

## 不同部位胃癌临床病理特点分析

闻 静

**[摘要]** **目的:**比较不同部位胃癌的临床及病理特点。**方法:**对 62 例经手术治疗的胃癌病人临床资料进行回顾性分析,按肿瘤发生部位分为胃上部癌组(U 组,26 例)、胃中部癌组(M 组,16 例)和胃下部癌组(L 组,20 例),分析比较 3 组病人性别、年龄、预警症状、病理组织类型、分化程度、Borrmann 分型、早期诊断率、淋巴结转移发生率和远处转移发生率等。**结果:**不同部位的胃癌性别、年龄分布差异均有统计学意义( $P < 0.05 \sim P < 0.01$ )。U 组病人在吞咽困难预警症状、高中分化程度及远处转移发生率均明显高于 M 组、L 组( $P < 0.01$ )。**结论:**胃癌发生部位不同,临床及病理特征也不同,尤以胃上部癌临床病理特征较为典型。

[关键词] 胃肿瘤;病理

[中图分类号] R 735.2

[文献标志码] A

DOI:10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2017.09.006

## Analysis of clinical pathological features of gastric cancer in different locations

WEN Jing

(Department of Gastroenterology, The Second Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu Anhui 233040, China)

**[Abstract]** **Objective:** To compare the clinical characteristics and pathological features of gastric cancer (GC) in different locations. **Methods:** The clinical data of 62 GC patients treated with operation were retrospectively analyzed. Twenty-six cases in upper stomach (group U), 16 cases in middle stomach (group M) and 20 cases in lower stomach (group L) were identified. The gender, age, alarm symptoms, pathological type, differentiation degree, Borrmann type, early diagnosis rate, rate of lymph node metastasis and distant metastasis rate between three group were compared. **Results:** The differences of the distributions of sex and age in different locations GC were statistically significant ( $P < 0.05$  to  $P < 0.01$ ). The early warning symptoms of acatoposis, high differentiation degree and distant metastasis rate in group U were significantly higher those in group M and group L ( $P < 0.01$ ). **Conclusions:** The clinical characteristics and pathological features in different locations gastric cancer are different, especially for in the upper stomach cancer, its clinical and pathological features are more prominent.

[Key words] gastric neoplasm; pathology

胃癌是全球最常见恶性肿瘤之一,发病率居于恶性肿瘤第四位,占全球癌症死亡原因的第二位<sup>[1-2]</sup>。我国胃癌发病率较高,每年死于胃癌的病人居消化道肿瘤死亡原因的首位。随着对幽门螺杆菌广泛认识,近 30 年欧美国家以及我国部分地区胃癌发病率呈下降趋势<sup>[3]</sup>,而胃上部癌发病却呈明显上升趋势<sup>[4]</sup>。早期发现和治疗胃癌可提高病人生存率。本文就不同部位胃癌的预警症状、病理特点及临床特征作一报道。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2015 年 1 月至 2016 年 11 月经手术治疗的 62 例胃癌病人,其中男 56 例,女 6 例;≥60 岁 41 例, <60 岁 21 例。将胃划分为上、中、下三个区,上 1/3 区包括贲门及胃底,中 1/3

区为胃体的大部,下 1/3 区包括胃窦。其中胃上部癌(U 组)26 例,中部癌(M 组)16 例,下部癌(L 组)20 例。

1.2 方法 62 例均接受手术治疗,术后均送病理检查。组织学分型按 WHO 分类标准。比较各组之间预警症状、临床症状、早期诊断率、病理类型、分化程度、有无淋巴结转移和远处转移及 Borrmann 分型[根据德国病理学家 Borrmann 提出的分型方法将胃癌分为 I 型(结节或息肉型)、II 型(局部溃疡型)、III 型(浸润溃疡型)、IV 型(弥漫溃疡型)<sup>[5]</sup>等]。采用美国胃肠病学会规定的预警症状,如消瘦,进行性吞咽困难,持续性呕吐,胃肠道出血的证据,癌症家族史<sup>[6]</sup>。

