

早期胃癌的诊断及治疗(附 47 例临床分析)

毛大本 戴永平

(浙江省宁波市第一医院 宁波 315010)

关键词 :早期胃癌 ;诊断 ;治疗 ;临床分析

中图分类号 R 735.2

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2005)02- 0060-02

胃癌疗效的好坏很大程度上取决于确诊时病期的早晚,早期胃癌的 5 年生存率在 90%以上,但其临床检出率在我国不到 10%。因此提高胃癌的早期诊断率和采取恰当的治疗手段是十分必要的。结合我院从 1991~2001 年收治的 584 例胃癌病人中经手术病理确诊的 47 例早期胃癌患者进行回顾性分析,总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 我院 10 年间共行手术切除的胃癌 584 例,其中经手术病理确诊的早期胃癌为 47 例,年检出率为 5.7%~10.3%,平均为 8.0%。其中男 32 例,女 15 例,男:女比为 2.1:1;年龄分布为 27~76 岁,中位年龄 64.7 岁。绝大部分以上腹部隐痛不适为其主要临床表现,其余表现为进食后上腹部饱胀不适、黑便、返酸等症状。其中既往有胃病史 31 例,占 66.0%。47 例术前均行胃镜检查 and 活组织病理学检查,胃镜下肉眼诊断胃癌 21 例,疑胃癌 18 例,胃溃疡 6 例,胃炎 2 例。活检确诊胃癌 42 例,占 89.4%;重度不典型增生 5 例,占 10.6%。

1.2 胃癌的病变部位 本组病例均为单发病灶,肿瘤位于胃底贲门部 3 例,胃体部 15 例,胃窦部 29 例。其中病灶直径 <2cm 12 例,2~3cm 23 例,3cm 以上 12 例。

1.3 大体分型及组织学分型 47 例患者中,高分化腺癌 15 例,中分化腺癌 10 例,低分化腺癌 12 例,未分化腺癌 4 例,未作临床病理分类 6 例。伴随病变:癌周粘膜伴随慢性萎缩性胃炎 9 例,中~重度异型增生 11 例。胃镜下分型:I 型 5 例,IIa 型 4 例,IIb 型 5 例,IIc 型 13 例,III 型 16 例,混合型 4 例。

1.4 浸润深度及淋巴结转移 本组 47 病例中,粘膜内癌 21 例,粘膜下癌 26 例。本组病例中有 2 例淋巴结转移,均为粘膜下癌、且为第一组淋巴结转移。

1.5 手术方式及辅助治疗 本组 47 病例均行根治性胃大部切除术,胃近端大部切除术 2 例,全胃切除术 3 例,胃远端大部切除术 42 例;其中行 D1 6 例, D2- 21 例, D2 20 例。28 例患者术后予以辅助化疗(MF 方案)。

1.6 随访结果 本组病例均行随访,全组仅 1 例病例术后 2 年复发,为粘膜下癌且淋巴结转移。

2 讨论

早期胃癌的定义首先由日本学者提出并得到公认,早期

胃癌占同期胃癌的比例各国报道有所不同,日本为 40%~50%,日本的高诊断率主要针对高危人群常规内镜普查的结果。我国为 7.5%左右,较好医院也只占 18%~20%^[1]。这与我们未开展胃癌普查有关。我院自 1991~2001 年统计为 8.0%,与国内报道相似。我国的胃癌 5 年生存率为 20%~30%左右,日本的胃癌 5 年生存率为 60%~70%^[1]。上述数字不难看出:早期胃癌占同期胃癌的比例直接影响胃癌的治疗效果。提高胃癌的早期诊断率是改善预后的关键。早期胃癌的发病年龄 50~69 岁,其临床症状往往缺乏特异性,与慢性胃炎、胃溃疡等疾病相似,不易发现容易漏诊。本组有 66%的病人有慢性胃病史,故临床上强调对于 40 岁以上、有慢性胃病史的病人进行常规内镜检查。尤其对那些癌前病变者如萎缩性胃炎、慢性胃溃疡、胃息肉及中~重度异型增生者更应强调短期内重复内镜检查。如内科系统药物治疗无效可考虑手术。

