

慢性萎缩性胃炎组织中的生长抑素蛋白和 mRNA 表达, 这可能是 *H. pylori* 感染导致慢性胃炎的重要机制之一. 对 *H. pylori* 感染阳性的慢性萎缩性胃炎, 应积极给予抗 *H. pylori* 治疗. 及早根除 *H. pylori* 可以纠正生长抑素基因的异常表达, 并可以阻止或延缓慢性萎缩性胃炎的发生和发展, 从而降低胃癌发生的危险性.

4 参考文献

- 1 唐卓斌, 刘为纹. 胃黏膜癌变过程中胃泌素、生长抑素蛋白表达及其意义. 中华消化杂志 2001;21:693-694
- 2 唐卓斌, 刘为纹. 生长抑素及其受体基因在胃黏膜癌变过程中的

- 表达. 世界华人消化杂志 2001;9:1453-1455
- 3 唐卓斌, 周子成, 杨建民, 徐采朴. 丽珠胃三联治疗幽门螺杆菌相关性胃炎及溃疡病疗效观察. 第三军医大学学报 2000;22:710-711
 - 4 Goh KL, Parasakthi N, Peh SC, Wong NW, Lo YL, Puthucherry SD. *Helicobacter pylori* infection and non-ulcer dyspepsia: the effect of treatment with colloidal bismuth subcitrate. *Scand J Gastroenterol* 1991;26:1123-1131
 - 5 Valle J, Seppala K, Sipponen P, Kosunen T. Disappearance of gastritis after eradication of *Helicobacter pylori*. A morphometric study. *Scand J Gastroenterol* 1991;26:1057-1065
 - 6 Zhou L, Sung JJ, Lin S, Jin Z, Ding S, Huang X, Xia Z, Guo H, Liu J, Chao W. A five-year follow-up study on the pathological changes of gastric mucosa after *H. pylori* eradication. *Chin Med J(Engl)* 2003;116:11-14

编辑 张海宁

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2005 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 研究快报 •

残胃癌与残胃再发癌的手术治疗

陈俊强, 陆云飞

陈俊强, 陆云飞, 广西医科大学第一附属医院胃肠腺体外科 广西壮族自治区南宁市 530021

项目负责人: 陈俊强, 530021, 广西壮族自治区南宁市双拥路 22 号, 广西医科大学第一附属医院胃肠腺体外科. gxhans@163.com

收稿日期: 2004-12-07 接受日期: 2004-12-18

摘要

目的: 探讨残胃癌和残胃再发癌有效的手术治疗方法.

方法: 回顾性研究了 19 例残胃癌和 8 例残胃再发癌患者的临床病理资料.

结果: 残胃癌和残胃再发癌的可切除率、根治性切除率分别是 84.2%、78.9% 和 62.5%、25%。残胃癌的中数生存期是 (19.3 ± 2.4) mo, 平均生存期是 (29.8 ± 6.0) mo, 1、3、5 a 生存率分别为 61.8%、22.6%、13.8%; 其中 15 例根治切除后 1、3、5 a 生存率分别为 80.1%、28.8%、22.4%; 4 例姑息性手术存活均不到 1 a。残胃再发癌的中数生存期是 (13.0 ± 4.3) mo, 平均生存期是 (17.5 ± 4.1) mo, 1、3、5 a 生存率分别为 60.8%、9.8%、0%; 6 例姑息性手术存活均不到 2 a。残胃癌和残胃再发癌中根治性切除者的生存时间均显著长于非根治性切除者 ($P < 0.05$)。残胃癌和残胃再发癌的生存时间统计学上无显著差异 ($P = 0.261$)。

结论: 根治性切除可提高残胃癌和残胃再发癌患者的生存时间, 是有效的治疗方法.

陈俊强, 陆云飞. 残胃癌与残胃再发癌的手术治疗. 世界华人消化杂志 2005; 13(5):677-679

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/13/677.asp>

0 引言

尽管目前残胃癌尚无统一的定义, 但一般认为, 残胃癌是指良性疾病行胃切除术后 10 a 以上在残胃发生的癌及尽管胃切除术后不足 10 a, 但与初次病变无关的癌; 而残胃再发癌是指初次因胃癌行胃部分切除术后 10 a 内于吻合口或缝合线附近发生的癌^[1]. 前者通常被称为狭义的残胃癌, 而二者的结合则被称为广义的残胃癌^[2]. 由于残胃癌和残胃再发癌具有与原发性胃癌不同的淋巴引流特点, 其治疗上也有其特点, 为此我们对 19 例残胃癌和 8 例残胃再发癌的临床病理及手术治疗等情况进行分析, 探讨其有效的治疗方法.

