

文章编号:1005-6947(2008)02-0199-03

· 临床报道 ·

胃癌 88 例的临床治疗体会

蔡云, 周维

(四川省遂宁市横山镇中心卫生院 普通外科, 四川 遂宁 629012)

摘要:目的 探讨胃癌患者治疗的临床疗效。方法 回顾性分析收治的胃癌患者 88 例胃癌患者的临床资料。采用综合治疗及术前化疗、手术、术后化疗者共 69 例,姑息性手术 19 例。结果 全组无手术死亡。术后并发症率 15.9% (14/88),包括急性肾功能不全 1 例,切口感染 3 例,碱性反流性胃炎 1 例,术后出血 1 例,吻合口排空障碍 2 例,肺炎 2 例,心肌梗死 1 例,十二指肠残端瘘 1 例,营养不良 2 例,均经治疗后痊愈。术后 79 例获随访 1~10 年,在 1~2 年内因肝脏、肺、骨等远处转移或肿瘤复发死亡 21 例。根治性手术随访,3,5,10 年生存率分别为 69%,25% 和 6%。姑息性手术 1,3,5 年随访生存率为 61%,28%,11%,≤6 年为 0。结论 化疗-根治术-化疗等综合性治疗能提高生存率,改善患者生活质量。
[中国普通外科杂志,2008,17(2):199-201]

关键词: 胃肿瘤/治疗; 综合疗法; 预后

中图分类号: R 735.2 **文献标识码:** B

胃癌是中老年易患的消化道恶性肿瘤之一,它严重威胁着人们的健康。本院 2000 年 1 月—2006 年 1 月收治胃癌患者 88 例,现将对其治疗的临床体会报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 63 例,女 25 例,男女之比为 2.52:1.00;年龄 24~88(平均 52.1)岁,其中 30 岁以下 15 例。主要临床表现有类似溃疡病的上消化道症状即上腹部疼痛不适、胀满、反酸。其中伴呕吐等梗阻症状者 24 例,有贫血消瘦乏力、体重减轻者 57 例,出现柏油样大便者 21 例,触及腹部肿块者 22 例,触及左锁骨上淋巴结肿大者 3 例,伴有肝转移者 2 例,肺转移者 1 例。全组中 59 例行胃镜检查,取活检确诊 59 例;上消化道钡餐检查 26 例,确诊 12 例;CT 检查 17 例,确诊 17 例。B 超检查发现上腹部肿块 35 例。后经胃镜确诊 33 例。术前共确诊? 例。有合并症者共 33 例。合并心血管疾病 15 例(高血压、高脂血症 11 例,肺心病 3 例,风心病 1 例),合并糖尿病 7 例,慢性支气管炎肺气肿

6 例,前列腺增生 5 例。

1.2 治疗方法

1.2.1 新辅助化疗 本组 47 例术前用 5-氟尿嘧啶(5-FU)320mg/m² 每天静滴 1 次,7 d 为 1 疗程,加顺铂(DDP)3.5~7.5 mg/m² 每日 1 次常规化疗,7 d 为 1 疗程,2 个疗程后休息 10 d 手术。对 22 例仍使用 5-FU + DDP,施行短程冲击化疗,即每天 1 次,共 5 d,化疗结束后手术。

1.2.2 术中局部化疗 (1)开腹后用 5-FU 250~500 mg 作胃肿瘤周围浆肌层注射。(2)手术结束时腹腔内用温热蒸馏水 200 mL 加 5-FU 500 mg~1 000 mg 灌注。

1.2.3 手术治疗 术前根据临床 TNM 分期,设计或选择手术方式。但无论采取何种根治术均遵循以下原则:(1)充分切除原发癌灶;(2)彻底清除胃周淋巴结;(3)完全消灭腹腔游离癌细胞和微小转移灶。经术中前哨淋巴结活检证实为早期胃癌后选择 D₁ 根治术 15 例;D₂ 根治性切除 48 例,D₃ 根治性切除 6 例,姑息性手术 19 例。本组根治术选择远端胃大部切除术 34 例、近端胃大部切除术 18 例和全胃切除术 17 例,并切除胃大小网膜、横结肠系膜前叶及胰腺被膜,分别清除第 1,2,3 站转移淋巴结。切缘距肿瘤边缘 5 cm 以上,必要时切除贲门上方食管 3 cm,幽门下方十二指肠 3 cm。姑息性手术即仅切除胃癌原发灶。消化道重建:远端胃大部切除术选择 Billroth I 式 2 例,Billroth II 式 32 例胃肠吻

