

文章编号:1005-6947(2008)04-0309-03

· 胃癌专题研究 ·

胃癌合并肝硬化的外科治疗和围手术期处理

王峰, 刘绪舜, 宗光全, 王伟, 龚秸明, 徐琳

(解放军第八一医院全军肿瘤中心 普通外科, 江苏 南京 210002)

摘要:目的 探讨胃癌合并肝硬化的手术方式和围手术期处理方法。方法 回顾性分析7年间手术治疗的28例胃癌合并肝硬化患者的临床资料。术前进行各项检查,积极改善患者的营养状态和肝功能、凝血机制等,预测切除肿瘤的可能性。行根治性近端胃次全切除术7例,同时行脾切除+贲门周围血管离断术4例;全胃切除5例,同时行脾切除+贲门周围血管离断术3例;根治性远端胃次全切除术12例,同时行脾切除和贲门周围曲张血管缝扎术5例;姑息性远端胃大部切除术4例。术后继续保肝治疗,并加强对并发症的监测和处理。结果 28例术后有不同程度的腹水,早期肝昏迷5例,创面渗血3例,左膈下脓肿1例,切口感染2例;术后并发症发生率为100%(28/28),均经积极治疗后恢复,全组患者无围手术期死亡。结论 胃癌合并肝硬化的手术后并发症发生率高,手术方式须根据肝功能情况、有无上消化道出血史以及胃癌的部位等采用“个体化”处理原则。良好的肝功能储备和围手术期处理,术中仔细止血和术后加强并发症的防治是决定手术预后的关键。

[中国普通外科杂志,2008,17(4):309-311]

关键词: 胃肿瘤/外科学; 肝硬化; 围手术期

中图分类号: R 735.2 文献标识码: A

Surgical treatment and perioperative management of gastric cancer with liver cirrhosis

WANG feng, LIU Xushun, ZONG Guangquan, WANG Wei, GONG Jieming, XU Lin

(Department of General Surgery, The 81th Hospital of PLA, Nanjing 210002, China)

Abstract: Objective To explore the operative procedure and perioperative management of gastric cancer with liver cirrhosis. **Methods** Clinical data of 28 cases of gastric cancer with liver cirrhosis who were surgically treated in our hospital during the last seven years were retrospectively analyzed. Preoperatively, a detailed examination, and improvement of their nutritional status, liver function, and prothrombin time were aggressively made, and the possibility of tumor removal was estimated. Seven patients underwent radical proximal subtotal gastrectomy, and 4 of these cases underwent splenectomy and pericardial devascularizaion simultaneously. Five cases underwent total gastrectomy, and 3 of them had splenectomy and pericardial devascularizaion simultaneously. Twelve patients underwent radical distal subtotal gastrectomy, and 5 of these cases had splenectomy and suture of pericardial varices simultaneously. Four patients had palliative distal subtotal gastrectomy. The support of liver function and intense monitoring and management of complications were carried out postoperatively. **Results** Varying degrees of ascites occurred in all the 28 patients postoperatively, and other complications such as early liver coma occurred in five patients, extensive wound bleeding in three patients, left subdiaphragmatic abscess in one patient and wound infection in two patients. The morbidity rate was 100% (28/28). However, all the complications were recovered by non-surgical treatment. There were no perioperative deaths in this series. **Conclusions** Gastric cancer patients with liver

收稿日期:2007-08-20; 修订日期:2007-12-08。

作者简介:王峰,男,解放军第八一医院主任医师,主要从事普外科临床方面的研究。

通讯作者:王峰 E-mail:wf4025136@sina.com

cirrhosis are at a significant risk of developing postoperative complications. The surgical procedure should the "individual" principle based on liver function, history of upper gastrointestinal bleeding and the location of gastric carcinoma. Good hepatic reserve and perioperative care, meticulous hemostasis during operation, and prevention and treatment of postoperative complications are the likely determinants of operative prognosis.

