

225-226.

2 杨文丽,林雪峰,邹波,等. 楔状缺损与干扰关系的研究[J]. 华西口腔医学杂志,2007,25(4):383-385.

3 Grippo JO, Simring M, Schreiner S. Attrition, abrasion, corrosion and abfraction revisited: a new perspective on tooth surface lesions [J]. J Am Dent Assoc, 2004, 135(8):1109-1118.

4 皮昕,主编. 口腔解剖生理学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2004:43.

5 滕敏,孙钦峰,颜培常. 调殆对楔状缺损充填效果的影响[J]. 口腔医学,2007,27(9):476-477.

6 张清,王嘉德,霍波. 楔状缺损充填治疗后牙颈部硬组织应力分析[J]. 中华口腔医学杂志,2003,38(4):264-265.

[收稿日期 2009-10-09][本文编辑 宋卓孙 黄晓红]

经验交流

# 残胃癌 51 例临床特点与手术治疗分析

郑巍巍, 张传琰, 金钦文

作者单位: 530021 南宁,广西医科大学附属肿瘤医院胃肠外科

作者简介: 郑巍巍(1981-),男,在读研究生,住院医师,研究方向:胃肠道肿瘤。E-mail: zhengweiwei61@126.com

通讯作者: 张传琰(1949-),男,硕士研究生,硕士研究生导师,主任医师,研究方向:胃肠道肿瘤的诊断和治疗

**[摘要]** 目的 探讨残胃癌的临床特点、诊断和外科治疗方法。方法 回顾性分析本院 51 例残胃癌的临床及随访资料,并与同期收治的其他胃癌 982 例进行对比。结果 本组 51 例残胃癌中男性为绝大部分,占 84.8% (43/51),中位年龄为 58 岁,首次手术因胃溃疡行 Billroth II 吻合为主者占 96% (48/51)。残胃癌发病在吻合口行再次手术切除率者占 56.86% (29/51),其中行根治性切除率者占 25.49% (13/51),非根治性切除率者占 60.78% (38/51)。并发症发生率为 5.88% (3/51),与同期其他胃癌(5.19%)相比差异无统计学意义( $\chi^2=0.223, P=0.637$ )。根治性切除组 1、3、5 年生存率分别为 84.6%、48.7% 和 31.6%,非根治性切除组 1、3、5 年生存率分别为 51.61%、0.00% 和 0.00%,两者比较,差异有统计学显著意义( $\chi^2=4.028, P<0.05$ )。总 1、3、5 年生存率分别为 78.43%、29.41% 和 13.73%,与同期其他胃癌对比(74.95%、46.95% 和 26.07%),差异无统计学意义( $P=0.085$ )。结论 残胃癌手术治疗安全有效,疗效与胃癌手术治疗相当。

**[关键词]** 残胃癌; 外科治疗

**[中图分类号]** R 735.2 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2010)02-0154-04

**doi:**10.3969/j.issn.1674-3806.2010.02.20

**Clinical features and surgical treatment of gastric remnant carcinoma (report of 51 cases)** ZHENG Wei-wei. ZHANG Chuan-min, JIN Qin-wen. Department of Gastrointestinal Surgery, Tumor Hospital of Guangxi Medical University, Nanning 530021, China

**[Abstract]** **Objective** To analyze the clinical features, diagnosis and surgical treatment of gastric remnant carcinoma. **Methods** Fifty-one cases of gastric remnant carcinoma admitted in our hospital were analyzed for the clinical features, diagnosis, surgical treatment and follow-up data retrospectively, and were compared with 982 cases of other gastric cancers in the same time period. **Results** In gastric remnant carcinoma group, most majority of the patients were male (43/51), the median age was 58, first-operation in most of patients was Billroth II procedure for gastric ulcer, in 96% (48/51) of the patients the tumor located in the anastomotic stoma, removal rate was 56.86% (29/51) and radical resection rate was 25.49% (13/51). The incidence of postoperative complications in gastric remnant carcinoma group was 5.88% (3/51), while the control group was 5.19%, there were no statistical differences between them ( $P=0.637$ ). In gastric remnant carcinoma group, overall 1、3、5-year survival rate was 78.43%、29.41%、13.73% respectively, compared with the control group (74.95%、46.95%、26.07%, respectively), there was no statistical difference ( $P=0.085$ ). **Conclusion** Surgical treatment for gastric remnant carcinoma is safe and effective, and the curative effect amounts to gastric cancer.

