

## ● 报告与分析 ●

## 残胃癌肿的诊断及治疗(附 37 例报告)

徐小平 姚年根 蔡明 梅小平 崔新华

(浙江省武警总队医院外一科 杭州 314000)

**摘要** :目的 :探讨残胃癌肿发生的常见原因及预防措施。方法 :回顾性分析 37 例残胃癌肿的临床和病理学特征及治疗方法。结果 :残胃癌肿发生的常见原因为胃大部切除术后肠液及胆汁返流、残胃癌复发和术中探查或胃镜检查不仔细所遗漏。术后放疗及化疗延长了生存期。结论 :胃大部切除术后患者应常规服用胃动力药并行胃镜随访 ;对于首次手术病理为粘液性腺癌或印戒细胞癌者应争取做全胃切除 ;残胃癌肿应进行综合治疗(全胃切除并邻近脏器及 D2 淋巴结廓清术),术后辅以化疗或放疗以提高患者的生存期。

关键词 :残胃 ;胃癌 ;胃镜检查 ;病理学 ;胃切除术 ;综合治疗

中图分类号 :R 745.12

文献标识码 :B

文献编号 :1671-4040(2004)01-0057-02

近年来,随着诊疗技术的发展,国内外关于残胃癌肿的报道逐渐增多,已引起人们的重视,但关于残胃癌肿的定义仍存在分歧,根据《中国常见恶性肿瘤诊治规范》的诊断标准,参考国内外学者<sup>[1-3]</sup>的观点,认为:胃大部切除术后残胃内发生的癌统称残胃癌,它包括残胃癌、残胃再发癌及残胃遗留癌。残胃癌指胃良性疾病行胃大部切除术后 5 年以上或胃恶性肿瘤根治术后 10 年以上在残胃内发生的癌;残胃再发癌指胃癌切除术后 10 年内在残胃发现的癌,包括边缘残留或胃内同时及异时多发癌;残胃遗留癌指良性疾病行胃大部切除后 5 年内在残胃内发现的癌。

## 1 一般情况

1990~2001 年,我院共诊治残胃癌肿 37 例,男性 24 例,女性 13 例;年龄 50~83 岁,平均年龄 62.5 岁;首次术式 B-I 式 12 例,B-II 式 25 例;首次术后诊断胃溃疡 13 例,胃癌 24 例;第 2 次病理诊断低分化腺癌 11 例,中~高分化腺癌 9 例,粘液腺癌 9 例,印戒细胞癌 7 例,未分化癌 1 例;TNM 分期为 I-II 期 13 例,III-IV 期 24 例;癌肿于吻合口 23 例,贲门 9 例,小弯 4 例,大弯 1 例;残胃癌 12 例,残胃再发癌 15 例,残胃遗留 10 例;无症状者 2 例,进食梗阻感 8 例,上腹部闷胀疼痛 5 例,恶心呕吐 7 例,呕血黑便 15 例。

## 2 治疗情况

根治性切除 17 例(45.9%),其中全胃切除 Roux-y 食管空肠吻合 11 例,全胃合并周围脏器切除 Rot17E-y 食管空肠吻合 3 例,次全胃切除 Roux-y 胃底空肠吻合 3 例;姑息性切除 10 例(27.0%),空肠造瘘 4 例(10.8%),剖腹探查 3 例(8.1%),未手术 3 例(8.1%)。

## 3 随访

根治性切除生存 5 年以上者 6 例(14.9%),中位生存期 38.5 个月,其中全胃切除者 42.5 个月,次全胃切除者 3~15 个月;姑息性切除者存活 5~31 个月,中位生存期 17.9 个月;造瘘术者存活 6~12 个月,中位生存期 9.1 个月,剖腹探查者存活 2~10 个月,中位生存期 5.6 个月;未手术者存活 3~11 个月,中位生存期 6.3 个月。死因吻合口梗阻、上消化出血等。

