

胃良性病变行全胃切除2例

黄恺, 傅红, 师英强, 周烨, 杜春燕

黄恺, 傅红, 师英强, 周烨, 杜春燕, 复旦大学附属肿瘤医院腹部外科 复旦大学上海医学院肿瘤学系 上海市 200032

作者贡献分布: 课题设计由傅红与师英强完成; 文章涉及的病例手术操作分别由黄恺、傅红、周烨及杜春燕完成; 资料收集文献检索由黄恺完成; 论文写作由黄恺与傅红完成。

通讯作者: 傅红, 副教授, 200032, 上海市, 复旦大学附属肿瘤医院腹部外科. drfh1805@126.com

电话: 021-64175590-2605 传真: 021-64175242

收稿日期: 2009-04-02 修回日期: 2009-05-16

接受日期: 2009-05-18 在线出版日期: 2009-06-28

Total gastrectomy for benign diseases: a two-case report and literature review

Kai Huang, Hong Fu, Ying-Qiang Shi, Ye Zhou, Chun-Yan Du

Kai Huang, Hong Fu, Ying-Qiang Shi, Ye Zhou, Chun-Yan Du, Department of Abdominal Surgery, Fudan University Cancer Hospital/Institute, Department of Oncology, Fudan University Shanghai Medical College, Shanghai 200032, China

Correspondence to: Fu Hong, Department of Abdominal Surgery, Fudan University Cancer Hospital/Institute, Shanghai 200032, China. drfh1805@126.com

Received: 2009-04-02 Revised: 2009-05-16

Accepted: 2009-05-18 Published online: 2009-06-28

Abstract

Total gastrectomy may be indicated in treating extensive stomach malignancies. It is also the procedure of choice in controlling the intractable ulcer diathesis associated with non-beta islet cell tumors of the pancreas when pancreatic tumor or metastases cannot be controlled medically. Here we report two patients with benign gastric diseases, who were treated for total gastrectomy. In combination with our experiences and relative literatures, the indications of total gastrectomy for benign disease were summarized.

Key Words: Benign disease; Total gastrectomy; Indication

Huang K, Fu H, Shi YQ, Zhou Y, Du CY. Total gastrectomy for benign diseases: a two-case report and literature review. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2009; 17(18): 1901-1904

摘要

全胃切除术主要用于胃癌的手术治疗, 及伴转

移的胰腺非β细胞瘤内科治疗失败的顽固性多发性胃溃疡患者。本文报道2例胃良性病变患者全胃切除的外科诊治经过, 结合文献及临床医疗实践, 提出胃良性病变全胃切除的手术指征。

关键词: 胃良性病变; 全胃切除; 手术指征

黄恺, 傅红, 师英强, 周烨, 杜春燕. 胃良性病变行全胃切除2例. *世界华人消化杂志* 2009; 17(18): 1901-1904

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/17/1901.asp>

0 引言

全胃切除术(total gastrectomy)自1897年Schlatter首次成功施行治疗胃癌, 已逾百年之久, 目前仍系世界各国胃肠与肿瘤外科医师最常用的经典术式之一。其主要运用于胃恶性病变(主要胃癌)的手术治疗, 及伴有转移的胰腺非β细胞瘤内科治疗失败的顽固性多发性胃溃疡患者。胃良性病变通常以内科保守治疗为主, 但当内科保守治疗无效或急诊情况无法行部分胃切除时, 势必面临全胃切除的抉择。胃良性病变行全胃切除, 国内外研究与报道较少^[1-2], 对其手术指征较难把握。我科2006-2007年对2例胃良性病变患者行全胃切除, 现予以报告, 并结合国内外文献及临床医疗实践, 对胃良性病变全胃切除的手术指征予以总结。

1 病例报告

病例1: 男, 60岁, 2 mo前曾因消化性溃疡穿孔伴局限性腹膜炎, 在外院保守治疗后好转, 后出现黑便, 间歇性中上腹疼痛1 mo入院。查体上腹剑下略有压痛, 无腹膜炎体征; 血Hb、生化指标正常范围; 胃镜提示胃底近贲门巨大溃疡伴出血, 病理黏膜慢性炎症伴局灶渗出, 部分坏死出血。术前诊断胃底巨大溃疡伴活动性出血。决定手术探查, 患者腹腔内粘连广泛, 沿胃体小弯侧从贲门至幽门可及胃壁弥漫增厚, 质硬, 病灶约7 cm×8 cm, 胃体小弯侧病灶与肝左叶粘连紧密无法分离(图1)。切除部分肝组织, 强行分离小弯侧粘连,