**[Key words]** Gastric remnant carcinoma; Surgical treatment

1922年 Balfour 首次提出残胃癌 (gastric stump cancer, GSC) 概念,指因胃良性病变而行胃大部分切除术5年以上由残胃发生的原发肿瘤。近年来,随着胃切除手术的盛行、诊断技术的提高以及对GSC认识的加深,GSC的诊断率(国内报道为0.13%~13%)在逐年增加,已引起普外科医师的高度重视。我们于1990-01~2009-10对51例残胃癌进行了部分手术治疗,现结合临床特点,分析报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 51例残胃癌患者,占同期收治胃癌患者的5.19%(51/982),其中男43例,女8例,年龄35~76岁,中位年龄58岁。首次手术均为胃大部分切除(Billroth II式44例,Billroth I式7例),其中胃溃疡23例,胃出血4例,胃穿孔10例,幽门梗阻7例,十二指肠球部溃疡7例。临床表现:上腹不适、腹痛、胸骨后烧灼感及其他消化道症状如恶心、呕吐、反酸、嗝气、黑便等,晚期病例则表现为贫血、进行性消瘦和恶病质。残胃癌发现时间为首次手术后12~42年。

**1.2 方法** 回顾性分析51例残胃癌患者临床病理资料,探讨残胃癌的临床表现、与原手术方式的关系、发生部位、组织学类型、TNM分期、再次手术方式、预后及预防措施等。

**1.2.1 诊断及病理类型** 所有病例均常规行胃镜和(或)上消化道钡餐检查。胃镜检查活检证实为残胃癌49例,确诊率96.07%,消化道钡餐检查可疑1例,手术活检1例。肿瘤发生部位:胃肠吻合口48例(94.12%),胃体1例,贲门1例,胃体伴贲门1例。组织学分型:低分化腺癌41例,低分化部分黏液腺癌3例,低分化部分印戒细胞癌5例,未分化腺癌2例。Borrmann分型:I型6例,II型8例,III型32例,IV型5例。周围脏器浸润、侵犯情况:胰腺被膜25例,腹主动脉旁LN15例,腹膜、网膜、系膜20例,肝脾15例,胃周LN10例,盆壁5例,锁骨区5例。手术患者TNM分期(UICC,2003版):Ib期2例,II期6例,IIIa期20例,IIIb期11例,IV期12例。HP(+ )26例。

**1.2.2 随访** 以电话随访和门诊随访的方式获得术后生存资料。本组残胃癌患者术后均获随访,随访率为96.08%(49/51),随访时间1~96个月(2002~2009)。

**1.3 统计学方法** 计数资料采用 $\chi^2$ 检验,生存率采用寿命表法计算,运用log-rank检验比较各组累积生存率的差异性,全部数据采用SPSS13.0统计软件包进行数据分析。

## 2 结果

51例中手术切除29例,切除率为56.86%,其中根治性切除13例,姑息性切除16例,短路手术(胃空肠吻合术、空肠造瘘术)11例,剖腹探查术4例,放弃治疗5例,失访2例;全组无手术死亡。根治组中位生存时间为40个月,其1、3、5年生存率分别为84.6%、48.7%和31.6%;非根治组中位生存时间15个月,其1、3、5年生存率分别为51.61%、0.00%和0.00%。两者比较,差异有统计学显著意义( $\chi^2=4.028, P<0.05$ )。全部病例中位生存时间为28.18个月,总1、3、5年生存率分别为78.43%、29.41%、13.73%,与同期其他胃