1.3 统计学方法 采用  $\chi^2$  检验、Fisher 确切概率法和秩和检验。

## 2 结果

2.1 不同部位胃癌性别、年龄比较 不同部位胃癌

性别分布差异有统计学意义( $P < 0.01$ ),且 M 组女性比例高于 U 组和 L 组( $P < 0.05$ );不同部位的胃癌年龄分布差异亦有统计学差异( $P < 0.05$ ),U 组和 L 组以  $\geq 60$  岁病人为主, M 组以  $< 60$  岁病人为主( $P < 0.05$ ) (见表 1)。

表 1 不同部位胃癌性别、年龄比较[ $n$ ;构成比(%)]

分组	$n$	男	女	$\geq 60$ 岁	$< 60$ 岁
U 组	26	23(88.5)	3(11.5)	21(80.8)	5(19.2)
M 组	16	9(56.3)	7(43.7)*	6(37.5)*	10(62.5)*
L 组	20	19(95.0)	1(5.0)	14(70.0)	6(30.0)
合计	62	51(82.3)	11(17.7)	41(66.1)	21(33.9)
$\chi^2$	—	8.78		8.48	
$P$	—	$< 0.01$		$< 0.05$	

率的两两比较:与 U 组和 L 组比较 \* $P < 0.05$

2.2 不同部位胃癌预警症状 U 组病人吞咽困难率为 53.8%,显著高于 M 组和 L 组( $P < 0.01$ )。3 组病人在贫血方面表现差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),而在上腹痛、胀、恶心、呕吐、体质量减轻、黑便、呕血等症状差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ) (见表 2)。

表 2 不同部位胃癌临床症状比较[ $n$ ;百分率(%)]

分组	$n$	吞咽困难	上腹痛、胀	恶心、呕吐	贫血	体质量减轻	黑便、呕血
U 组	26	14(53.8)	14(53.8)	1(3.8)	0(0.0)	6(23.1)	2(7.7)
M 组	16	0(0.0)**	12(75.0)	1(6.3)	3(18.8)	5(31.3)	5(31.3)
L 组	20	0(0.0)**	10(50.0)	3(15.0)	5(25.0)	7(35.0)	5(25.0)
合计	62	14(22.6)	36(58.1)	5(8.1)	8(12.9)	18(29.0)	12(19.4)
$\chi^2$	—	24.75	2.61	1.99	7.73	0.83	4.31
$P$	—	$< 0.01$	$> 0.05$	$> 0.05$	$< 0.05$	$> 0.05$	$> 0.05$

率的两两比较:与 U 组比较 \*\* $P < 0.01$

2.3 不同部位胃癌病理结果比较 病理类型均以管状腺癌为主,3 组病人之间差异无统计学意义( $P > 0.05$ );U 组分化程度高、中分化比例(80.8%)均明显高于 M 组(37.5%)和 L 组(55.0%) ( $P < 0.01$ ) (见表 3)。

表 3 不同部位胃癌病理结果比较[ $n$ ;构成比(%)]

分组	$n$	病理类型				分化程度	
		管状腺癌	黏液腺癌	印戒细胞癌	其他	高、中分化	低分化
U 组	26	16(61.6)	3(11.5)	4(15.4)	3(11.5)	21(80.8)	5(19.2)
M 组	16	11(68.8)	1(6.2)	3(18.8)	1(6.2)	6(37.5)	10(62.5)
L 组	20	7(35.0)	1(5.0)	6(30.0)	6(30.0)	8(24.1)	12(75.9)
合计	62	34(54.8)	5(8.1)	13(21.0)	10(16.1)	35(56.5)	27(43.5)
$\chi^2$	—	7.80*				10.79	
$P$	—	$> 0.05$				$< 0.01$	