1 材料和方法

1.1 材料 19 例残胃癌, 其中男 15 例, 女 4 例, 平均年龄 62 岁 (36-84 岁); 8 例残胃再发癌, 其中男 6 例, 女 2 例, 平均年龄 53 岁 (46-69 岁). 19 例残胃癌的首次手术情况: 胃溃疡 12 例 (63.2%), 十二指肠溃疡 7 例 (36.8%). Billroth I 式 6 例, Billroth II 式 13 例. 距首次手术间隔时间, 最长 26 a, 最短 7 a, 平均 18.6 a. 8 例残胃再发癌的首次手术情况: 8 例均为 Billroth II 式吻合, 距首次手术间隔时间, 最长 5 a, 最短 8 mo, 平均 3.2 a. 根据抗癌国际联盟 (UICC) 1997 年公布的 TNM 分期进行胃癌的分期, 组织学分型采用 WHO 标准.

1.2 方法 19 例残胃癌患者中行根治性手术 15 例, 其中残胃全切 + 胰体尾切除 + 脾切除 1 例, 残胃全切 + 脾切

除+横结肠部分切除2例,残胃全切+脾切除2例,残胃全切10例.姑息性手术4例,其中胃空肠吻合术2例,剖腹探查术1例,姑息性肿块切除1例.8例残胃再发癌患者中行根治性手术2例,其中残胃全切+胰体尾切除+脾切除1例,残胃全切+脾切除1例.姑息性手术6例,其中姑息性肿块切除3例,空肠造瘘1例,剖腹探查术2例.根治性切除者其消化道重建均采用Roux-en-Y食管空肠吻合术.

统计学处理 根据Kaplan-Meier方法计算累积生存率,使用Log rank test比较各组间生存时间有无显著差异, $P<0.05$ 有显著意义.统计计算借助于SPSS10.0完成.

2 结果

2.1 临床病理 所有患者确诊时均伴有不同程度的临床症状,以上腹饱胀和黑便最常见,其他为恶心呕吐、嗝气、上腹隐痛不适、食欲下降和进食梗噎感等.

本组残胃癌发生部位以吻合口最常见(12例),其他依次为胃底贲门(6例)、病变累及整个残胃1例.大体分型Borrmann I型2例,Borrmann II型5例,Borrmann III型9例,Borrmann IV型3例.病理类型:高分化腺癌3例,中分化腺癌2例,低分化腺癌12例,黏液癌2例.淋巴结转移阳性11例.I期1例,II期2例,III期7例,IV期11例.

本组残胃再发癌发生部位:残胃体4例,吻合口3例,胃底贲门1例.大体分型Borrmann II型2例,Borrmann III型6例.病理类型:中分化腺癌1例,低分化腺癌6例,黏液癌1例.淋巴结转移阳性5例.II期1例,III期3例,IV期4例.两组的淋巴结转移以1-4组和7组淋巴结转移为主.

2.2 残胃癌和残胃再发癌生存情况 本组27例患者均获随访.19例残胃癌的中数生存期是 (19.3 ± 2.4) mo,平均生存期是 (29.8 ± 6.0) mo,1、3、5 a生存率分别为61.8%、22.6%、13.8%,其中15例根治切除后1、3、5 a生存率分别为80.1%、28.8%、22.4%.4例姑息性手术存活均不到1 a.根治性切除组与非根治性切除组的生存时间有显著差异($P<0.0001$).

8例残胃再发癌的中数生存期是 (13.0 ± 4.3) mo,平均生存期是 (17.5 ± 4.1) mo,1、3、5 a生存率分别为60.8%、9.8%、0%.6例姑息性手术存活均不到2 a.根治性切除组与非根治性切除组的生存时间有显著差异($P=0.0334$).

残胃癌和残胃再发癌的生存时间统计学上无显著差异($P=0.261$).

3 讨论

广义残胃癌的总发病率为0.8-8.9%,远较普通人的胃癌发病率为高.狭义残胃癌与残胃再发癌约各占一半^[2-3].本组中,残胃癌和残胃再发癌的发病率是4.8%(27/563),与文献报道的一致.

残胃目前是公认的胃癌癌前状态.研究认为,残胃癌

和残胃再发癌可能具有某些共同的发病机制:(1)胃切除术后十二指肠胃的反流,使胃黏膜受到强烈的刺激和损害,其中Billroth II式比Billroth I式术后胰液及胆汁反流更严重^[4-6].(2)幽门螺杆菌与胃癌的发生有关,胃切除术后十二指肠胃反流可促进该菌的生长^[7-9].本组中,残胃癌19例中的13例、残胃再发癌8例中的全部初次手术时胃大切采用Billroth II式,这提示我们在进行消化道重建时应尽量采用可减少或避免胆汁反流的Billroth I式或Billroth II+Braun吻合,以减少残胃癌发生的可能.

