

全胃切除-食管空肠Roux-en-Y 吻合治疗 进展期近端胃癌患者的临床效果

傅健

胃癌的发生率、死亡率在所有恶性肿瘤中均较高^[1]。根据肿瘤的发病部位,胃癌分为近端胃癌与远端胃癌,发生在胃上部1/3处的腺癌(贲门附近)称为近端胃癌。研究发现,近端胃癌的发病率呈上升趋势,在总体胃癌中约占23%^[2,3]。近端胃癌主要的治疗手段是手术切除^[4],选择不同的切除范围、术后重建对近端胃癌患者的预后影响不同,关于手术的切除范围、术后重建方式尚未有统一的认定^[5]。本次研究比较全胃切除-食管空肠Roux-en-Y吻合术与近端胃切除-胃食管吻合术的临床效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2005年6月至2010年12月义乌市中心医院医院收治的行全胃切除-食管空肠Roux-en-Y吻合术的近端胃癌患者74例为A组,其中男性40例、女性34例;年龄27~78岁,平均年龄(57.82±18.05)岁;选择同期本院行近端胃切除-胃食管吻合术的近端胃癌患者52例为B组,其中男性27例、女性25例;年龄28~77岁,平均年龄(56.12±19.25)岁。两组患者均行根治性切除术;根据采取手术切除范围与术后重建方式,且符合本次研究纳入标准:①经内镜、病理学检查诊断的近端胃癌;②临床资料与术后病理学资料详实完整;③术前均未进行化疗、放疗。并排除有心、肝等基础性疾病者,以及伴发其他部位原发恶性肿瘤者。本次

研究获得医院伦理委员会批准。两组一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 手术方法 两组患者采用气管插管给予全身麻醉,切口位于上腹正中,术后使用一次性吻合器吻合。A组行全胃切除-食管空肠Roux-en-Y吻合术,经切口入腹腔,将胃提出腹腔外,对横结肠中段大网膜及系膜前叶至胰腺下缘逐步剥离,距贲门口上方3 cm处做荷包,切除全胃,之后行食管空肠Roux-en-Y吻合术,以空肠代胃。B组行近端胃切除-胃食管吻合术,将胃体提出腹腔外,切除近端胃,之后将残胃前壁切开,并置入吻合器,直视下或腔镜下吻合食管及残胃,缝合胃前壁,常规冲洗腹腔后放置引流。两组均行D2淋巴结清扫,术中严格执行无癌操作。所有患者术后按常规复诊。

1.3 检测指标 记录两组患者的术中出血量、手术时间、术后住院时间、术后排气时间、手术死亡率。记录患者淋巴结清扫数目,以评价肿瘤切除的安全性。随访并记录两组患者术后生存状况,随访截止时间为2015年12月。

1.4 统计学方法 采用SPSS 17.0进行统计分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示。计量资料比较采用 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验。设 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的手术情况比较见表1

表1 两组患儿一般资料及临床指标比较

组别	手术时间 /min	术中出血量 /ml	淋巴结清扫数目 /枚	术后住院天数 /d	术后排气时间 /d
A组	204.61 ± 86.37	308.32 ± 127.61	23.21 ± 7.63*	15.24 ± 8.31	2.62 ± 1.12
B组	182.10 ± 83.54	310.42 ± 132.22	16.61 ± 7.82	16.44 ± 9.62	2.54 ± 1.71

注:*,与B组比较, $P < 0.05$ 。

由表1可见,A组的淋巴结清扫数目明显高于B组,差异有统计学意义($t = 4.75, P < 0.05$)。两组在手

术时间、术中出血量、住院天数、术后排气时间方面比较,差异均无统计学意义(t 分别=1.46、0.09、0.75、

0.40, P 均 >0.05)。

2.2 两组患者的术后并发症、死亡率比较见表2

表2 两组患者的术后并发症、死亡率比较

组别	n	手术死亡		术后并发症		TNM分期			
		死亡	存活	有	无	I期	II期	III期	IV期
A组	74	2(2.70)	72(97.30)	18(24.32)*	56(75.68)	6(8.11)	5(6.76)	39(52.70)	24(32.43)
B组	52	1(1.92)	51(98.08)	27(51.92)	25(48.08)	9(17.31)	23(44.23)	16(30.77)	4(7.69)

