

食管胃结合部腺癌行全胃与近端胃切除术临床分析

冯 辉,汪 强,骆东峰

[摘要] **目的:**探讨食管胃结合部腺癌(AEG)行全胃切除术与近端胃切除术的疗效。**方法:**对 43 例进展期 AEG 患者随机分为全胃切除术(TG 组) 22 例和近端胃切除术(PG 组) 21 例。对 2 组患者的平均手术时间、术中失血量、住院时间、并发症的发生率、残胃癌综合征及术后 1、2 年生存率进行比较。**结果:**2 组患者手术时间、术中失血量、住院时间、残胃癌综合征、术后并发症的发生率及 1 年生存率差异均无统计学意义($P > 0.05$); 2 年生存率差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:**全胃切除术治疗进展期 AEG, 术后生存时间长, 并发症发生率低, 生活质量提高, 可以作为治疗进展期 AEG 较理想的手术方式。

[关键词] 食管胃结合部腺癌; 胃切除; 生存率

[中图分类号] R 322.44

[文献标志码] A

DOI: 10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2015.06.022

Clinical analysis of the total and proximal gastrectomy in the treatment of adenocarcinoma of the esophagogastric junction

FENG Hui, WANG Qiang, LUO Dong-feng

(Department of Surgery, The Fifth People's Hospital of Fuyang, Fuyang Anhui 236001, China)

[Abstract] **Objective:** To investigate the therapeutic efficacy of the total and proximal gastrectomy in the treatment of adenocarcinoma of the esophagogastric junction (AEG). **Methods:** Forty-three patients with advanced adenocarcinoma of the esophagogastric junction were randomly divided into the total gastrectomy group (TG group, 22 cases) and proximal gastrectomy group (PG group, 21 cases). The average operation time, intraoperative blood loss, hospitalization time, incidence of complications, residual stomach syndrome and postoperative 1 and 2-year survival rates between two groups were compared. **Results:** The differences of the operation time, intraoperative blood loss, hospitalization time, incidence of complications, residual stomach syndrome and 1-year survival rate between two groups were not statistically significant ($P > 0.05$), the difference of the 2-year survival rate between two groups was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusions:** The total gastrectomy for treating the patients with advanced adenocarcinoma of the esophagogastric junction can increase their postoperative survival time, decrease their incidence of complications and improve their living quality, which is an ideal operation method.

[Key words] adenocarcinoma of the esophagogastric junction; gastrectomy; survival rate

随着社会的进步, 人们的饮食结构和生活习惯逐渐发生改变, 食管胃结合部腺癌(adenocarcinoma of the esophagogastric junction, AEG)的发病率逐年增高, 对其治疗方法越来越引起国内外学者的重视。1998 年德国 Siewert 医生提出的 AEG 分型目前最常用^[1], 包括 I 型, 贲门齿线上 1~5 cm 食管下段的腺癌; II 型, 贲门齿线上 1 cm 至齿线下 2 cm 的腺癌; III 型, 贲门下方 2~5 cm 的腺癌。Siewert II/III 型 AEG 的手术方式有近端胃切除术(proximal gastrectomy, PG)和全胃切除术(total gastrectomy, TG)。目前关于这两种术式的选择国内外专家尚存在一定争议^[2]。本文旨在研究 AEG 行 TG 与 PG 治疗方法的疗效。现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院 2009 年 3 月至 2012 年 1 月收治的进展期 AEG 患者 43 例。纳入及排除标准: 经胃镜、上消化道钡餐造影及术前病理证实为 AEG 患者且 Siewert 分型为 II/III 型者纳入研究; 将 Siewert I 型、姑息性胃切除术及合并严重心、肺、肝、肾功能障碍者予以排除。43 例随机分为 2 组, TG 组 22 例行全胃切除术, PG 组 21 例行近端胃切除术。术前 2 组患者在性别、年龄、肿瘤分期、组织学类型方面均具有可比性($P > 0.05$) (见表 1)。