胃镜可在直视下观察胃内粘膜的变化、病灶的大小、部位、是否多发、并能对病变组织进行活检,是目前诊断早期胃癌的首选方法。对早期胃癌的诊断率达 90%以上,本组为 89.4%。但仍有 10%左右的漏诊率,因此正确识别早期胃癌的肉眼形态特征及准确的多点取材活检是提高诊断的关键,镜检时应观察病变粘膜的颜色、有无糜烂、溃疡、红斑,特别是活检时质脆、易出血、弹性差往往是早期胃癌的征兆。并注意特殊类型的早期胃癌,如果病理结果与肉眼观察不符,宁愿再次取材,提高早期胃癌检出率。

近来,随着微创外科的发展,提出了内镜粘膜切除术(EMR),其根治率为 82%,约 16%的患者因切缘阳性而再次手术^[2]。但因其手术操作要求高,有严格的手术指征,必须无淋巴结转移,特别是西方学者,不赞成作 EMR,其理由是现有的术前和术中技术对病期的评定仍欠严谨。术前超声内镜对癌肿的浸润深度的准确性在 80%左右,但对淋巴结的判断并不很有效。在组织学证实前,很难精确地断定肿瘤的浸润深度及淋巴结的转移情况,对 EMR 手术的彻底性存在争议^[3]。通过我院 47 例早期胃癌的根治手术后临床分析认为,大部分早期胃癌位于胃窦,其次为胃体且多位于小弯侧,多伴有其他胃的疾病,所以我们主张一般的早期胃癌更适合行胃大部切除,根治手术显得彻底,病人及家属易于接受。至于胃切除的范围,依据病灶的数目、部位、性质及所占面积的大小

参考文献

[1]邢淑敏.剖宫产术的合理应用[J].中华妇产科杂志,1994,29(8): 450~452

[2]翁霞云.正确掌握剖宫产术指征[J].中华妇产科杂志,1994,29(8): 502~503

[3]林国翘.1389 例剖宫产术回顾分析 [J]. 现代妇产科进展,1995,4 (3): 229~231

[4]郭玉清,邢淑敏.胎儿窘迫孕妇剖宫产 110 例分析[J].中华妇产科杂志,1995,30(2): 87~89

[5]杨剑波,高平,徐蕴华,等.159 例巨大胎儿临床分析[J].中国实用妇科与产科杂志,1999,15(5): 294~296

(收稿日期: 2004 - 08 - 30)

上消化道功能性消化不良的临床和 X 线诊断

秦来浦 张芹

(山东省肥城市中医院 肥城 271600)

关键词 :功能性消化不良 ;临床症状 ;X 线诊断

中图分类号 :R445.4

文献标识码 :B

文献编号 :1671-4040(2005)02- 0061-02

功能性消化不良是指一种病因未明，无器质性或全身性疾病，以胃为主的一组消化不良的症候群。以慢性持续性或反复发作性为特点，是消化道内科的常见病、多发病。我们收集了 2000~2004 年 300 例 X 线钡餐诊断为此病的病例，结合临床症状作进一步分析。

1 方法和材料

使用 GETU-41 胃肠机，青岛产双重造影干混悬剂Ⅱ型及产气粉。配制钡剂浓度为 180%~200%W/V，总液量 150mL 左右。采用立位多体位服钡观察食管，压迫器轻压观察胃内情况。然后卧位翻转，观察，必要时服产气粉。全程均在电视图像及录像下观察和摄片。

300 例中，男性 142 例，女性 158 例；年龄 5~65 岁。其中 126 例先胃镜检查未发现器质性病变，6 个月内又钡餐检查；174 例先钡餐检查又胃镜检查均未发现器质性病变。300 例病人均经临床和实验检查均未发现其他病变。全部病例均有不同程度消化道症状，主要表现为腹痛、腹胀、反酸、嗝气、纳差、恶心等症状，病程在 1~30 个月。

2 结果

X 线表现与临床症状相对应关系见表 1。

表 1 X 线征象与临床症状的相对应关系

X 线征象	临床症状	例数	百分比
空腹胃滞留征	返酸、嗝气、纳差	149	49.6
胃呈无力型	腹胀、纳差	122	40.6
胃蠕动波浅少	腹胀、嗝气、纳差	260	86.6
胃排空迟缓	腹胀、纳差	272	90.6
十二指肠返流	腹痛、嗝气	65	21.6
十二指肠郁积症	腹胀、腹痛	26	8.6