■背景资料

全胃切除术主要用于胃癌的手术治疗, 以及伴有转移的胰腺非β细胞瘤内科治疗失败的顽固性胃溃疡患者。胃良性病变行全胃切除, 国内外研究与报道较少, 对其手术指征较难把握。

■同行评议者

张凤春, 教授, 上海交通大学医学院附属仁济医院肿瘤中心

■相关报道

Gustavsson *et al* 总结25年360例全胃切除术中37例胃良性病变的经验, 其中病变包括: Zollinger-Ellison综合征19例, 胃应激性溃疡出血7例行急诊手术, 高位或多发性溃疡4例, 胃溃疡穿孔4例, 胃平滑肌瘤2例, 术后胃瘫1例。

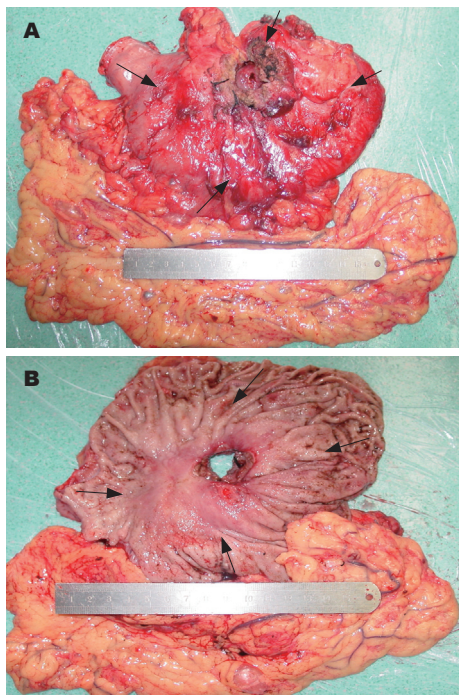


图1 病例1患者术后大体标本。胃体小弯后壁8-11 cm巨大慢性陈旧性消化性溃疡伴穿孔, 病灶自贲门下1 cm至幽门环。A: 完整全胃切除标本(标记处为溃疡穿透至浆膜面); B: 沿大弯侧剪开后(标记处为溃疡区域)。

术中冰冻未见恶性证据。考虑溃疡病灶巨大, 胃壁弥漫增厚改变, 若行部分切除, 吻合口处定血供不佳。

病例2: 男, 49岁, 因进食后中上腹隐痛、腹胀, 伴贫血消瘦半年入院。血常规Hb 79 g/L, 血生化指标正常, 肿瘤标志物仅CA 125升高(325 μg/L)。胃镜报告整个胃后壁不规则挛缩, 弥漫脑回样改变。CT提示左上腹胃体后壁巨大类圆形囊性肿块, 囊壁增厚, 伴均匀环状强化, 大小约8 cm×11 cm×18 cm, 小部分实性病变, 考虑消化系间质瘤可能。术前诊断为胃后壁巨大囊性肿块, 间质瘤可能。术中探查胃后壁巨大囊性肿块, 与胃壁无法分离, 与脾蒂及脾脏表面粘连, 未见明显肿大淋巴结(图2-3)。

2例患者均经腹行全胃切除术, 后者合并脾脏切除。消化系重建均采用结肠前Schlatter式空肠代胃, 加braun吻合, 手术经过顺利。术后病理分别为胃体小弯后壁陈旧性慢性消化性溃疡伴穿孔及胃后壁浆膜面巨大假性囊肿。患者均2 wk后出院, 术后恢复良好。随访18-30 mo, 2例患者均健在, Hb与血清总蛋白、白蛋白正常, 但体质量均有下降约2-3 kg。