注: *:与B组比较, $P<0.05$ 。

由表2可见, A组有2例患者手术当日由于低血容量休克而亡, B组有1例患者手术当日因腹腔内出血、失血性休克而亡, 两组的手术死亡率比较, 差异无统计学意义($\chi^2=0.08, P>0.05$)。两组术后并发症主要有感染(肺部、切口、泌尿系、膈下)、急性肠梗阻、胃排空障碍、吻合口瘘、吻合口狭窄、反流性食管炎等, 经及时对症处理后均得到控制。A组术后并发症的发生率明显低于B组, 差异有统计学意义($\chi^2=10.13, P<0.05$)。两组的术后TNM分期比较, 差异有统计学意义($\chi^2=33.25, P<0.05$)。

2.3 两组生存率比较见表3

表3 两组患者的生存率比较

组别	1年生存率	3年生存率	5年生存率
A组	65(87.84)	48(64.86)	46(62.16)*
B组	44(84.62)	31(59.62)	23(44.23)

注: *:与B组比较, $P<0.05$ 。

由表3可见, A组患者的5年生存率高于B组, 差异有统计学意义($\chi^2=3.96, P<0.05$)。两组的1年、3年生存率比较, 差异均无统计学意义(χ^2 分别=0.27、0.36, P 均 >0.05)。

3 讨论

目前, 在对近端胃癌患者行切除手术中, 根据胃癌的部位、肿瘤大小、病理类型、转移状况, 选择合适的手术方式^[6,7], 但是对手术方式与术后重建的选择方面尚未有一致的结论。采用不同的手术方式与术后重建都会不同程度的影响患者的预后, 因此, 如何选择直接影响到患者的预后生存状况。

研究发现, 胃癌患者行根除术后生存时间的影响因素有淋巴结转移情况、肿瘤分期等, 无癌残留是术后生存时间延长的保护因素^[8,9]。因此, 胃癌手术根除术的基本原则是癌全部切除即无残留癌^[10], 这就要求在行根除术中要有足够的胃、淋巴切除范围, 必要时需切除临近的组织或器官。本次研究结

果显示, 全胃切除—食管空肠Roux-en-Y吻合组患者的淋巴结清扫数目高于近端胃切除—胃食管吻合组患者($P<0.05$), 其术后并发症的发生率低于近端胃切除—胃食管吻合组患者($P<0.05$)。有研究发现近端胃切除术中淋巴结清扫不够彻底, 尤其是脾动脉干、胃大弯侧、脾门、幽门部位, 预后较差^[11,12], 因此, 对于全胃切除术来说, 淋巴结清扫彻底, 癌残留可能性较少, 可能改善患者预后的重要原因之一。本次研究结果还显示, 全胃切除—食管空肠Roux-en-Y吻合组患者的5年生存率高于近端胃切除—胃食管吻合组患者($P<0.05$)。这表明全胃切除—食管空肠Roux-en-Y吻合术更为接近理想的近端胃癌根治切除范围和消化道重建, 其切除范围足够, 淋巴结清除范围适度^[13], 较为接近食管—胃—十二指肠—小肠生理通道。因此, 行全胃切除—食管空肠Roux-en-Y吻合术的患者术后并发症发生率小, 尤其是反流性食管炎的发生, 预后较理想, 明显提高生存率。而近端胃切除—胃食管吻合术淋巴结清扫的数目、切除范围小, 导致术后复发率较高^[14,15]。本次研究结果显示, 两组的手术时间、术中出血量、术后住院天数、排气时间差异均无统计学意义(P 均 >0.05)。这表明虽然与近端胃切除术相比全胃切除术会存在较多的不良临床病理因素, 但是这两种手术方式对手术的操作、难易程度的差异无显著性。

综上所述, 行全胃切除—食管空肠Roux-en-Y吻合术的进展期近端胃癌患者术后并发症少, 5年生存率高。可见, 对进展期近端胃癌采用全胃切除—食管空肠Roux-en-Y吻合术较为合适。

参考文献

- 张浩, 汤雪峰, 刘岗, 等. 两种术式对近端胃癌患者预后的影响研究[J]. 中国临床医生, 2016, 16(4): 72-74.
- Jung DH, Ahn SH, Park DJ, et al. Proximal gastrectomy for gastric cancer[J]. J Gast Cancer, 2015, 15(2): 77-86.