[Chinese Journal of General Surgery, 2008, 17 (4) : 309 - 311]

Key words: Stomach Neoplasms/surg; Liver Cirrhosis; Perioperative Period

CLC number: R 735.2

Document code: A

胃癌是最常见的恶性肿瘤之一,肝硬化被证实为胃癌发生的潜在危险因素^[1],但胃癌合并肝硬化文献报道较少。肝硬化带来的解剖和病理生理变化增加了胃癌手术的复杂性,手术后并发症的发生率也明显增高。2000年1月—2006年12月我院手术治疗胃癌患者共1 036例,其中合并肝硬化者28例,占同期手术的2.7%。本文通过对合并肝硬化患者资料的回顾性分析,探讨肝硬化合并胃癌的手术时机、手术方式和围手术期处理。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男22例,女6例,男:女为3.7:1.0;年龄36~75(平均59)岁。患者肝硬化和胃癌诊断均经临床检查及病理证实。其中贲门胃底癌7例,胃体癌5例,胃窦癌16例。乙型肝炎后肝硬化22例,丙型肝炎后肝硬化2例,血吸虫性肝硬化3例,酒精性肝硬化1例。28例均合并有门静脉高压症和不同程度的脾功能亢进,白细胞计数 $1.8 \times 10^9/L \sim 3.2 \times 10^9/L$,血小板 $29 \times 10^9/L \sim 68 \times 10^9/L$;术中门静脉测压 $32 \sim 47 \text{ cmH}_2\text{O}$ ($1 \text{ cmH}_2\text{O} = 0.098 \text{ Pa}$)。17例合并中、重度食管胃底静脉曲张,8例有上消化道出血史,其中3例有2次以上出血史;11例术前B超提示有轻度腹水存在。肝功能Child分级:A级17例,B级11例。

1.2 手术前准备

手术前常规行腹部B超、上消化道钡餐造影、内镜和血常规、血液生化、凝血常规等检查,充分了解肝脏和脾脏的形态、门静脉扩张和血流动力学改变、食管胃底静脉曲张和脾功能亢进程度、腹水的存在与否及凝血机制;观察肿瘤的形态、大小、部位、组织学类型及转移情况,初步预测肿瘤切除的可能性。通过术前检查,对患者的营养状态和肝功能储备进行评估,纠正贫血、低蛋白血症和凝血机制障碍,对有腹水者适当使用利尿剂,予以保肝及支持治疗,改善患者的营养状况和肝功

能储备,尽可能使患者的肝功能分级达到或接近A级。术前当日预防性使用抗生素。

2 治疗方法和结果

2.1 手术方法

根治性近端胃次全切除7例,同时行脾切除+贲门周围血管离断术4例;全胃切除5例,同时行脾切除+贲门周围血管离断3例;根治性远端胃次全切除术12例,同时行脾切除和贲门周围曲张血管缝扎术5例;姑息性远端胃大部切除术4例。

术后继续保肝、支持治疗,定期复查肝功能、血氨、血小板计数等,密切观察和及时处理可能出现的并发症。

2.2 病理结果

早期胃癌3例,进展期胃癌25例,其中Borrmann I型4例,II型8例,III型11例,IV型2例。组织学类型:乳头状腺癌2例,管状乳头状腺癌4例(合并肝转移1例),管状腺癌4例,低分化腺癌7例,黏液细胞癌3例,印戒细胞癌5例,腺鳞癌2例,小细胞癌1例。

2.3 术后并发症及处理

全组患者术后均有不同程度的腹水,其中11例术中有腹水者,术后腹水量明显增加,早期肝昏迷5例,创面渗血3例,左膈下脓肿1例,切口感染2例。腹水出现后予以人血白蛋白和利尿治疗,同时预防腹水感染;观察发现早期肝昏迷症状和血氨升高者,及时予以精氨酸或谷氨酸盐治疗;创面渗血者给予成分输血、补充维生素K和立止血,3d后渗血逐渐停止;左膈下脓肿行B超引导下脓肿穿刺置管引流及抗生素脓腔冲洗,2周后脓腔消失;切口感染予以常规换药。本组无围手术期死亡。

2.4 随访

25例(89.3%)获得随访。随访时间3个月至7年,中位随访时间3年。术后上消化道出血率14.3%(4例),均发生于未施行断流手术的患

者。1,3,5年生存率分别为67.9%(19/28),39.3%(11/28)和21.4%(6/28)。2例死于化疗后白细胞显著下降和严重感染;1例死于上消化道大出血;其余16例死于胃癌复发和转移。