癌(74.95%、46.95%、26.07%)相比,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

## 3 讨论

**3.1 残胃癌病因** 目前公认残胃癌是癌前疾病,普遍认为与原基础疾病有很大关系,如年龄、性别、残胃壁厚、解剖结构、吻合口改变、首次胃切除术后时间、病变部位和手术方式相关,尤其与首次胃切除的吻合方式和残胃的生理改变密切相关。目前认为主要有下列学说:(1)十二指肠胃返流学说:胃大部分切除术后,残胃由于解剖生理改变,失去幽门的抗返流作用,存在不同程度的十二指肠胃返流现象。对不同术式的胃肠吻合术后返流量研究说明<sup>[1]</sup>,不同的胃肠吻合术后返流程度有差别,返流量由高至低排列分别为Billroth II式吻合、Billroth I式吻合、Roux-en-Y吻合,三者之间、两两之间差异有显著性。Aoyagi等<sup>[2]</sup>研究表明Billroth II式胃肠吻合术后残胃癌的发生与十二指肠胃返流有关。在十二指肠胃返流中,造成黏膜癌变的因素较复杂,胃肠道解剖结构改变较大,幽门缺如,胆汁返流,胆汁、胰液经吻合口到远端肠道,对吻合口黏膜的刺激加大,胆汁、胰液、肠液返流,返流液中二羟胆烷酸、脱脂酸卵磷脂及胰酶等溶解胃黏膜上皮蛋白层,造成胃黏膜屏障的破坏,发生慢性炎症及肠上皮化生,化生后的肠上皮可吸收脂溶性的致癌物质,但缺乏正常传输功能,导致致癌物质在黏膜内滞留<sup>[3]</sup>。本组51例胃手术后均存在十二指肠胃返流的病理基础,尤其是返流量最大的Billroth II术占44例,提示十二指肠胃返流与残胃癌的发生密切相关。(2)亚硝酸盐学说:胃大部切除术后,切除了大部酸分泌腺体,加之胃肠吻合术后存在不同程度的十二指肠液返流,胃内pH值较高。胃内pH值是决定胃内菌群的主要因素,pH值 $>4$ 的胃液总菌数较正常人胃液的总菌数增高。较高的胃内pH值使下消化道的一些细菌,如粪链球菌、厌氧菌、硝酸盐还原菌等得以定居于胃内。Watt等<sup>[9]</sup>认为残胃内大便菌群定植可催化亚硝基反应,促进亚硝酸盐和N-亚硝基化合物的形成,而亚硝胺是目前公认的致癌物之一。(3)HP感染学说:自从1983年Warren和Masrshall首先从人胃黏膜活检组织中分离出HP以来,大量的研究证实了HP感染和胃癌形成之间的相关性<sup>[4]</sup>。目前,HP被认为是一个确定的致癌因素,也是胃黏膜发生癌变的导火线。因为流行病学资料支持HP感染与慢性萎缩性胃炎和肠上皮化生都有一定的病因学联系。此外HP为I类致癌因子。HP感染可加重胃炎程度,促进溃疡形成或复发。而且长久持续存在的HP与碱性返流液有协同致病作用,使残胃黏膜严重萎缩、肠化,甚至导致癌变。本研究中GRC患者的HP感染率明显高于同期一般残胃人群。本组26例有HP感染,说明HP与残胃癌的发生密切相关。GSC患者HP感染率为50.98%(26/51),明显高于近期行胃镜检查的一般残胃患者的19.79%(76/384, $\chi^2=24.397, P=0.000<0.05$ )。(4)距第一次手术时间长学说:胃大部分切除术后时间越长,残胃癌的发生率越高,一般认为多在10~20年时段,也有人认为<sup>[5]</sup>胃大部分切除患者只要生存时间足够长就会不可避免

地发生残胃癌。本组平均为 16.8 年,手术时年龄在 50 岁以上者居多。证明残胃癌与术后间隔时间的递增成正比,尤其是术后 10 年以上者发生癌变的危险性大为增高,而且初次手术时的年龄对该病的发生也有一定影响。首次手术时年龄越大,癌变的间隔期越短。此外残胃过大、残胃收缩无力、胃黏膜细胞营养环境改变、不吸收缝线残存及异物反应等在残胃癌的发生和发展中亦有一定的作用。