然而,残胃癌和残胃再发癌的发病机制略有不同,有研究认为,良性病变引起的残胃癌是一种新的病变,而恶性病变胃切除术后残胃再发癌可能是一种异时性的多发病变,具体表现在他们二者初次手术后发病间期、肿瘤部位和组织学类型略有不同^[10-11].Tanigawa *et al*^[10]研究显示,发生残胃癌的平均时间间隔 (25.8 a) 长于残胃再发癌 (10.6 a) .本组中,残胃癌距首次手术间隔时间(平均 18.6 a)显著长于残胃再发癌(平均 3.2 a),与文献报道的一致.至于发病部位,残胃癌以吻合口最常见(12/19),而残胃再发癌以残胃体(4/8)最常见,也与文献^[10]报道的一致.这些差异可能正是他们不同发病机制在临床上的具体表现.

以往认为,由于残胃癌和残胃再发癌患者就诊时多属晚期,其切除率一般较低.但近年来,随着手术技巧的提高及对残胃癌和残胃再发癌浸润机制认识的深入,其切除率有所提高.Piso *et al*^[12]报道可切除率为66.9%,根治性切除率为58.7%(行全胃切除+系统的淋巴结清扫),根治性切除术后5 a生存率为40.7%,认为全胃切除+系统淋巴结清扫是患者获得治愈的基础.本组中,19例残胃癌的可切除率是84.2%($n=16$),根治性切除率是78.9%($n=15$);8例残胃再发癌的可切除率是62.5%($n=5$),根治性切除率是25%($n=2$).残胃癌和残胃再发癌根治性切除者生存时间显著高于非根治性切除者($P<0.05$),说明不管是残胃癌还是残胃再发癌,根治性切除均可提高患者的生存时间,是有效的治疗方法.

研究显示,残胃的淋巴引流主要有以下途径:(1)逆向引流:首次手术胃左动脉被切断,沿胃左动脉的淋巴流改向贲门右走行,再转向腹腔动脉周围;(2)胃短血管途径:切断了胃左动脉,阻断了淋巴液向腹腔动脉旁淋巴结的引流,而通过胃短血管周围淋巴结向脾门淋巴结和脾动脉周围淋巴结的引流未受到影响;(3)沿吻合的十二指肠、空肠及其系膜的淋巴引流途径;(4)纵隔内的淋巴引流.淋巴结转移以第1、2、3、4组最多,其次是第11、10、7、9组淋巴结^[2].由于残胃癌具有上述淋巴引流特点,因此其手术方法的选择也应依从其淋巴引流而作出选择.本组中,淋巴结转移也以1-4组和7组为主,与文献报道一致.我们在术中均认真清扫胃左动脉、胃后动脉和脾动脉周围的淋巴结,对于首次手术行Billroth II式胃大切者则注意清扫十二指肠、空肠及其系膜淋巴结,对

于邻近的胰、脾或横结肠受侵犯者则联合行胰体尾、脾切除或横结肠部分切除,从生存分析结果来看其疗效优于姑息性切除者,因此我们认为对于残胃癌和残胃再发癌,只要患者一般情况好,无广泛的远处转移,残胃切除联合必要的脏器切除对于提高患者的生存时间是有帮助的。

一般认为,与原发胃癌尤其是胃上部癌相比,残胃癌和残胃再发癌具有较差的预后。Bruno *et al*^[13] 将48例贲门癌、21例残胃癌和298例远端胃癌进行了比较,结果显示,贲门癌、残胃癌和远端胃癌的5 a生存率分别为23.2%、17.4%和45.0%。本组中,狭义的残胃癌行根治性切除后其5 a生存率达22.4%,低于文献报道的胃癌施行根治术后的5 a生存率30-40%^[14]。但Thorban *et al*^[15]认为,只要行病灶切除和足够的淋巴结清扫,残胃癌可获得与原发胃癌同样的预后。