## 4 讨论

4.1 发病原因 文献报道残胃癌占胃癌 0.4%~5.5%<sup>[1-3]</sup>,本

组资料中残胃癌 12 例,占胃癌的 0.65%,且有增多趋势。多数资料表明,胃大部切除术后返流性胃炎、胃粘膜上皮营养及屏障作用破坏和亚硝酸盐化合物合成增多是残胃癌发生的主要原因<sup>[3-4]</sup>。本组资料显示 12 例残胃癌患者,胃镜病理示残胃粘膜慢性炎症 9 例,HP 感染 5 例,有关 HP 在残胃癌中的作用机理不清,值得进一步探讨。由于 B-II 式较 B-I 式更易发生返流,因此 B-II 式残胃癌的发生率远高于 B-I 式,文献报道约 4 倍<sup>[1]</sup>,本组资料高达 4.5 倍。鉴于返流性胃炎主要发生于吻合口,吻合口胃粘膜的长期慢性炎症可向萎缩、肠上皮化生及不典型增生演变,最后发生残胃癌,故残胃癌好发于吻合部位,因此充分认识残胃是癌前期病变,应采取措施防止或减少返流,是降低胃癌的重要手段之一。有学者主张采用选壁细胞神经切除代替胃大部切除治疗十二指肠球部溃疡。对需要采用胃切除治疗胃良性疾病时,尽可能采用残胃空肠长 Roux-y 吻合。避免十二指肠液返流,对已行胃大部切除术者,我们认为应常规服用胃动力药物。

本组资料中 15 例为胃再发癌,病理上多数分化较差,粘液腺癌多见,由于第一次手术时切端距肿瘤的切除长度不足导致残留或复发。我们认为胃的低分化或未分化癌及腺癌向周围组织侵蚀力极强,应争取作全胃切除。若肿瘤侵犯至浆膜外面周围组织,则应争取一并切除并注意术中无瘤操作原则,防止残留或种植复发。复发高峰一般在 3 年左右,5 年以上则应考虑为异位多发癌。残胃遗留癌多为良性疾病与胃癌共存,术前胃镜漏诊,术中探查欠仔细或原发灶隐匿难以发现。本组 10 例残胃遗留癌 7 例发生于贲门,因胃镜操作困难,导致遗漏。此时往往要将胃镜翻转仔细探查,可疑部位均需多点作活检,方可发现癌灶。

4.2 诊断与治疗 残胃癌肿的临床表现与原发胃癌类似。本组 2 例因长期随访由胃镜而确诊。我们认为出现以下情况时应考虑残胃癌肿可能:(1)胃大部切除术后较长时间症状未见减轻反而加重;(2)术后经过良好,突然出现消化道症状。故胃大部切除术后应每年行胃镜检查,对发现残胃癌肿具有积极意义。

多数学者认为对残胃癌肿应行积极治疗。文献报道切除率可达 40%左右<sup>[1]</sup>,本组根治性切除率达 45.9%,不能切除

# 大剂量立其丁治疗血液透析病人高血压 1 例

徐业 周彪

(江西省上高县人民医院 上高 336400)

关键词 高血压 ;血液透析病人 ;立其丁

中图分类号 R 544.1

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2004)01-0058-02

心血管系统并发症为透析病人的主要死因。而高血压是心血管并发症的常见死因之一<sup>[1]</sup>。对于血液透析(HD)中高血压必须根据其发生原因作出相应的处理。我院收治 1 例终末期肾衰,在 HD 中出现顽固性高血压、心衰,经大剂量立其丁抢救成功,现报告如下:

## 1 临床资料

患者,女性,47 岁,体重 58Kg,诊为慢性肾炎、慢性肾功能不全(终末期尿毒症)3 年余。查体:神清,P 90 次/min,R 22 次/min,端坐呼吸,BP 21/14 kPa,颈静脉轻度怒张,贫血外貌,双肺无罗音,心率 90 次/min,律齐,无杂音,肝脾未及,无移动性浊音,双下肢轻度浮肿,血 Scr 988.5 μmol/L,BUN 26.1mmol/L,血 K 4.8mmol/L,ALB 42.2g/L,TG 1.27 mmol/L,CHOL 4.63mmol/L,PBO++,血 Hb 64g/L,非透析时血浆肾素活性为 0.31 ng/mlh (卧位),2.6 ng/mL (立位),AT<sub>II</sub> 33 pg/L (卧位),51 pg/L (立位),醛固酮 78 pg/mL (卧位),108 pg/mL (立位),患者一直给予抗凝、ACEI、钙离子阻滞剂及 α 受体阻滞剂等降压,维持性 HD 等综合治疗。一般情况下血压在 21/13kPa 左右,偶有血压升高至 26/14 kPa,经立其丁 10~20mg+5%GS 250~500mL 静点后,血压可控制,但在 HD 中频繁出现血压上升至 28/16 kPa,且并发心衰,多般经立其丁 20~40mg+5%GS 250mL 静点后可缓解,但有一次当