收稿日期:2007-05-28; 修订日期:2007-12-29。

作者简介:蔡云,男,四川遂宁市横山镇中心卫生院副主任医师,主要从事普外疾病方面的研究。

通讯作者:周维 E-mail:zhouwei7094@126.com

合;近端胃切除术后选用食管胃吻合 18 例,全胃切除术后,选用J型空肠袋与食管行 Rorux-en-y 吻合 17 例。

1.2.4 术后辅助化疗 一般待伤口痊愈 2 周后对 54 例 D₂, D₃ 根治术者进行 5 个疗程的化疗即 5-FU 加 DDP。

2 结果

2.1 新辅助化疗

术中见原发癌灶及周围组织、淋巴结轻度水肿,术后病检癌细胞完全抑制 15/47(31.9%),部分抑制 20/47(42.5%),稳定 9/47(19.1%),病情进展 3/47(6.4%),切缘全部无癌细胞,总有效率占 75%,短程冲击化疗平均住院日 17d,术中见原发癌灶及周围组织、淋巴结中度水肿。术后病检,完全癌细胞抑制 6/22(27.3%),部分抑制 9/22(40.9%),稳定 5/22(22.7%),病情进展 2/22(9.0%);切缘无癌细胞,总有效率为 68%。

2.2 前哨淋巴结活检

对早期胃癌,特别是溃疡型或胃炎型患者共 15 例,采用前哨淋巴结活检。于肿瘤周围浆肌层或黏膜下肌层注射亚甲蓝 6mL 确定前哨淋巴结是否蓝

染;并取活检 15 例,其中淋巴结阳性 9 例、阴性 6 例。若前哨淋巴结阴性仅行 D₁ 根治术;若前哨淋巴结阳性则行 D₂ 或 D₃ 根治术^[1]。

2.3 临床分期及病理类型

本组均按 TNM 分期,Ⅰ期 15 例,Ⅱ期 26 例,Ⅲ期 32 例,Ⅳ期 15 例。进展期胃癌 73 例。病变位于胃窦部(L 区)65 例,胃体部(M 区)5 例,贲门部(U 区)18 例。病理诊断:低分化腺癌 61 例,中分化癌 11 例,高分化癌 5 例,黏液癌 11 例。

2.4 治疗结果

本组无手术死亡病例,手术后发生并发症 14 例,占 15.9%。其中急性肾衰竭 1 例,切口感染 3 例,碱性反流性胃炎 1 例,术后出血 1 例,吻合口排空障碍 2 例,肺炎 2 例,心肌梗死 1 例,十二指肠残端瘘 1 例,营养不良 2 例。全部并发症患者经对症治疗痊愈,无并发症死亡。

本组获访 83 例(3~8)年,获访率为 94.3%。3 年内因肝、肺、骨等远处转移及肿瘤复发死亡 19 例(根治性手术 13 例,姑息性手术 6 例)。根治性手术获访 65 例,姑息性手术获访 18 例,3,5,8 年生存率见表 1。

表 1 胃癌根治术与姑息性手术生存率对照表:

生存年数	根治术			姑息术		
	随访数(例)	生存数(例)	生存率(%)	随访数(例)	生存数(例)	生存率(%)
3 年	65	52	80.0	18	12	66.7
5 年	52	33	63.5	12	6	50.0
8 年	33	13	39.4	6	0	0

3 讨论

目前主张对胃癌的治疗采用综合治疗,即术前化疗(新辅助化疗)、腹腔(热)灌洗疗法、手术、术后化疗、放疗、生物免疫疗法等。认为新辅助化疗等能大大提高胃癌的根治率和 10 年以上生存率^[2]。研究发现,对胃癌较晚期的患者,术后复发危险性很高,新辅助化疗可最大限度地减少肿瘤负荷,进一步消灭体内微小转移灶,以提高患者生存率。现认为:新辅助化疗对Ⅱ,Ⅲ期病例有效。有作者主张术前行 2 个疗程的常规化疗,休息 10 d 后行根治性手术,其目的在于缩小肿瘤减轻组织反应性水肿使临床分期降低,有利于提高手术切除率和生存率^[2]。陈国玉^[3]认为新辅助化疗会延

迟手术时间,患者难以接受。他对新辅助化疗进行了改进,通过对 109 例胃癌患者连续 5d 短程冲击化疗后予以手术,患者均安全度过手术期,术后恢复好,平均住院时日为 16 d,取得较为满意的效果。本组对Ⅱ,Ⅲ期胃癌 22 例行短程冲击化疗后行根治术,全部缩短了住院时日。

标准的胃癌根治术(即 D₂)是行之有效的治疗进展期胃癌的标准术式,它切除包括癌灶在内的近远端胃或全胃并清除 1,2 站淋巴结^[4]。近年来西方国家的学者亦认为 D₂ 手术明显优于 D₁ 手术,并主张把 D₂ 手术定为标准术式,对某些病例淋巴结清扫范围可进一步扩大到 D₃。且术中应快速病理切片证实胃切缘 1 cm 内无癌细胞残存。