2 讨论

随着外科技术的进步及围手术期处理的加强,



图2 病例2上腹部增强CT。胃体后壁巨大类圆形囊性肿块, 囊壁增厚, 伴均匀环状强化, 大小约8 cm×11 cm×18 cm。

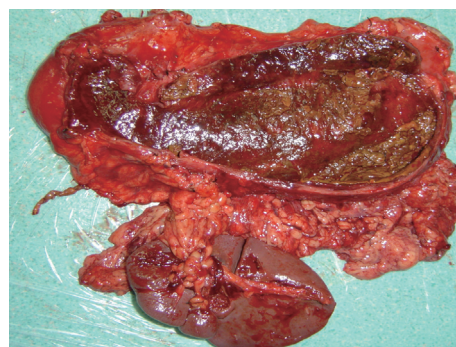


图3 病例2术后标本。胃后壁浆膜面巨大假性囊肿。

尤其是各种吻合器械的运用及术后的营养支持, 全胃切除的死亡率及术后并发症发生率已与胃大部切除术大致相似。目前对于胃的恶性病变, 全胃切除术的应用指征研究较多, 一般适用于: (1)癌肿侵犯2个分区以上; (2)浸润性生长接近胃的一半; (3)癌肿局限于一区, 但其他区有癌前病变; (4)多原发胃癌(病灶分别位于胃上、下部者); (5)侵入整个胃小弯的病变; (6)胃上部癌已有第二站淋巴结转移; (7)胃癌切除术后残留的胃组织血液循环不佳, 疑有坏死可能时, 以及胃-肠吻合口瘘保守治疗无效, 全身情况较好, 二次探查残胃无法保留的患者, 均应做全胃切除^[3-5]。

而针对胃的良性病变采用全胃切除的手术指征, 鉴于临床大宗研究与报道甚少, 国内外至今尚缺乏明确论述与治疗规范。经检索, 胃良性病变采用全胃切除, 国内外多为个案报道。1987年Mayo Clinic附属医院的Sven Gustavsson总结25年360例全胃切除术中37例胃良性病变的经验, 为迄今为止最大数目的报道。37例患者中, 男20例, 女17例, 平均年龄56岁, 病变包括: Zollinger-Ellison综合征19例, 胃应激性溃疡出血7例行急诊手术, 高位或多发性溃疡4例, 胃溃疡穿孔4例(3例行急诊手术), 胃平滑肌瘤2例, 术后

■创新盘点

本文通过作者临床经治的2例胃良性病变行全胃切除的临床经验, 结合国内外文献, 总结了胃良性病变全胃切除的手术指征, 对临床实践有一定指导意义。

胃瘫1例. 27例行Roux-en-Y食管空肠吻合, 7例行Schlatter空肠代胃加空肠侧-侧吻合, 2例行食管十二指肠端端吻合, 术后并发症发生率22%, 包括2例吻合口瘘, 1例腹腔内脓肿, 1例败血症高热保守治疗后好转, 1例心内膜炎瓣膜置换后好转. 5例术后1-3 mo内死于并发症, 死亡率为14%. 平均随访8.4年, 2例死于其他疾病, 30例患者均健在, 73%疾病控制仅有轻微症状, 但其中15%患者有不同程度体质量减轻; 1/3患者有乏力与腹泻症状; 1/4患者出现铁剂与Vit B₁₂治疗无效的难治性贫血. 作者认为胃良性病变行全胃切除, 可使疾病控制良好, 长期生存率高^[1].

其次为1997年美国Oregon Health Sciences University的Clifford教授报道的21例胃良性病变行全胃切除的临床研究. 其中男11例, 女10例, 平均年龄48岁, 病变包括: 8例伴狭窄的严重的吻合口溃疡; 8例严重碱性反流性胃炎或和食管炎; 2例术后胃瘫; 2例胃-食管吻合口坏死; 1例胃-皮下瘘管. 5例(24%)发生严重术后并发症, 具体包括: 2例腹腔脓肿, 置管引流治愈; 1例术后40天死亡(5%), 是由于吻合口瘘导致严重多发腹腔脓肿, 腹膜炎, 败血症; 1例严重肺炎, 导致呼吸衰竭被迫气管插管短期上呼吸机; 1例伪膜性肠炎最后口服稳可信治愈. 平均随访30 mo, 5例失访, 其余15例患者平均体质量指数变化不大. 该作者认为, 采用Roux-en-Y食管-空肠吻合术, 对于大多数胃良性病变患者的全胃切除, 是一种较好的消化系重建方式^[2].