1.2 手术方法 为了确保技术一致, 所有手术均由同一组医生完成。患者均采用气管插管全身麻醉, 取上腹部正中切口逐层进腹, 常规探查腹腔。(1) TG 组: 根据淋巴结转移的状况, 将淋巴结清扫至第 2 站, 或行第 2 站加第 3 站, 行 D2 或 D3 根治术。锐性手术切除, 脉络化淋巴结清扫。吻合方法: 食管

[收稿日期] 2014-01-17

[作者单位] 安徽省阜阳市第五人民医院 外科, 236001

[作者简介] 冯 辉(1964-), 男, 副主任医师。

空肠 Roux-Y 重建吻合术 17 例,功能性空肠间置代胃术 5 例。(2)PG 组:淋巴结清扫范围及方法同 TG 组,行食管、胃端侧吻合。未常规加做幽门成型术,仅对幽门环处予以挤压,导致部分幽门括约肌断裂,扩大幽门口,以减少排空障碍。各切缘均经术中冷冻证实无癌残留后方予吻合。术后 2 组患者予以营养支持、维持水、电解质、酸碱平衡等治疗,防治并

发症。2 组患者术前均未予辅助化疗,术后均予 FOLFOX-4 方案:氟尿嘧啶、奥沙利铂、亚叶酸钙辅助化疗 6 个周期。

1.3 观察项目 比较 2 组手术时间、术中失血量、住院时间、术后并发症的发生率、残胃癌综合征及 1 和 2 年生存率。

表 1 2 组患者临床一般资料比较

分组	n	年龄/岁	男	女	TNM 分期			组织学类型			
					T ₂ N ₀ M ₀	T ₂ N ₁ M ₀	T ₃ N ₂ M ₀	高分化腺癌	印戒细胞癌	低分化腺癌	黏液细胞癌
PG 组	21	48.28 ± 11.12	13	8	3	14	4	1	2	17	1
TG 组	22	49.23 ± 10.63	15	7	5	11	6	2	3	15	2
合计	43	—	28	15	8	25	10	3	5	32	3
t	—	0.29	0.19 [△]			0.00 ^{△△}				0.32 ^{△△}	
P	—	>0.05	>0.05			>0.05				>0.05	

△示 χ^2 值;△△示 u_c 值

1.4 统计学方法 采用 t (或 t') 检验、 χ^2 检验、秩和检验和四格表确切概率法。

2 结果

全组无死亡病例,术后病理检查切缘均阴性。

2 例吻合口轻度痿患者经冲洗、引流后均痊愈出院。2 组手术时间、术中失血量、住院时间、术后并发症的发生率、残胃癌综合征及 1 年生存率差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 2 年生存率差异有统计学意义 ($P < 0.05$) (见表 2)。

表 2 2 组患者临床疗效比较

分组	n	手术时间/ min	术中失血/ ml	住院时间/ d	吻合口痿	肠梗阻	反流性 食管炎	吻合口 狭窄	残胃癌 综合征	1 年 生存	2 年 生存
PG 组	21	192 ± 25	360 ± 120	14.8 ± 2.0	1(4.8)	1(4.8)	3(14.3)	2(9.5)	1(4.8)	18(85.7)	12(57.1)
TG 组	22	205 ± 16	372 ± 116	15.6 ± 2.8	1(4.5)	1(4.5)	0(0.0)	1(4.5)	0(0.0)	20(90.9)	19(86.4)
t	—	2.02**	0.33	1.07	—	—	1.54 ^{△△}	0.002 ^{△△}	—	0.003 ^{△△}	4.56 ^{△△}
P	—	>0.05	>0.05	>0.05	1.000 [△]	1.000 [△]	>0.05	>0.05	0.488 [△]	>0.05	<0.05

**示 t' 值;△四格表确切概率法;△△示 χ^2 值;括号内为百分率(%)

3 讨论

AEG 是消化道常见的恶性肿瘤,查阅我国近年调查统计,AEG 发病比例男女约为 2:1。由于其解剖特殊,癌症早期患者不像食管癌那样较早出现进食后胸骨后不适或疼痛,临床症状、体征不典型,易发生淋巴结转移及局部浸润,早期诊断相对困难,往往发现时已属进展期,手术后预后很不理想^[3]。根治性手术是目前治疗 AEG 的主要方法,PG 治疗早期 AEG 目前国内外已达成共识,而对于进展期 II、III 型 AEG,大多数学者^[4]建议行 TG,才能保证足够的无瘤切缘。有研究^[5]发现,II、III 型 AEG 行 PG 可能会影响手术根治的彻底性,并影响部分患者的预后。手术治疗必须符合下述标准:能彻底切除原发肿瘤及解除或预防食管梗阻;要有足够的切缘,确