4 参考文献

- 1 王靖,韩少良,邵永孚.残胃癌的淋巴结转移规律与外科治疗特点.国外医学.肿瘤学分册 2002;29:297-299
- 2 Han SL, Hua YW, Wang CH, Ji SQ, Zhuang J. Metastatic pattern of lymph node and surgery for gastric stump cancer. *J Surg Oncol* 2003;82:241-246
- 3 陈峻青.残胃癌早期诊断与现代外科治疗.中国实用外科杂志 2004;24:394-395
- 4 Zhang C, Liu ZK, Yu PW. Effects of bile reflux and intragastric microflora changes on lesions of remnant gastric mucosa after gastric operation. *World J Gastroenterol* 2004;10:1537-1539
- 5 Lorusso D, Linsalata M, Pezzolla F, Berloco P, Osella AR, Guerra V, Di Leo A, Demma I. Duodenogastric reflux and gastric mucosal polyamines in the non-operated stomach and in the gastric remnant after Billroth II gastric resection. A role in gastric carcinogenesis? *Anticancer Res* 2000;20:2197-2201
- 6 朱永湘,邱火良,何博华,谭国钊,钱聚标,肖兰凤.残胃癌若干问题的探讨(附26例报道).胃肠病学和肝病杂志 2003;12:299-300
- 7 Nakagawara H, Miwa K, Nakamura S, Hattori T. Duodenogastric reflux sustains *Helicobacter pylori* infection in the gastric stump. *Scand J Gastroenterol* 2003;38:931-937
- 8 Fukuhara K, Osugi H, Takada N, Takemura M, Lee S, Morimura K, Taguchi S, Kaneko M, Tanaka Y, Fujiwara Y, Nishizawa S, Fukushima S, Kinoshita H. Effect of *H pylori* on COX-2 expression in gastric remnant after distal gastrectomy. *Hepatogastroenterology* 2004;51:1515-1518
- 9 Baba M, Konno H, Tanaka T, Kamiya K, Baba S, Sugimura H, Nakamura S. Relationship of p53 and *Helicobacter pylori* to clinicopathological features of human remnant stomach cancer after gastric surgery for primary gastric cancer. *Oncol Rep* 2001;8:831-834
- 10 Tanigawa N, Nomura E, Niki M, Shinohara H, Nishiguchi K, Okuzawa M, Toyoda M, Morita S. Clinical study to identify specific characteristics of cancer newly developed in the remnant stomach. *Gastric Cancer* 2002;5:23-28
- 11 Matsui N, Yao T, Akazawa K, Nawata H, Tsuneyoshi M. Different characteristics of carcinoma in the gastric remnant: histochemical and immunohistochemical studies. *Oncol Rep* 2001;8:17-26
- 12 Piso P, Meyer HJ, Edris C, Jahne J. Surgical therapy of gastric stump carcinoma-a retrospective analysis of 109 patients. *Hepatogastroenterology* 1999;46:2643-2647
- 13 Bruno L, Nesi G, Montinaro F, Carassale G, Lassig R, Boddi V, Bechi P, Cortesini C. Clinicopathologic findings and results of surgical treatment in cardiac adenocarcinoma. *J Surg Oncol* 2000;74:33-35
- 14 徐惠绵,陈峻青,王舒宝.胃癌的淋巴结转移规律及其意义.中国肿瘤临床 2001;28:465-468
- 15 Thorban S, Bottcher K, Etter M, Roder JD, Busch R, Siewert JR. Prognostic factors in gastric stump carcinoma. *Ann Surg* 2000;231:188-194

编辑 张海宁

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2005 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 消息 •

第一届全球华人消化内镜学术大会征文通知

本刊讯 2005-10-14/2005-10-16将在上海隆重召开由中华消化内镜学会主办、第二军医大学承办的第一届全球华人消化内镜学术大会。大会的官方语言为中文和英文,现将会以征文有关事项通知如下:

1 会议内容

有关消化内镜基础和临床应用研究相关内容:包括上消化道内镜、大肠镜、超声内镜、小肠镜、胶囊内镜、ERCP 的诊断与治疗各个领域。

2 征文要求

(1)所投论文须为尚未在国内外相关领域杂志刊出或尚未被其他国际或国内学术会议收录的摘要。(2)凡报送的论文要求中英文摘要(中文摘要1000字以内)各一份,英文摘要的格式及具体要求请参考大会论文摘要投稿须知。此外从大会的官方网站 <http://www.csde.org.cn/wcge/> 直接下载论文摘要表。(3)摘要的内容可以电子邮件的形式发至WCGE2005秘书处收;也可以直接邮寄打印稿寄3.5寸软盘。(4)所有被大会接受的论文摘要都将被收入大会论文集。(5)截稿日期:2005-05-31。(6)大会秘书处的联系方式:北京市东四西大街42号中华医学会学术会务部 刘亚君;邮编:100710, 电话:010-65251575。