分析比较后可见, 美国两组全胃切除手术后并发症率较高, 死亡率亦不低. 作者本人自2000-2007年, 在复旦大学附属肿瘤医院外科共行全胃切除术约110例, 术后仅1例吻合口瘘, 出现不同程度反流症状者约15%, 内科治疗均控制良好, 无严重反流性食管炎, 无手术死亡. 吻合方式分2种: 空肠系膜长者, 行结肠前Schlatter式空肠代胃, 十二指肠旋韧带远端输入攀40 cm, 行空肠-食管端-侧吻合, 距食管吻合口20 cm处, 加空肠侧-侧吻合术; 系膜短则采用Roux-en-Y食管-空肠吻合术, 作者通常术前置胃管时, 胃管的头部绑1根细鼻饲管, 术中两管分开, 鼻饲管放入空肠输出攀, 胃管则入输入端减压, 排气后拔出胃管, 鼻饲管即开始滴各种流质, 每天1000-2000 mL, 肠内营养则迅速改善全身营养情况, 医疗费用大为降低, 符合我国国情, 2种方法灵活掌握, 术后疗效均不错^[1-2,6-7].

其他胃良性病变全胃切除的个案报道主要

有: 1979年日本Yosasaki报道1例重度肝硬化伴胃出血患者行全胃切除; 1991年美国McCallum *et al*报道对8例胃溃疡术后难治性胃瘫者行全胃切除; 1999年新加坡Suresh *et al*报道1例大面积烧伤致严重消化系出血行全胃切除; 2001年杨家伟 *et al*报道1例全胃结核患者行全胃切除; 2002年印度Rao *et al*对1例胃扭转致严重贫血患者行全胃切除; 2006年西班牙Carlos *et al*对9例十二指肠转位术后吻合口瘘患者行全胃切除; 2007年美国Franz *et al*对1例Zollinger-Ellison综合征伴胃类癌患者; Caroline *et al*对1例Ménétrier's病(巨大肥厚性胃炎)患者行全胃切除; 2008年美国Malini *et al*对1例胃弹性假黄瘤伴出血患者行全胃切除. 可见胃良性病变的全胃切除至今全世界范围内仍不断有学者报道, 结合国内外文献及作者临床实践, 提出以下胃的良性病症适合全胃切除的手术选择: (1)超过2个分区的胃体严重的较大、较深的溃疡, 或者多发性严重的胃溃疡, 经常出现消化系出血, 甚至发生穿孔, 经内科保守治疗无效者; (2)外伤所致严重的胃挫裂伤, 急诊手术无法修复, 严重胃溃疡穿孔或胃出血无法行部分切除, 而患者整体情况尚允许的患者, 可考虑急诊全胃切除; (3)胃的良性病变但范围广泛, 伴发严重的贫血、低蛋白血症, 而内科长期治疗无效者, 诸如全胃结核、胃体巨大囊实性病变等; (4)Zollinger-Ellison综合征, 伴发胃类癌或保守治疗无效; (5)胃手术后严重并发症, 如复发性碱性反流性胃、食管炎, 食管-胃吻合口坏死、皮下瘘管或狭窄性溃疡, 以及胃术后较长期慢性胃瘫等, 保守治疗无效^[1-2,7-15].

全胃切除术往往有较高的术后营养并发症, 鉴于目前国情与较特殊的医疗环境, 胃良性病变行全胃切除仍应慎重. 对于大部分需要外科干预的病灶较大的胃良性疾病, 国内外均缺乏系统深入的研究, 术前应充分告知患者与家属全胃切除术的可能性与必要性, 特别是有时术后有时严重的并发症发生, 以及长期营养不良与体质消瘦的事实, 术前一定要有充分的手术操作技巧与严格地指征选择, 以免造成不必要的困惑与纠纷.

特别要提出的是, 美国外科学界提出并早已实施的对于严重的胃肠手术后胃瘫、严重碱性反流性胃炎或和食管炎、伴狭窄严重的吻合口溃疡、胃-食管吻合口坏死, 以及胃-皮下瘘管等, 长时间保守治疗失败者, 采用了全胃切除的手术治疗方法, 并获得了较好的疗效, 而国内迄今鲜

■应用要点

胃良性病变如累及两分区的巨大穿透性溃疡, 胃浆膜面巨大囊肿, 术后严重胃瘫等等, 伴严重贫血、低蛋白, 长时间保守治疗失败者, 全胃切除往往可获得较好的效果.

