

# 中、晚期胃癌的姑息性切除

上海邮电医院外科 张公馥 沙元铭

实践证明，一部分中、晚期胃癌患者作姑息性胃癌切除术（以下简称姑切术），术后采用中西医结合综合治疗，可较长期生存。我院曾收治胃癌257例，手术治疗174例，其中行姑切术的122例，今就此122例进行分析，报告我们的体会。

## 临床资料分析

一、本组122例姑切术中男性85例，女性37例，年令最小20岁，最大83岁，41—70岁共95例，占77.87%。

二、癌位于胃幽门及幽门窦部者86例，占70.49%，位于胃体大小弯者23例，胃底及贲门部者13例。

122例均经病理检查，其中腺癌71例，占58.19%，未分化癌22例，粘液腺癌12例，硬癌及胶样癌各6例，溃疡癌变4例，髓样癌1例。

病理分级：I级3例，II级17例，III级33例，IV级4例，未注明级别65例。

术中肉眼观察及标本病理检查已有胃癌浸润转移者100例，占81.97%，与胰、十二指肠粘连浸润或转移者30例，占24.59%。

三、有关胃浆膜层，胃周淋巴结病理检查情况：

1、术中肉眼观察胃浆膜层有癌性结节，硬变等疑有癌浸润者94例。经病理证实癌肿浸润浆膜层的66例，阳性符合率70.21%。术中未提及浆膜层情况的25例中，病理证实13例有癌浸润，超过半数。因此本组病理证实胃浆膜层有癌浸润的共79例，占67.75%。

2、术中肉眼看到或摸到胃周区域性淋巴结肿大的共94例，经病理证实为癌转移性淋巴结的62例，占65.96%，其余32例为慢

性淋巴结炎；术中未见明显淋巴结肿大的9例中，5例病理证实有癌转移。计胃周区域性淋巴结癌转移共67例，淋巴结转移率为54.92%。

四、临床症状和体征：程度不等的幽门或贲门梗阻，或消化道出血是本组病例的常见症状（约75%左右），而腹部肿块则是较常见的体征。此外，本组有2例癌性溃疡急性穿孔，1例癌性粘连致回肠系膜根部360°扭转产生急性绞窄性肠梗阻，另有3例并发卵巢Krukenberg氏肿瘤。

五、治疗：本组122例姑切术中，胃大部切除术113例（I式58例，II式44例，近端胃切+食管胃吻合术11例），全胃切除+食管空肠吻合术7例，未注明术式2例。

除姑切术外，大部分患者同时应用中西医结合综合治疗，如5-Fu，A<sub>1300</sub>，AT<sub>1258</sub>、塞替派，肿节风，转移因子等。

六、随访及疗效：122例中获得随访的111例，随访率90.98%，随访结果：

1、111例中82例已死亡，其中术后一年内死亡34例，3年内死亡70例（63.06%）。82例死亡者的术后平均生存期是1年11个月，如将术后三个月内死亡的病例除外，则术后平均生存期为2年3个月，和过去我们的资料相近<sup>(1)</sup>。

死亡原因中，因癌瘤局部复发，腹腔及全身转移最后恶病质死亡者共74例（其中肝转移黄疸肝昏迷死亡的10例），占90.24%。术后局部复发并发上消化道大出血死亡1例，术后早期死于急性心肌梗塞、心衰，隔下感染同时合并肺炎等并发症者各1例，术后应用塞替派致白细胞减少，经积极治疗无效死亡的1例，另1例术后六年因股骨颈骨

折并发肺炎死亡。2例死因不详。

2、29例生存者中，24例健在，生存3年以上的13例，5年以上的7例，10年以上的5例，20年以上1例。另5例复发者在继续治疗中。此24例健在者的平均存活期是4年10个月，如将术后半年内的病例除外，则平均存活已7年3个月。

3、111例随访表明，本组姑切术后的一年生存率 $74/111$ , 66.66%；三年生存率 $31/111$ , 27.93%；五年生存率 $14/111$ , 12.61%；十年生存率 $5/111$ , 4.5%。

## 讨 论

一、姑息性胃癌切除术在现阶段胃癌治疗中仍具有积极意义。

近年来由于纤维胃镜的较普遍应用，发现了一些早期胃癌病例，在日本早期胃癌已占30%，国内胃镜检查早期胃癌检出率仍低，约0.511—0.611%左右，因此临幊上仍以中、晚期胃癌病例居多<sup>(4)</sup>。我院257例胃癌中，Ⅲ、Ⅳ期占96.5%，由于局部病理改变明显，癌浸润广泛，失去了根治机会，姑切术能达到切除大块肿瘤组织，缓解毒性症状，为术后继续治疗创造条件，从而减轻患者痛苦，延长生命。临幊观察中，部分中、晚期胃癌作姑切术后，往往有一段时间的全身情况改善阶段，虽未能彻底切除癌瘤，但由于大块肿瘤组织的切除，从而调整了机体的内在环境，使患者本身的免疫功能发挥作用，在一定时期内起到“去邪扶正”的作用，收到较为满意的疗效。

由于手术时对局部癌的浸润范围的估计，不可能十分精确，对癌灶局部浸润的程度，淋巴结转移的范围，单凭肉眼观察和扪诊检查，容易估计错误。对这类病例如果放弃手术切除，可能丧失治疗时机。本组术中胃浆膜层肉眼观察疑有癌浸润的94例中，病理证实癌侵及浆膜层的只占70%。术中胃周