**3.2 临床特点** 本病男性多于女性,文献报道的比例为 5.4~13:1,年龄多在 55~60 岁。本组资料表明,其发病多集中在术后 10~20 年,手术时年龄在 50 岁以上者居多。残胃癌发生距首次手术时间间隔各家报道不一,国内资料最长达 40 年,平均为 20 年,国外最长达 52 年,平均为 30 年。本组平均间隔为 23.23 年,大于 30 年者 10 例。但普遍认为首次手术时年龄越小,术后时间越长,残胃癌发生危险性越高<sup>[6]</sup>。本组患者初次手术为胃溃疡者 23 例,十二指肠球部溃疡 3 例,提示胃溃疡术后较十二指肠溃疡术后残胃癌的发生率高达 3~4 倍<sup>[7]</sup>。残胃癌的发生以吻合口多见,文献报道为 50% 左右,本组为 48/51,占 96%。胃切除术的术式与残胃癌的发生有密切关系,各类报道均趋一致,Billroth II 式术后残胃癌的发生远远高于 Billroth I 式。本组 Billroth II 式术后者占 86.27%,亦说明了这一点。患者初次手术最好行 Billroth I 式吻合,可减少胰液、胆汁返流入胃引起返流性胃炎。

**3.3 诊断** 早期残胃癌往往无症状,到中晚期才出现类似胃癌的症状,可以将其归纳为 3 种表现:(1)溃疡复发病状;(2)胃切除术后综合征;(3)晚期胃癌症状。本组病例中以上腹部隐痛为最多见的临床表现,占 75%,其次是呕吐、纳差、呕血、黑便。由于有胃切除手术的影响,这些症状很容易归结为手术的原因,而被患者和医师忽视。由于残胃失去了正常的解剖结构和生理功能,X 线钡餐造影检查常可遗漏较小的病灶,但在基层医院仍然需要。本组仅 1 例通过钡餐发现可疑。胃镜多部位钳取活检检查是早期发现残胃癌的最有效手段,诊断率最高达 80%~90%,本组病例胃镜检查诊断率为 96.07%。进展期残胃癌诊断不难,残胃癌的早期诊断是其治疗成败的关键。随着对残胃癌认识的加深和先进诊断技术的出现,早期诊断残胃癌完全可能。主要应遵循三个要点:一是加强胃切除术后随访,做到早期发现;二是正确认识胃切除术后临床经过与症状的动态变化;三是正确选择检查方法,做到及时确诊,胃镜检查是首选的确诊方法。

**3.4 外科治疗** 目前为止,外科治疗仍是唯一可能根治残胃癌的治疗方法,积极的外科手术可改善患者的预后<sup>[8]</sup>。残胃癌一经确诊,治疗应以规范化手术清除为主,辅以化疗、放疗等综合治疗。不能根治者行姑息性切除及短路手术,辅以后综合治疗。非根治性切除后可行放射治疗。手术方式的选择受患者年龄、一般情况、肿瘤发生部位、侵犯范围、远处转移情况限制,故临床上常根据术中肿瘤部位、大小、与周围脏器关系、淋巴结转移以及肿瘤生物学特性等情况而采取不同的外科处理方式。最好的选择应当是残胃全切加至少 D2 淋巴结清扫<sup>[6]</sup>,本组根治组患者均采取此种策略。许东