■同行评价

本研究内容重要, 结合我国的疾病谱, 对临床一线的实际操作提出相应的诊治策略, 有一定的创新性和实用性。

见介绍。因此, 我国外科学界与临床外科医师在工作实践中, 应如何掌握指征与遵循所谓的某种“诊治规范”时, 应倍加审慎与灵活掌握。

对于常见病的处理, 诊治规范可在一定程度上提供依据和指引, 但临床面临的许多新的疑难问题的处理, 在较多的情况下, 若要遵循某种“规范”较为困难, 而临床工作中往往需要规范的变化, 才能解决类似问题^[16]。我们应当认真总结国内外经验, 提出相应的诊治策略, 以减少临床一线工作者的难度, 更好地为患者服务。

3 参考文献

- 1 Gustavsson S, Kelly KA. Total gastrectomy for benign disease. *Surg Clin North Am* 1987; 67: 539-550
- 2 Farahmand M, Sheppard BC, Deveney CW, Deveney KE, Crass RA. Long-term outcome of completion gastrectomy for nonmalignant disease. *J Gastrointest Surg* 1997; 1: 182-187
- 3 周建平, 刘祺. 胃癌全胃切除指征及消化道重建术. *中国现代手术学杂志* 2002; 6: 159-160
- 4 Lehnert T, Buhl K. Techniques of reconstruction after total gastrectomy for cancer. *Br J Surg* 2004; 91: 528-539
- 5 Kim YW, Han HS, Fleischer GD. Hand-assisted laparoscopic total gastrectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2003; 13: 26-30
- 6 Dulucq JL, Wintringer P, Perissat J, Mahajna A. Completely laparoscopic total and partial gastrectomy for benign and malignant diseases: a single institute's prospective analysis. *J Am Coll Surg* 2005; 200: 191-197
- 7 杨家伟. 全胃结核行全胃切除1例. *中国误诊学杂志* 2001; 1: 1277
- 8 佐々木洋, 今岡真義, 松井雄征. 重症肝硬変患者の消化管出血に対する胃全摘出術の一経験. *日消外会誌* 1979; 12: 923-926
- 9 McCallum RW, Polepalle SC, Schirmer B. Completion gastrectomy for refractory gastroparesis following surgery for peptic ulcer disease. Long-term follow-up with subjective and objective parameters. *Dig Dis Sci* 1991; 36: 1556-1561
- 10 Nathan S, Ang ES, Chia KH, Huang MH, Lee ST. Severe gastrointestinal bleeding resulting in total gastrectomy in a patient with major burns--a case report. *Burns* 1999; 25: 531-536
- 11 Menon P, Sunil I, Chowdhury SK, Rao KL. Hunt-Lawrence pouch after total gastrectomy: 4 years follow up. *Indian Pediatr* 2003; 40: 249-251
- 12 Serra C, Baltasar A, Pérez N, Bou R, Bengochea M. Total gastrectomy for complications of the duodenal switch, with reversal. *Obes Surg* 2006; 16: 1082-1086
- 13 Franz RC, Penzhorn HO. Is total gastrectomy still a viable option in the management of patients with the Zollinger-Ellison syndrome? *S Afr J Surg* 2007; 45: 58-60
- 14 Sanchez C, Brody F, Pucci E, Bashir S. Laparoscopic total gastrectomy for Ménétrier's disease. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2007; 17: 32-35
- 15 Sur MD, Nguyen SQ, Labow DM, Scordi-Bello I, Lento PA, Hyun JG. Pseudoxanthoma elasticum: a case of total gastrectomy for gastric hemorrhage. *Am Surg* 2008; 74: 361-362
- 16 傅红, 黄恺. 美国NCCN软组织肿瘤诊治规范(2007)解读与评述. *中国实用外科杂志* 2008; 28: 241-245

编辑 李军亮 电编 何基才

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2009年版权归世界华人消化杂志

• 消息 •

中国科技期刊引证报告(核心版)发布《世界华人消化杂志》 2007年影响因子 0.568

本刊讯 2007年《世界华人消化杂志》的总被引频次为2353, 位居全部1723种中国科技论文统计源期刊的第86位, 内科医学类28种期刊的第5位。2007年《世界华人消化杂志》的影响因子为0.568, 内科医学类28种期刊的第15位。即年指标0.082, 他引率0.69, 引用刊数372种, 扩散因子15.81, 学科影响指标0.54。(编辑: 程剑侠 2009-06-28)