及是否合并有严重的癌前疾病和癌前病变来决定^[4]。病灶境界清楚，笔者认为切缘 2~3cm 即可；境界不明显，分化程度差、切缘应在 3cm 以上。为保证切缘阴性，术中冰冻切片是必要的。对浅表扩散型及多灶性胃癌宜行全胃切除术。对于早期胃癌的淋巴清扫范围，我们的原则是：粘膜内癌、分化程度好、病灶直径 <4cm，可作 D1 或 D2-；粘膜下癌、分化程度差、病灶直径比较大、凹陷型则作 D2 手术。

明确癌灶部位大小是合理手术治疗的前提，微小早期癌，特别是“一点癌”，术中尽管有术前胃镜定位描述，仍无法触摸到肿块，此时需切开胃壁仔细寻找病灶，必要时借助冰冻切片来准确病灶部位和大小。本组中有 11 例借助此法才明确诊断。术内镜下行病灶部位的美蓝染色对于指导手术选择切除范围也有帮助^[5]。

对早期胃癌术后是否需要辅助化疗，我们的做法是对于 IB 期病人常规行 MF 方案化疗，并根据病人的具体情况作相应的药物调整。对年龄较大的胃部不适的患者，扩大胃镜检查指征，是提高早期胃检出率的有力措施，改善胃癌低生存

3 讨论

功能性消化不良在临床中很常见，在 X 线检查中往往只重视有无器质性病变，而功能性病变常被忽视，引不起临床医生的重视。据资料证明，功能性消化不良占消化道门诊病人的 1/3 以上。在临床检查中，上消化道检查方法很多，但上消化道钡餐检查为首选方法，它既能显示上消化道形态和结构的变化，又能动态观察其功能的改变，如蠕动、排空、返流、逆蠕动。随着对胃肠运动生理学的进一步认识和近年来胃动力药物的研发，X 线钡餐检查诊断功能性消化不良成为热门的话题。

通过 300 例胃功能性改变的观察发现，功能性消化不良的发病基础主要是运动功能障碍。X 线表现为无蠕动波可见、蠕动波浅少、排空迟缓、十二指肠逆蠕动和空腹胃滞留液存在，说明其与自主神经有密切关系。自主神经功能异常影响了整个消化道动力异常，产生运动功能紊乱，出现消化道功能性变化。

胃排空功能的评定是上消化道功能性改变 X 线诊断的主要依据。胃排空主要受蠕动的强弱、胃肠道的张力、幽门功能、胃内钡剂粘稠度和口服总量的影响。同时自主神经的病变也影响胃窦、幽门和十二指肠的协调运动，继而影响了胃的排空。此外，胃排空与当时病人的精神状态有着密切的关系。本组 300 例以服钡后 0.5h、1.5h、3h 胃排空情况观察，1.5h 排空不足 50%、3h 未排空者均为排空迟缓。健康人在消化期间，常表现为始于胃和小肠上部，并向胃肠远端移行的特征性。消化间期周期性的移动性复合运动，功能性消化不良病

率的现状。

参考文献

[1]林言箴.进一步提高胃癌治疗水平的几个关键问题[J].中华消化杂志,1991,11(6):311~312

[2]Nishi M, Ishara S,Nakajima T,et al.Chronological Changes of Characteristics of early gastric cancer and therapy: Experience in the cancer institute hospital of Tokyo 1950~1994 [J]. J cancer Res Clin Oncol,1995,121(9~10):535~541

[3]Secondo F, Paolo M, Franco R,et al. Risk factors for lymph node metastases and their prognostic significance in early gastric cancer for Italian research group for gastric cancer [J].Japan J Clin Oncol, 2001,31:495~499

[4]王舒宝.从胃癌手术的历史演变探讨胃癌的现代外科治疗[J].中国实用外科杂志,1999,19 (6) :371~373

[5]徐峰,刘华,许春进,等.内镜下黏膜色素染色和结扎治疗术对早期胃癌的诊疗价值[J].中国内镜杂志,2004,10 (1) :11~13

(收稿日期: 2004 - 12 -08)