\*示  $Hc$  值

2.4 不同部位胃癌淋巴结转移发生率及远处转移发生率比较 U 组淋巴结转移 17 例(65.4%),M 组 10 例(62.5%),L 组 14 例(70.0%),3 组差异无统计学意义( $\chi^2 = 0.39, P > 0.05$ )。而远处转移 U 组 20 例(76.9%),与 M 组 9 例(56.3%)、L 组 3 例(15.0%)比较差异有统计学意义( $\chi^2 = 17.54, P < 0.01$ )。

2.5 不同部位胃癌 Borrmann 分型比较 Borrmann I 型 U 组 2 例(7.7%),M 组 1 例(6.3%),L 组 1 例(5.0%); II 型 U 组 6 例(23.1%),M 组 1 例(6.3%),L 组 5 例(25.0%); Borrmann IV 型 U 组 2 例(7.7%),M 组 4 例(25.0%),L 组 3 例(15.0%)。3 组均以 Borrmann III 型居多,其中 U 组 16 例(61.5%),M 组 10 例(62.5%),L 组 11 例(55.0%)。3 组 Borrmann 分型差异无统计学意义( $Hc = 5.75, P > 0.05$ )。

2.6 不同部位胃癌早期诊断率比较 U 组早期诊断率为 23.1%,M 组为 12.5%,L 组为 75.0%,L 组高于 U 组和 M 组( $\chi^2 = 18.65, P < 0.01$ )。

### 3 讨论

本资料显示胃癌患病以  $\geq 60$  岁为主,与胃癌发生率随年龄增长而增加,其发病高峰  $> 60$  岁是相符的<sup>[7]</sup>,有资料<sup>[8]</sup>显示,胃癌发生率男性高于女性,可能与男性压力大及吸烟等有关,女性发病少可能与雌激素的影响有关。可以看出,胃上部癌组  $\geq 60$  岁男性发病率较为突出,明显高于胃中、下部癌组,可能与胃底腺萎缩,交界区上移,肠上皮化生的概率增加,同时老年人的下食管括约肌功能差,神经调节机制失衡,平滑肌退行性变等有关<sup>[9]</sup>。癌症发病率随年龄增长而显著升高,极可能是由于生命历程中特定癌症危险因素的积累,加上随着机体逐渐衰老,细胞修复机制的有效性具有下降的倾向。因此,对于初次就诊的老年病人应提高警惕。

从预警症状来看,除吞咽困难与贫血外,3 组胃癌其他临床症状相似。本文早期胃癌发病率 37.1%,表明大多数病人确诊时为胃癌晚期,在日本,其全国性的胃镜普查能查出很多无症状或有轻度消化不良症状的胃癌病人,其中 90% 以上是早期胃癌;在我国,由于胃镜检查未能成为普查手段,往往病人都是出现临床症状甚至症状较重后才来就诊,出现预警症状的比例偏高<sup>[10]</sup>。本文胃下部癌病人(75.0%)早期诊断率显著高于胃上部癌病人(23.1%),与李兆申<sup>[11]</sup>提出的早期胃癌的发生部位

以胃窦部增多一致。U 组病人早期常表现为上腹饱胀、隐痛等消化不良症状或无明显症状,尤其是老年病人易被忽视,随着疾病发展尤其是贲门癌进展期常常表现为进食困难或哽噎等症状方来就诊,主要与其发生部位特殊解剖结构有关。有的甚至误诊为胃食管反流病,失去最佳手术时机。因此,早期胃镜检查及有经验的胃镜医生是提高早期诊断率的关键。对有预警症状、治疗效果不佳的病人可采取放大内镜联合窄带成像内镜或放大内镜联合染色内镜<sup>[12]</sup>,早期、准确地发现胃黏膜癌性病灶。没有条件的地区,应反复胃镜下活组织检查,同时结合上消化道造影、上腹部 CT 等提高早期诊断。