的主要原因是病已晚期,故治疗的关键仍然在于早期诊断。由于残胃癌多发生在吻合口与贲门部,中晚期多有梗阻、出血等并发症,故只要病人全身情况许可,无远隔脏器转移,均应积极的手术治疗,年龄并非手术禁忌症。手术者应对第一次手术充分了解,避免将肿块附近的腹腔粘连误认为肿瘤浸润而轻易放弃手术。本组行根治性手术切除的 10 例患者,其术后病理远较手术所见乐观。由于胃癌病灶的切除边缘应有 5cm 的安全距离,故原则上能根治者应行全胃切除。由于第一次胃手术后残胃出现粘连、淋巴道的再生,造成残胃与周围粘连的脏器、系膜、网膜及所分布的淋巴结、淋巴管引流,故残胃癌手术时应考虑与初发胃癌不同的淋巴结分站才能清扫可能的淋巴结。本组均采用 D2 根治术,对 B-II 式重建,特别是吻合口周围癌肿,常规切除空肠系膜淋巴结和肠系膜上动脉根部淋巴结;B-I 式重建,常规切除十二指肠韧带内、十二指肠后淋巴结。对不能行根治性切除术者,亦

HD 1 h 后,血压剧升至 31/18 kPa,呼吸急促,大汗淋漓,经立其丁多次给药总量达 110mg/30min,血压才得到控制(21/13 kPa),心衰纠正。然后以立其丁 30mg+5%GS 250mL 以 15~20 滴/min 速度维持点滴,严密观察无任何副作用,才使 HD 顺利完成。

## 2 讨论

HD 患者的高血压发生率约占 80%,血压升高除与容量负荷过度有关外,尚与血管活性物质的浓度变化有关。透析前后的血压变化与活性物质在透析前后的变化关系密切,陈氏等报道血透病人中,血压升高组 HD 后 EA、肾素活性浓度较透析前明显升高(P<0.05),PG 血浓度明显降低(P<0.05),而其他活性物质在 HD 前、后虽有变化,但均无显著性差异<sup>[2]</sup>。周氏等观察一组病人结果亦表明 HD 4 h 后 AT<sub>II</sub> 较透前升高,透后 72 h 仍高于透前。其原因可能是:HD 脱水刺激交感兴奋,RAS 系统激活,A<sub>II</sub> 分泌增加,停止透析后,患者体内水钠潴留和使用 ACEI 类药物而使 AT<sub>II</sub> 分泌有所控制所致。该例在 HD 中出现恶性高血压,作者认为与血管活性物质,如 AT<sub>II</sub> 有明显关系,若 HD 后测定 RAS 活性则可说明此现象,另外 PG 浓度降低也是原因之一。

由于 AT<sub>II</sub> 活性升高,可使血管收缩,周围血管阻力增加,血压上升,心排出量减少,心衰发生。而立其丁为 α-受体阻滞剂,它能选择性阻滞 α-受体,对抗肾上腺素的 α-型作用,可使血管扩张,血

应力争取姑息性切除原发灶,或行改道手术以解除患者梗阻,提高生存质量。

本组行姑息性切除的 10 例患者中,4 例术后行积极化疗或放疗,其生存期 9~41 个月,中位生存期 22 个月,高于未化疗或放疗者,仅行剖腹探查或未行手术者多在半年内死亡。

### 参考文献

[1]何尔斯泰,房学东.残胃癌[J].中国实用外科杂志,1997,12(17):750~760

[2] 中华人民共和国卫生部医政司编.中国常见恶性肿瘤诊治规范[M],第 2 版.北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1991.47

[3]吴福生,冯喜正,周杏仁.残胃癌的预防及外科治疗[J].实用肿瘤杂志,1997,12(2):75~76

[4]汤兆首.现代肿瘤学[M].上海:上海医科大学出版社,1994.25~36

(收稿日期:2003-11-27)