保切缘无瘤残存,清扫淋巴结要彻底,他们研究结果是 TG 能达到上述要求,术后生存时间及生存质量优于 PG^[6]。影响预后的主要因素是切除部位、范围。对于 AEG 如何行根治性手术切除时,既提高疗效又不增加手术病死率及并发症,是当今国内外专家共同关注的问题。多数学者^[7]认为,手术切除范围越广泛越好。与 TG 比较,PG 有下述缺点:(1)胃大弯侧淋巴结、幽门上淋巴结、幽门下淋巴结不易彻底清扫;(2)肿瘤距切缘较近;(3)残胃排空障碍、反流性食管炎发病多。邵永胜等^[8]对进展期近端胃癌研究发现,第 4、5 和 6 组淋巴结转移率分别为 67.44%、22.09% 和 15.12%。相对 PG,TG 有下述优点:(1)病灶切除范围广泛,清扫淋巴结彻底;(2)术后并发症的发生率相对偏低^[9]。既符合手术原则,又去除了 PG 中淋巴结清扫不彻底及肿瘤切除

范围不广泛的因素。随着手术设备的改进和医疗技术的提高,切割缝合器、吻合器的广泛应用,手术者经验的增加,TG 已经成为较为安全的手术方式,手术并发症和死亡率明显下降,且术后生活质量提高^[10]。本研究结果显示,行 TG 患者术后 2 年生存率高于行 PG 患者。有学者^[11]认为,PG 患者术后复发率偏高,因为残胃本身就存在潜在的癌前病变,虽然手术切除了癌变组织,但由于 PG 破坏了胃贲门“高压”区,导致胃排空时食管反流增加,加之胆汁及肠液对胃黏膜的侵袭刺激,残胃黏膜更容易发生炎症、上皮增生甚至癌变。而 TG 则去除了这些因素,不但病灶切除彻底,而且术后并发症的发生率偏低,更有利于改善其预后及生存质量^[12]。我们认为,TG 是临床上治疗进展期 AEG 较为理想的术式,既能提高患者的生存率,且并不增加术后并发症发生率及病死率,是一种理想的外科手术方法。

[参 考 文 献]

[1] Siewert JR, Stein HJ. Classification of carcinoma of the esophagogastric junction [J]. Br J Surg, 1998, 85 (11): 1457 - 1459.

[2] 苗智峰,王振宁. 食管胃交界处腺癌诊断治疗的研究进展 [J]. 中国实用外科杂志, 2010, 30(5): 406 - 409.

[3] 温志刚. 全胃切除术治疗胃底贲门癌 37 例临床疗效观察 [J]. 临床和实验医学杂志, 2010, 9(21): 1633 - 1636.

[4] 叶颖江,王杉. 可切除食管胃结合部腺癌术式选择 [J]. 中国实用外科杂志, 2012, 32(4): 283 - 286.

[5] Kim JH, Park SS, Kim J, et al. Surgical outcomes for gastric cancer in the upper third of the stomach [J]. World Surg, 2006, 30(10): 1870 - 1876.

[6] 孙益红,沈振斌. 食管-胃结合部腺癌根治术的争议与评价 [J]. 中国实用外科杂志, 2011, 31(8): 662 - 664.

[7] Meier I, Merkel S, Papadopoulos T, et al. Adenocarcinoma of the esophagogastric junction: the pattern of metastasis lymph node dissection as a rationale for elective lymphatic target volume definition [J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2008, 70(5): 1408 - 1417.

[8] 邵永胜,彭开勤,张应天,等. 进展期近端胃癌淋巴结转移 86 例 [J]. 世界华人消化杂志, 2011, 19(12): 1300 - 1306.