3 Park DJ, Ahn SH, Kim HH. Minimally invasive surgery in gastric cancer[J]. Korean J Clin Oncol, 2015, 11(2): 37-42.

4 洪强, 汪勇. 腹腔镜与开腹进展期胃癌根治术近期疗效比较[J]. 全科医学临床与教育, 2015, 13(4): 394-396.

5 Téoule P, Trojan J, Bechstein W, et al. Impact of neoadjuvant chemotherapy on postoperative morbidity after gastrectomy for gastric cancer[J]. Digest Surg, 2015, 32(4): 229-237.

6 杨志锋, 江小梅, 陈宏. 不同术式对进展期近端胃癌患者预后的影响[J]. 实用癌症杂志, 2014, 29(11): 1446-1448.

7 张小宇, 杨忠福, 曾瑞敏, 等. 多层螺旋 CT 对进展期胃癌 T 分期的探讨研究[J]. 全科医学临床与教育, 2015, 13(2): 147-149.

8 Tomizawa M, Shinozaki F, Fugo K, et al. Detection of gastric cancer using transabdominal ultrasonography is associated with tumor diameter and depth of invasion[J]. Exper Therap Med, 2015, 10(5): 1835-1839.

9 Rosa F, Alfieri S, Tortorelli AP, et al. Trends in clinical features, postoperative outcomes, and long-term survival for gastric cancer: a Western experience with 1,278 patients over 30 years [J]. World J Surg Oncol, 2014, 12(1): 1-11.

10 Merrett ND. Multimodality treatment of potentially curative gastric cancer: Geographical variations and future prospects[J]. World J Gastroenterol, 2014, 20(36): 12892-12899.

11 Steur WO, Hartgrink HH, Dikken JL, et al. Quality control of lymph node dissection in the dutch gastric cancer trial[J]. Brit J Surg, 2015, 102(11): 1388-1393.

12 Kawamura Y, Satoh S, Umeki Y, et al. Evaluation of the recurrence pattern of gastric cancer after laparoscopic gastrectomy with D2 lymphadenectomy[J]. Springer Plus, 2016, 5(1): 1-9.

13 Yamamoto M, Rashid OM, Wong J. Surgical management of gastric cancer: the East vs. West perspective[J]. J Gastroi Oncol, 2014, 6(1): 79-88.

14 Jung DH, Ahn SH, Park DJ, et al. Proximal gastrectomy for gastric cancer[J]. J Gastric Cancer, 2015, 15(2): 77-86.

15 Ahn SH, Jung DH, Son SY, et al. Laparoscopic double-tract proximal gastrectomy for proximal early gastric cancer[J]. Gastric Cancer, 2014, 17(3): 562-570.

(收稿日期 2016-07-26)
(本文编辑 蔡华波)

· 消 息 ·

《全科医学临床与教育》杂志关于各种欺诈信息的严正声明

近期接到作者反映有网站假冒《全科医学临床与教育》杂志进行欺诈活动。对此,本杂志社做如下声明:

- 1.《全科医学临床与教育》杂志唯一投稿官方网站:www.zhqkyx.cn,只接受在线投稿。
- 2.《全科医学临床与教育》杂志社未授权给任何单位和个人代理征稿。
- 3.录用稿件交纳费用必须到邮局办理汇款手续,如有人通知向个人卡号汇款,定是诈骗行为。
- 4.作者对稿件如有何疑问,请及时与编辑部联系。

请广大作者明鉴,谨防上当受骗。《全科医学临床与教育》杂志社保留追究侵权者法律责任的一切权利。特此声明!

《全科医学临床与教育》杂志社