重建消化道应以接近生理状态为原则。

Billroth I式较 Billroth II式吻合更符合生理,可避免诸多并发症发生。但胃远端恶性肿瘤切除时已切除十二指肠球部和大部分远端胃。Billroth I式吻合,由于吻合口张力大,吻合有一定困难,故宜选用 Billroth II式。后者吻合时宜选用结肠前输入袢对小弯的重建术式,可避免横结肠系膜牵缩压迫肠管造成梗阻。全胃切除后,目前多数医师倾向于构建J形空肠袋与食管行 Roux-en-y 吻合,使空肠袋动力降低,从而发挥空肠袋的储袋功能和推迟食物的运转时间^[5]。本组16例术后恢复良好。

前哨淋巴结是从原发肿瘤回流到区域淋巴系统的第一站淋巴结。如果这些淋巴结无转移,则该器官、该区域发生的恶性肿瘤转移到另外的淋巴结的可能性很小,不必进一步扩大手术范围。如果前哨淋巴结有转移,则其他淋巴结转移的危险性很大。因此需要扩大手术范围,以准确了解区域淋巴结转移情况。刘宏斌等^[1]研究认为,大多数胃癌细胞首先转移至前哨淋巴结,尔后依次为2,3站淋巴结。本组取前哨淋巴结活检15例,有前哨淋巴结转移9例、无前哨淋巴结转移6例。

关于术中局部化疗:开腹后用5-FU 10mL作肿瘤周围浆肌层注射,可杀灭手术时由于挤压向远处扩散的癌细胞,同时随着药液向淋巴结的回流亦可杀灭残留淋巴结的癌细胞或使癌细胞数量减少。开腹后亦可向腹腔内用温热蒸馏水200 mL加5-FU500~1 000 mg灌注用以杀灭手术时挤压、脱落或残留种植的癌细胞;同时术毕用温热生理盐水冲洗腹腔,并吸尽残留液,以减少残留癌细胞而对于降低术后复发率也有一定帮助^[6]。

参考文献:

- [1] 刘宏斌,韩晓鹏,孟文喆.胃癌前哨淋巴结临床意义的研究[J].中国普通外科杂志,2006,15(2):82-83.
- [2] 郑磊贞.胃癌的化学治疗现状[J].胃肠病学,2005,10(3):178-180.
- [3] 陈国玉.进展期胃癌的新辅助化疗[J].临床外科杂志,2005,13(8):476-477.
- [4] 王德臣,袁炯,宋世兵.48例胃癌根治术的临床体会[J].中国普通外科杂志,2006,15(2):147-148.
- [5] 刘凤林,秦新裕.重视胃癌术后并发症的预防[J].腹部外科,2006,19(5):269-270.
- [6] 王舒宝.合理规范的胃癌外科治疗[J].临床外科杂志,2005,13(8):475-476.

文章编号:1005-6947(2008)02-0201-02

· 病案报告 ·

真两性畸形合并先天性无子宫1例

杨顺俊¹,李维蓉²,陈文化¹,杨增玺¹,杨玉琴¹,杨玉香¹,马伶³

(甘肃省兰州市第一人民医院 1.普通外科 2.妇产科 3.病理科,甘肃 兰州 730050)

关键词:两性畸形;诊断,鉴别;病例报告

中图分类号:R 711.1 **文献标识码:**D

患者 女,72岁。已婚。因右腹股沟发现可复性肿块2年,不回纳伴疼痛11h,于2007年10月16日入院。体查:血压150/90 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa),心肺正常。

基金项目:甘肃省兰州市科技局项目(兰科200797)。

收稿日期:2008-01-22。

作者简介:杨顺俊,男,甘肃省兰州市第一人民医院副主任医师,主要从事普外科临床和实验方面的研究。

通讯作者:李维蓉 E-mail: liwei-rong3366@163.com

下腹压痛(+),反跳痛(-),移动性浊音(-),肠鸣音正常。右腹股沟区可见一大约3 cm × 4 cm的肿块,质软,表面光滑,边界清楚,不能还纳,压痛。B超检查可见右腹股沟区有一约3 cm × 4 cm雾状回声团。白细胞 $7.9 \times 10^9/L$,中性:0.81,诊断:右腹股沟斜疝并嵌顿。行妇科检查,外阴已婚式,阴道畅,但未扪及宫颈,顶端为盲端。入院后经充分术前准备,决定于连续硬膜外腔麻醉下行右腹股沟斜疝修补术。术中见肿块位于右侧腹股沟管内,腹股沟管膜性化,与

腹腔相通,肿块类似卵巢和子宫样结构,有3 cm × 4 cm × 5 cm的与之相连肌性组织,末端呈伞状开口,行右侧肌性组织及部分卵巢样组织切除。分次钳夹、切断,10号丝线缝扎切除肿物,残端回纳盆腔。术中因无法确定囊肿和肌性不规则来源及组织、器官,为防止误切决定取耻骨上3 cm横切口另行盆腔探查,发现盆腔无子宫,无双附件,膀胱位置正常。右腹股沟疝环内口约2 cm大小,疝内容物为卵巢和子宫样组织自此嵌顿。切除标本。横切肌性肿块,实性似玻璃