奎等<sup>[9]</sup>报道残胃癌手术切除率及根治切除率分别为 77.8% 和 42.2%。本组手术切除率为 56.86% (29/51),根治切除率为 25.49% (13/51),根治性切除率仍低于文献报道。行根治性切除术患者的 1、3、5 年生存率显著高于非根治性治疗组(包括姑息性切除术、短路或造瘘术及探查术)患者,两组相比差异有统计学意义。结合本组资料,我们认为,残胃癌患者行根治性切除可获得较好的疗效。当然外科手术的规范合理性是必要的,因此在治疗过程中需要注意以下几点:(1)术中探查残胃癌周围常有粘连,尤其是吻合口区残胃癌,此时,不要将肿块周围粘连误认为肿瘤浸润而放弃手术,使患者失去手术根治的机会;如发现有周围脏器浸润,不必强行分离癌周组织,应根据情况行联合脏器切除。(2)残胃癌有多病灶性、多时相性的特点,早期胃癌病灶常和正常黏膜混杂,表浅扩散型残胃癌浸润胃壁较浅,但黏膜面受累常难以凭肉眼精确估计,很难判定范围;手术器械与技巧的改进和支持治疗的完善,全胃切除或联合多脏器切除术后病死率和并发症发生率均较低<sup>[10]</sup>。因此,为确保手术根治性,尽可能行残胃全切除。(3)在行根治性切除术时,淋巴结的清扫是一重要组成部分,应与原发性胃癌的淋巴结清扫相区别<sup>[6]</sup>。而对于首次手术为 Billroth I 和 II 式吻合的患者,在清扫淋巴结的范围和重点上各有不同<sup>[11]</sup>,在手术时也需明确。一般包括癌肿周围第 1 组和第 7、8、9、10、11、12、13 组淋巴结,Billroth II 式重建后发生的残胃癌应包括切除吻合口两侧 5~10cm 空肠,同时清除空肠系膜根部第 14 组淋巴结。遵循个体化原则,同时清扫位于腹主动脉旁第 16 组淋巴结的扩大根治术,可提高患者的术后生存率<sup>[12]</sup>。(4)对于部分年龄较大、残胃足够大、肿瘤比较局限的残胃癌患者,可考虑保留术后的消化功能,采用残胃部分切除术。(5)手术中不管肿瘤的大小和部位,手术切缘均应超过肿瘤边缘 5 cm 以上。(6)部分无法行根治性切除,但合并出血或梗阻的病例,应行姑息性切除,除能缓解症状外,还有助于减轻机体肿瘤负荷、提高术后化疗等综合治疗效果和提高远期生存率。病期晚、有梗阻无法切除的患者应行旁路手术切除。(7)术前应尽可能明确肿瘤临床分期。目前超声内镜和 CT 可对肿瘤转移及播散性病灶作出较准确评价。本组资料手术治疗方法与分期关系密切,分期越早,根治切除率越高,其关键在于早期诊断。胃镜检查及活检是早期诊断本病的主要手段,活检时应多点取材,且保证足够的深度,对于一次活检阴性但仍有怀疑者,可在短期内再次复查以免漏诊,不易准确活检的部位应结合细胞刷检、组织印片等以提高其检出率,对于可疑病例应严密追踪随访,但有时胃镜对弥漫浸润型胃癌的检出率不高,这是由于癌组织在胃壁层内浸润扩展而黏膜似无变化,甚至仍显示酷似正常的黏膜皱襞,对此情况行 X 线气钡双重对比造影则可窥见胃壁僵硬、蠕动缺少、胃腔缩小难以扩张,提示癌细胞在胃壁广泛浸润。因此,胃镜与 X 线气钡双重对比造影能相互补充,可明显提高浸润型癌的检出率<sup>[13]</sup>。

**3.5 并发症** 术后吻合口瘘发生率高于胃癌,原因与手术

创伤大、切除范围广以及操作困难有关。另一方面患者慢性溃疡消化功能减弱,首次手术打击以及残胃癌消耗引起营养不良,手术耐受性差,所以,术前应改善患者营养状况,以利术后恢复,不能急于手术。术中置入鼻饲营养管,如术后出现吻合口瘘,可及时引流并予完全外肠外营养;同时,鼻饲营养治疗避免小肠造瘘,减轻患者经济负担。

**3.6 预后** 一般认为残胃癌的预后与临床分期、肿瘤大小、病理分型、手术切除率、淋巴清扫范围、患者年龄等有关,及时手术治疗,早期尤其是I期和II期残胃癌,可取得较好的预后。Sinning<sup>[6]</sup>等报道,根治性切除术后残胃癌患者的预后与原发胃癌无差别。本组51例中,13例行根治性切除,其预后明显好于非根治组,差异有统计学显著意义。而全组病例与同期其他胃癌累积生存率及手术并发症发生率比较差异无统计学显著意义,故我们认为残胃癌的手术治疗风险和近期疗效与其他胃癌相近,手术治疗安全可行,对于残胃癌应力争行根治性手术。