淋巴结肿大疑有癌转移，经病理切片证实的符合率是65.96%，其余属慢性淋巴结炎。由于癌性溃疡往往同时存在继发感染，因此癌灶周围肿大的淋巴结，不一定即为转移。我们认为只要全身情况允许，局部癌灶能够切除，周围肿大淋巴结即使尚有残留，亦应争取尽量切除原发癌块。有些病例手术时局部情况较差，姑切术后却获得了根治的疗效，如认为胃外转移明显，放弃手术切除，无疑将使部分能够获得根治切除的病员，失去治疗的机会。

对施行姑切术的胃癌患者，术前、术中、术后都应根据情况，给以中西医结合抗癌治疗，包括化疗，免疫治疗，中草药应用等，以提高手术疗效。

二、尽管姑切术值得采用，其术后平均生存期亦较单纯胃空肠吻合或胃癌隔离+胃空肠吻合术为长，但我们认为这一手术仍应根据具体情况掌握应用。对姑切术后半年内死亡的20例进行分析，发现这些术后短期死亡患者癌的胃外转移率高达90%，半数以上与胰、十二指肠存在致密的癌性粘连，特别是切缘阳性的3例，均在术后半年内局部复发、腹腔转移死亡。这些患者的死因，85%以上是术后癌广泛转移，恶病质，或癌局部复发引起致命性的大出血。因此拟行姑切术的中、晚期胃癌，如术中发现肝门部有转移，腹水，癌性穿孔，癌灶与胰、十二指肠存在致密粘连不易分离，切缘离癌灶过近，估计有切缘残留癌变等情况时，应慎重考虑或放弃姑切术，改作其他手术。

三、胃癌姑切术后，暂时改变了肿瘤毒性和机体抗癌免疫能力间的力量对比，肿瘤大块切除后，抑制了血清中的封闭因子，增加了淋巴细胞杀伤肿瘤细胞的能力，出现一时的全身情况改善。但随着残余癌的不断增殖，对宿主的危害作用重占优势，患者就再度处于日益恶化状态。因此充分利用姑切术

# 131例胃癌的纤维胃镜检查结果

甘肃省新医药学研究所 罗慰慈

我们采用纤维胃镜检查胃病2007例次，截至1979年10月，经病理切片、细胞涂片证实的胃癌共131例，其检出率为6.82%。现将全组胃癌的临床资料，镜下及病理所见分述如下：

## 一、一般资料

### (一) 性别与年龄

131例中男105例、女26例，男与女之比为5:1。40岁以下占13%，41至60岁占73.2%。最年轻者仅19岁，为进展期、未分化细胞型癌。

(二) 起病时间：除2例记载不详者外，73%出现症状的时间超过3个月。7例出现症状不及1个月，42例既往有胃部不适，其中1例患胃病达40年。

## 二、临床症状

腹胀达98%，腹痛93%，食欲减退90%。腹痛多见于空腹(52%)，41%系食后作痛，痛无定时仅占7%。21例诉反酸。呕血者15例，其中1例为贲门癌，其主要症状为大量呕血而不感腹痛。首都医院等报导54例早期胃癌<sup>(1)</sup>，其中上腹痛者83.3%，无症状者14.8%。信田重光等称早期胃癌无症状者可达21.7%。本组3例早期胃癌均以胃痛为主诉。

## 三、X线检查

全组有X线检查记录者106例，均系一般

钡餐观察。见表一：

表一 胃癌病例的X线诊断情况

| X线诊断   | 例数  |
|--------|-----|
| 胃癌     | 71  |
| 胃溃疡    | 21  |
| 胃炎     | 10  |
| 十二指肠溃疡 | 4   |
| 合计     | 106 |

X线检查阳性检出率为66%。经证实为原发贲门癌者17例，其中14例做了钡餐检查，仅半数诊断为贲门癌，远低于非贲门区胃癌的阳性检出率。

## 四、纤维胃镜检查情况

纤维胃镜发现癌瘤呈结节样改变者93例(61%)，73例(55%)见到溃疡形成，溃疡面最大的达6×7厘米。4例癌体小于2厘米。浅表型早期胃癌3例，其中1例直径仅0.8厘米。

胃癌存在的部位：本组病例多属进展期，受侵犯的部位往往超过1个胃区，按其受累部位，统计如表二：

胃体部癌占72.8%，较黄氏<sup>(3)</sup>报告的44.3%为高。

纤镜所见胃癌类型：呈结节状的93例，

后的一段有利时机，综合运用中西医结合的多种抗癌措施，可促进机体抗癌能力，抑制癌瘤，甚至予以消灭。本组姑切术后生存10年以上的5例中，4例坚持术后长期应用中西药物，取得满意疗效。

## 参考文献

1. 上海市中医学院外科：医学情况交流 1975 11. P. 21.
2. 上海市胃癌协作组：上海医学 1978.3 P. 8.
3. 静安区中心医院等：上海医学 1978.8 P. 47
4. 陈治平等：上海市1977年度普外科年会论文汇编 1978.5 P. 69. 中华医学会上海分会
5. W.E. Enker · S.C.N.A. Vol. 56 No 1 P. 175 1976.