

中, 晚期胃癌的姑息性切除

上海邮电医院外科 张公毅 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, 年龄最小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, A₁₃₃, AT₁₂₅₅、噻替派, 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⁽¹⁾。

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66.67%。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, 术后应用噻替派致白细胞减少, 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, 因此临床上仍以中、晚期胃癌病例居多⁽⁴⁾。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。临床观察中, 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%系餐后作痛，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⁽¹⁾，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⁽³⁾报告的44.3%为高。

纤维镜所见胃癌类型：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草药，取得满意疗效。

参 考 文 献

1. 上海邮电医院外科：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.