**参考文献**

- 1 Fukuhara K, Otsugi H, Takada N, et al. Reconstructive procedure after distal gastrectomy for gastric cancer that best prevents duodenogastric reflux[J]. World J Surg, 2002, 26(12): 1452-1457.
- 2 Aoyagi K, Koufuji K, Yano S, et al. Two cases of cancer in the remnant stomach derived from gastritis cystica polyposa[J]. Kurume Med J, 2000, 47(3): 243-248.
- 3 刘群, 王建刚. 残胃癌23例临床分析[J]. 医学理论与实践, 2007, 20(2): 169-170.
- 4 Kato T, Motoyama H, Akiyama N. Helicobacter pylori infection in

- gastric remnant cancer after gastrectomy[J]. Nippon Rinsho, 2003, 61(1): 30-35.
- 5 Zhang Y, Tokunaga A, Masuda G, et al. Surgical treatment of gastric remnant - stump cancer[J]. J Nippon Med Sch, 2002, 69(5): 489-493.
- 6 Sinning C, Schaefer N, Standop J, et al. Gastric stump carcinoma-epidemiology and current concepts in pathogenesis and treatment[J]. Eur J Surg Oncol, 2007, 33(2): 133-139.
- 7 王勇, 王少文, 闻兆章, 等. 残胃癌28例临床分析[J]. 中国实用外科杂志, 2002, 22(8): 488-489.
- 8 陈力, 田华, 何志刚, 等. 37例残胃癌患者外科治疗的预后分析[J]. 中华胃肠外科杂志, 2004, 7(3): 208-210.
- 9 许东奎, 赵平, 王成峰, 等. 残胃癌的临床病理特征及预后分析[J]. 中华肿瘤杂志, 2006, 28(11): 852-854.
- 10 Ogoshi K, Okamoto Y, Nabeshima K, et al. Focus on the conditions of resection and reconstruction in gastric cancer. What extent of resection and what kind of reconstruction provide the best outcomes for gastric cancer patients? [J]. Digestion, 2005, 71(4): 213-224.
- 11 Han SI, Hua Yw, Wang Ch, et al. Metastatic pattern of lymph node and surgery for gastric stump cancer[J]. J Surg Oncol, 2003, 82(4): 241-246.
- 12 Kunisaki C, Shimada H, Nomura M, et al. Lymph node dissection in surgical treatment for remnant stomach cancer[J]. Hepatogastroenterology, 2002, 49(44): 580-584.
- 13 An JY, Youn HG, Ha TK, et al. Clinical significance of tumor location remnant gastric cancers developed after partial gastrectomy for primary gastric cancer[J]. J Gastrointest Surg, 2008, 12(4): 689-694.

[收稿日期 2009-11-30][本文编辑 谭毅 黄晓红]

经验交流

159例前置胎盘妊娠结局的临床分析

韦建巍

作者单位: 546300 宜州, 广西河池市第一人民医院妇产科

作者简介: 韦建巍(1958-), 女, 大学, 副主任医师, 研究方向: 妇产科疾病的临床诊治。E-mail: 631701952@qq.com

**[摘要]** 目的 探讨三种前置胎盘类型的病因、临床表现及妊娠结局。方法 将10年间的159例前置胎盘按类型分为边缘性(80例)、部分性(32例)、完全性(47例)三组,并将临床资料进行回顾性比较分析。结果 前置胎盘的发生率为1.98%,其中边缘性0.99%,部分性0.4%,完全性0.58%。高龄、多产、流产、剖宫产均为发生前置胎盘的高危因素,三组前置胎盘患者产前出血、输血、诊断孕周、分娩孕周、阴道分娩、早产、剖宫产率比较差异均有统计学显著意义(P<0.05);三组产后出血、失血性休克、切除子宫、急诊剖宫产、择期剖宫产、新生儿体重、窒息及围产儿死亡比较,差异均无统计学意义(P>0.05)。完全性新生儿体重平均只有2470.2g。结论 前置胎盘的临床表现、妊娠结局与其类型有关,完全性及部分性前置胎盘临床症状较重,母儿预后较差,早诊断、早治疗可降低并发症发生率。

**[关键词]** 前置胎盘; 类型; 临床表现; 结局