[9] 陈秀峰,陈海宁,张波,等. II、III 型食管胃结合部腺癌的临床分析 [J]. 四川大学学报, 2012, 43(2): 289 - 292.

[10] 代斌,潘琳,杨晨,等. 食管结合部腺癌病人行近端与全胃切除术后生活质量比较 [J]. 中国实用外科杂志, 2011, 31(2): 147 - 149.

[11] Wen L, Chen XZ, Wu B, et al. Total vs. proximal gastrectomy for proximal gastric cancer: a systematic review and meta-analysis [J]. Hepatogastroenterology, 2012, 59(114): 633 - 640.

[12] Ji YA, Ho GY, Min GC. The difficult choice between total and proximal gastrectomy in proximal early gastric cancer [J]. Am J Surg, 2008, 196(4): 587 - 591.

(本文编辑 马启)

(上接第 764 页)

[9] Méndez-Sánchez N, Chávez-Tapia NC, Vazquez-Elizondo G, et al. Eosinophilic gastroenteritis: a review [J]. Dig Dis Sci, 2007, 52(11): 2904 - 2911.

[10] Hogan SP, Rothenberg ME. Review article: The eosinophil as a therapeutic target in gastrointestinal disease [J]. Aliment Pharmacol Ther, 2004, 20(11/12): 1231 - 1240.

[11] Talley NJ, Shorter RG, Philips SF, et al. Eosinophilic gastroenteritis: a clinicopathological study of patients with disease of the mucosa, muscle layer, and subserosal tissues [J]. Gut, 1990, 31(1): 54 - 58.

[12] Kelly KJ. Eosinophilic gastroenteritis [J]. Pediatr Gastroenterol Nutr, 2000, 30(Suppl): S28 - S35.

[13] Huang FC, Ko SF, Huang SC, et al. Eosinophilic gastroenteritis with perforation mimicking intussusceptions [J]. Pediatr Gastroenterol Nutr, 2001, 33(5): 613 - 615.

[14] Sleisenger MH, Fordtran JS. Gastrointestinal disease: pathophysiology, diagnosis, management. Saunders, Philadelphia, 1993, p2v (xxx, 2136, cxiii, 2120) [J]. Ann Nucl Med, 2003, 17(7): 601 - 603.

[15] Straumann A, Spichtim HP, Bucher KA, et al. Eosinophilic esophagitis: red on microscopy, white on endoscopy [J]. Digestion, 2004, 70(2): 109 - 116.

[16] Khan S, Orenstein SR. Eosinophilic gastroenteritis: epidemiology

diagnosis and management [J]. Pediatr Drugs, 2002, 4(9): 563 - 570.

[17] Lake AM. Allergic bowel disease [J]. Adolesc Med Clin, 2004, 15(1): 105 - 117.

[18] Tan AC, Kruiemel JW, Naber TH. Eosinophilic gastroenteritis treated with non-enteric-coated budesonide tablets [J]. Eur Gastroenterol Hepatol, 2001, 13(4): 425 - 427.

[19] Melamed I, Feanny SJ, Sherman P. Benefit of ketotifen in patients with eosinophilic gastroenteritis [J]. Am J Med, 1991, 90(3): 310 - 314.

[20] Caldwell JH. Eosinophilic Gastroenteritis [J]. Curr Treat options Gastroenterol, 2002, 5(1): 9 - 16.

[21] Garrett JK, Jameson SC, Thomson B, et al. Anti-interleukin-5 (mepolizumab) therapy for hypereosinophilic syndromes [J]. Allergy Clin Immunol, 2004, 113(1): 115 - 119.

[22] Chehade M, Magid MS, Mofidi S, et al. Allergic eosinophilic gastroenteritis with protein-losing enteropathy: intestinal pathology, clinical course, and long-term follow-up [J]. Pediatr Gastroenterol Nutr, 2006, 42(5): 516 - 521.

[23] 芦军萍,黄瑛,邵彩虹,等. 嗜酸性细胞性胃肠炎 11 例 [J]. 实用儿科临床杂志, 2010, 25(1): 43 - 45.

(本文编辑 姚仁斌)