3 讨论

外科手术是胃癌和肝硬化门静脉高压症的主要治疗手段;对此类患者胃癌的切除范围和淋巴结清扫程度关系到患者的长期生存率。然而患者合并进展性肝硬化可能不适合常规的麻醉和主要的手术^[2]。部分作者认为过度的淋巴结清扫对胃癌合并肝硬化患者可能带来术后致死性的淋巴瘘和肝功能衰竭等风险,因此不主张对肝硬化病人施行根治性手术^[3]。

随着术前保肝治疗水平的提高和手术技术的进步,对胃癌合并代偿期肝硬化实施更确切的手术已逐步成为可能。D₂式胃癌根治术并不增加患者并发症的发生率和病死率,关键在于手术前良好的肝功能储备和凝血机制,尽可能使患者肝功能达到或接近Child A级;手术中强调精细操作以减少创伤和周密止血。降低血清转氨酶的水平 and 手术中精密止血可能是减少合并肝硬化患者术后并发症的最好方法^[4]。

对于胃癌和门静脉高压症是否一期手术处理,应根据患者的全身情况、凝血机制、脾功能亢进的程度、有无上消化道出血史以及胃癌的部位和转移情况等综合评估,采用“个体化”处理原则。对于近端胃癌、胃体癌可在胃癌根治的同时,一期行脾切除加贲门周围血管离断术,即可同时处理两种疾病,也并不明显增加手术的创伤。对于远端胃癌,有明显门静脉压力增加或脾功能亢进者,可同时行脾切除术;既往无上消化道出血史者,不做预防性断流手术。对远端胃癌合并门静脉高压症,既往有上消化道出血史者,手术意见不一。有作者认为如同时进行贲门周围血管离断术与胃癌根治术,可能造成胃底坏死,故不宜同期进行^[5];也有作者认为应同时行脾切除+贲门周

围血管离断术,术中注意保留胃后动脉和左膈下动、静脉不会引起残胃坏死^[6]。对此类患者,笔者综合考虑肝硬化和恶性肿瘤患者的疾病和生存特点,采用行远端胃癌根治的同时,行脾动脉结扎或脾切除术并仔细解剖和缝扎贲门周围明显增粗的曲张血管,既可保证残胃的血供、减少残胃坏死和吻合口瘘的风险,又可部分降低门静脉压力及减少上消化道大出血的机会,而且手术的创伤也相对较小。

对肝硬化合并胃癌患者实施确切手术治疗,围手术期的处理极为重要。术后早期肝功能衰竭、腹水、出血和腹腔内感染等并发症均较单纯胃癌手术明显升高。早期并发症的发生率及患者病死率均主要取决于术前肝功能的储备和手术中创伤的大小;手术后加强对并发症的预防、监测和处理同样需高度重视,继续保肝治疗,加强营养支持,预防消化道出血及创面渗血,合理使用对肝功能影响较小的抗生素,利尿等均有效的治疗措施。

参考文献:

- [1] Zullo A, Romiti A, Tomao S, *et al.* Gastric cancer prevalence in patients with liver cirrhosis[J]. *Eur J Cancer Prev*, 2003, 12(3):179-182.
- [2] Chang CC, Chen SH, Pan S, *et al.* Endoscopic mucosal resection with a cap-fitted endoscope for early gastric carcinoma with focal submucosal invasion in a patient with decompensated liver cirrhosis[J]. *J Formos Med Assoc*, 2001, 100(12):841-843.
- [3] Isozaki H, Okajima K, Ichinona T, *et al.* Surgery for gastric cancer in patients with cirrhosis[J]. *Surg Today*, 1997, 27(1):17-21.
- [4] Jun Ho Lee, Junuk Kim, Jae Ho Cheong, *et al.* Gastric cancer surgery in cirrhotic patients: Result of gastrectomy with D2 lymph node dissection[J]. *World J Gastroenterology*, 2005, 11(30):4623-4627.
- [5] 罗维,刘占海,李少华. 门脉高压症合并胃癌治疗体会[J]. *黑龙江医药*, 2001, 24(5):125.
- [6] 周岩冰,李世宽,张建立,等. 进展期胃癌合并门静脉高压症的外科处理[J]. *中华普通外科杂志*, 2005, 20(7):406-408.