支持, 治疗组给予谷氨酰胺为底物的肠外免疫营养支持。两组患者均于术前、术后营养支持7d后检测清蛋白(ALB)、前清蛋白(PAB)和转铁蛋白(TRF)以及IgG, IgA和IgM和T淋巴细胞亚群CD3, CD4, CD8。结果示, 治疗组免疫营养支持7d后ALB, PAB和TRF均明显上升($P < 0.05$), 而对照组ALB, PAB和TRF与支持前比较差异无显著性($P > 0.05$), 治疗组PAB的增加值明显高于对照组($P < 0.05$); IgA, IgG和IgM均高于营养支持前和对照组($P < 0.05$), T淋巴细胞亚群CD4百分比和CD4/CD8值均高于营养支持前和对照组($P < 0.05$)。提示: 以谷氨酰胺为底物的肠外免疫营养支持可促进胃肠道肿瘤患者围术期蛋白质合成和细胞免疫、体液免疫功能的改善。

[中国普通外科杂志, 2007, 16(9): 912-914]

关键词: 胃肠肿瘤; 谷氨酰胺; 胃肠外营养; 免疫; 围手术期

中图分类号: R 735.2-3; R 154 **文献标识码:** B

胃肠道肿瘤患者术前存在不同程度的蛋白质-热量营养不良, 在接受根治手术后, 过度的应激反应使机体分解代谢明显高于合成代谢, 体内大量蛋白质被分解消耗, 呈现严重的负氮平衡, 而加重术前已存在的营养不良, 进而引起免疫功能抑制, 肠道细菌移位, 感染几率增加。合理

的营养支持和免疫功能的改善有利于患者迅速恢复。免疫营养支持是近年提倡的新型支持模式。谷氨酰胺作为免疫营养支持的底物, 具有促进机体蛋白质合成、维持正常肠黏膜屏障的功能。而普通的肠外营养支持(PN)尚不能有效地改善术后机体免疫功能抑制。本研究采用前瞻性随机对照的临床设计, 对存在中等应激程度以上胃肠道肿瘤患者术后行以谷氨酰胺为底物的免疫营养支持, 探讨其对患者术后免疫功能和蛋白质合成是否有调节作用。

收稿日期: 2007-05-15; **修订日期:** 2007-09-10。

作者简介: 王曙逢, 男, 陕西扶风人, 西安交大医学院第一附属医院主治医师, 主要从事胃肠外科基础与临床方面的研究。

通讯作者: 王曙逢 E-mail: dawn@mail.xjtu.edu.cn

度为影响预后的独立因素。笔者主张对未分化型、浸润至黏膜下层伴有淋巴结转移的患者, 行根治性胃次全切除D₁⁺根治术式是合理的。本病的早期发现、早期诊断和治疗是提高生存率的关键。临床医师对40岁以下的青年应予以足够重视, 特别是对有家族史和消化系统症状者宜行胃镜检查, 常规活检。

参考文献:

- [1] La IR, Lee WJ, Chen CN, et al. Gastric cancer in the young[J]. Hepato Gastric Enterology, 1997, 44(10): 1641-1645.
- [2] 安泽武, 王茹. 青年人胃癌53例临床分析[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(1): 55-57.
- [3] Japanese Gastric Cancer Association. Japanese classification of gastric carcinoma-2nd English edition. Gastric Cancer, 1998, 1(1): 10-24.

- [4] Koea JB, Karpeh MS, Brennan MF. Gastric cancer in young patients: demographic, clinicopathological, and prognostic factors in 92 patients[J]. Am Surg Oncol, 2000, 7(5): 346-351.
- [5] Ramos-Dela, Medin A, Salgado-Nesme N, Torres-Villalobos G, et al. Clinicopathologic characteristics of gastric cancer in a young patients population[J]. Gastrointest Surg, 2004, 8(3): 240-224.
- [6] 荣维洪, 吴健雄, 邵永孚. 72例早期胃癌的诊断、治疗和预后分析[J]. 中华普通外科杂志, 2005; 20(12): 760-764.
- [7] 杨维良, 张新晨, 张东伟, 等. 35岁以下胃癌患者380例临床分析[J]. 中华胃肠外科杂志, 2004, 7(5): 357-359.
- [8] Bando E, Yonemura Y, Taniguchi K, et al. Outcome of ratio of lymph node metastasis in gastric carcinoma [J]. Ann Surg Oncol, 2002, 9(8): 775-784.
- [9] Ojsuji E, Yamaguchi T, Sawai K, et al. Characterization of signet ring cell carcinoma of the stomach [J]. Surg Oncol, 1998, 67(4): 216-220.