3 组病人病理组织学分类均以管状腺癌发病率高。随着年龄的增加胃癌分化程度也随之增加,从本资料分化程度来看,U 组较为突出,以高、中分化腺癌为主,明显高于其余 2 组。进展期胃癌在临床实践中较为常见,Borrmann 分型是目前国内外普遍采用的进展期胃癌分型方法,主要根据肿瘤在黏膜面的形态特征和在胃壁内的浸润方式而划分 4 型,3 组 Borrmann 分期均以 III 型多见,差异有统计学意义。淋巴结转移是胃癌的主要转移途径,3 组淋巴结转移率差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。而 U 组的远处转移发生率显著高于 M 组和 L 组,主要与胃上部癌特殊解剖结构有关,胃上部癌常侵犯食管下段及肝脏等邻近器官,病人常失去治疗时机,预后差,短期病死率高,从而证实淋巴结转移是影响胃上部癌预后的重要因素之一<sup>[13]</sup>。

近年来胃上部癌逐渐增多,早期诊断率低;胃中、下部癌发病率有所下降,可能与幽门螺杆菌感染的发病率下降有关。但随着生活水平提高,肥胖及胃食管反流病的增加,胃上部癌尤其是贲门癌发病率逐渐增多。尽管不同部位胃癌好发于老年人,就诊时大部分已处于中晚期,但手术切除率仍较高。

因此,充分认识不同部位胃癌预警症状、病理特点、临床特征,对提高临床诊断率及合理选择手术方式,从而提高病人生存率及生活质量有重要意义。

#### [参 考 文 献]

- [1] GONZÁLEZ CA, AGUDO A. Carcinogenesis, prevention and early detection of gastric cancer; where we are and where we should go [J]. *Intern J Cancer*, 2012, 130(4): 745.
- [2] 何峰, 张小霞. 奥沙利铂联合卡培他滨对胃癌病人的疗效及对免疫功能的影响[J]. *蚌埠医学院学报*, 2013, 38(9): 1096.
- [3] 陈灏珠, 林果为. *实用内科学* [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 1989.
- [4] 王文鹏, 薛英威, 嵇春杨, 等. 不同部位进展期胃癌病理临床病理特征分析及预后分析[J]. *中华胃肠外科杂志*, 2015, 18(12): 1248.
- [5] 孙明星, 宫喜明. 进展期胃癌浸润浆膜层或邻近器官相关因素分析[J]. *辽宁医学院学报*, 2012, 33(1): 33.
- [6] LOYD RA, MCCLELLAN DA. Update on the evaluation and management of functional dyspepsia [J]. *Am Fam Physician*, 2011, 83(5): 547.
- [7] 张玉坤. Mir-1271 及 RTEL1 在青年及老年胃癌中的表达及意义[J]. *中国老年学杂志*, 2013, 29(15): 1973.
- [8] CAMARGO MC, GOTO Y, ZABALETA J, *et al.* Sex hormones, hormonal interventions, and gastric [J]. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prevent*, 2012, 21(1): 20.
- [9] 郭永强, 田大宇. 不同年龄组胃癌病人的临床病理特征和预后分析[J]. *临床消化病杂志*, 2012, 24(1): 20.
- [10] 王显松, 陈德琴. 预警症状与胃癌预后的相关性研究[J]. *浙江医学*, 2012, 34(7): 509.
- [11] 李兆申. *胃肠道疾病内镜诊断与治疗学* [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 239.
- [12] GUO T, LU XA, YANG AM, *et al.* Enhanced magnifying endoscopy for differential diagnosis of superficial gastric lesions identified with white-light endoscopy [J]. *Gastric Cancer*, 2014, 17(1): 122.
- [13] GRAZIOSI L, MARINO E, CAVAZZONI E, *et al.* Prognostic value of the seventh AJCC/UICC TNM classification of non-cardia gastric cancer. [J]. *World J Surg Oncol*, 2013, 11: 103.

(本文编辑 姚仁斌)