

## 236 例老年胃癌患者的外科诊治与分析

雷国伟, 李春孟, 马柏强, 叶永根(浙江省丽水市人民医院普外科 323000)

**【摘要】 目的** 探讨老年人胃癌的临床病理特征及外科手术治疗。**方法** 236 例患者均接受手术治疗, 其中行胃部分或全部切除术 215 例, 未能切除 21 例。术前并存慢性疾病 89 例(37.7%)。**结果** 术后出现并发症 80 例, 死亡 4 例。术后 pTNM 分期: I a 期 39 例(16.5%), I b 期 27 例(11.4%), II 期 41 例(17.4%), III a 期 47 例(19.9%), III b 期 31 例(13.1%), IV 51 例(21.6%)。5 年生存率 I a 期、I b 期、II 期、III a 期、III b 期、IV 期分别为 90.5%、89.3%、62.3%、30.6%、19.4% 和 1.9%。**结论** 老年胃癌患者病理分期多为 III a 期、IV 期, 术前提多有慢性疾病, 手术是首选治疗方法, 但要注意围术期处理。

**【关键词】** 胃肿瘤/诊断; 胃肿瘤/病理学; 胃肿瘤/外科学; 回顾性研究

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.02.024 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2011)02-0176-02

**Analysis of surgical treatment in 236 cases of elderly gastric cancer** LEI Guo-wei, LI Chun-meng, MA Bai-qiang, YE Yong-gen (Department of General Surgery, Lishui People's Hospital, Zhejiang 323000, China)

**【Abstract】 Objective** To explore the pathological manifestations and surgical treatment for elderly gastric cancer. **Methods** 236 patients received surgical treatment, including 215 cases of gastric resection and 21 cases of celiotomy only. 89 patients(37.7%) had coexistent chronic diseases. **Results** 80 patients had postoperative complications, 4 patients died after operation. The pTNM stage were I a in 39 cases(16.5%), I b in 27 cases(11.4%), II in 41 cases(17.4%), III a in 47 cases(19.9%), III b in 31 cases(13.1%) and IV in 51 cases(21.6%). The 5-year survival rates of I a, I b, II, III a, III b and IV were 90.5%, 89.3%, 62.3%, 30.6%, 19.4% and 1.9% respectively. **Conclusion**

The majority of elderly patients with gastric cancer belong to stage III a, IV. They frequently have chronic diseases. The surgical treatment is the first choice to patients. But, the perioperative management should be strengthened.

**【Key words】** stomach neoplasms/diagnosis; stomach neoplasms/pathology; stomach neoplasms/surgery; retrospective studies

胃癌为我国常见恶性肿瘤。近年来, 我国老龄人口不断增加, 发现胃癌并进行手术的患者也逐年增加。本文回顾分析了 2002 年 1 月至 2008 年 12 月本院收治并行手术治疗的 65 岁以上老年胃癌患者 236 例的临床及随访资料, 报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 236 例中男 184 例, 女 52 例, 男女比例 3.5:1.0, 年龄 65~86 岁, 平均 69.9 岁。临床表现为上腹部饱胀不适、隐痛 175 例(74.2%), 吞咽梗阻感 58 例(24.6%), 黑便 52 例(22.0%), 恶心呕吐 75 例(31.8%), 完全幽门梗阻 12 例(5.1%), 腹部肿块 13 例(5.5%), 胃穿孔 7 例(3.0%)。病程 7 天至 3 年, 平均 5.2 个月。术前并存慢性疾病 89 例(37.7%), 其中慢性肺病 46 例, 心血管疾病 64 例, 糖尿病 20 例。肿瘤部位: 贲门 59 例(25.0%), 胃底 6 例(2.5%), 胃体贲门 14 例(5.9%), 胃体 43 例(18.2%), 胃角 20 例(8.5%), 胃体胃窦 17 例(7.2%), 胃窦 71 例(30.1%), 全胃 6 例(2.5%)。肿瘤位于小弯 159 例, 大弯 18 例, 前壁 12 例, 后壁 33, 全周 14 例。肿瘤单发 229 例, 2 个以上 7 例。肿瘤大小: 小于或等于 1.0 cm 35 例, 1~2 cm 37 例, 2~3 cm 35 例, 3~4 cm 28 例, 4~5 cm 32 例, 5~6 cm 29 例, 6~7 cm 17 例, 7cm 以上 23 例。病理大体分型: 早期胃癌隆起型 7 例, 浅表型 32 例, 凹陷型 8 例; 进展期巨块型 25 例, 溃疡型 75 例, 浸润溃疡型 80 例, 弥漫浸润型 9 例。组织学分型: 高分化腺癌 11 例(4.7%), 中分化腺癌 83 例(35.2%), 低分化腺癌 113 例(47.9%), 黏液腺癌 10 例(4.2%), 鳞状细胞癌 1 例(0.4%), 印戒细胞癌 15 例(6.4%), 恶性淋巴瘤 1 例(0.4%), 未分化癌 2 例(0.8%)。肿瘤浸润深度: 黏膜内 22 例, 黏膜下层 27 例, 浅肌层 25 例, 深肌层 26 例, 浆膜层 102 例, 浆膜外 33 例。淋巴结转移(根据国际

抗癌联盟第 6 版 TNM 分期): N1 期 93 例, N2 期 37 例, N3 期 5 例。pTNM 分期: I a 期 39 例(16.5%), I b 期 27 例(11.4%), II 期 41 例(17.4%), III a 期 47 例(19.9%), III b 期 31 例(13.1%), IV 51 例(21.6%)。

### 1.2 治疗方法

**1.2.1 外科治疗** 手术治疗 236 例, 其中胃大部切除 98 例, 近端胃大部切除 27 例, 全胃切除 88 例, 残胃切除 2 例, 短路或造口或剖腹探查术 21 例。联合切除 42 例, 其中脾脏 36 例, 结肠 1 例, 胰尾脾脏 2 例, 胆囊 2 例, 卵巢 1 例。消化道重建 21 例, 其中毕 I 式 90 例, 毕 II 式 38 例, 食道空肠 Roux-en-Y 吻合 79 例, 食道空肠 plenk 吻合 1 例, 食道空肠 brown 吻合 1 例, 食道空肠 shlater 吻合 5 例。

**1.2.2 化疗** 术中、术后辅助化疗共 110 例。以前采用 5-氟尿嘧啶(5-Fu)+四氢叶酸钙(CF), 或者加用丝裂霉素或顺铂, 近来采用奥沙利铂+5-Fu+CF 辅助化疗, 或者口服希罗达。

### 2 结果

**2.1 术后并发症** 肺部疾病 33 例, 心血管疾病 32 例, 切口感染、裂开 6 例, 胃排空障碍 2 例, 肠梗阻 4 例, 吻合口瘘 2 例, 十二指肠瘘 1 例, 下肢深静脉血栓 1 例。死亡 3 例, 死因分别为心律失常 1 例, 心衰 2 例, 肺部感染 1 例。

**2.2 随访** 随访时间 12 个月至 6 年, 平均 50.4 个月, 123 例患者得到随访。I a 期、I b 期、II 期、III a 期、III b 期 41 例、IV 50 例的 5 年生存率分别为 90.5%、89.3%、62.3%、30.6%、19.4% 和 1.9%。

### 3 讨论

**3.1 病理特点** 本文同期收集了 65 岁以下胃癌患者 698 例的病理资料并与老年组资料对比, 男女比例差异无统计学意义

( $x=3.818, P>0.05$ ), 组织学分型中, 高、中、低分化腺癌、黏液腺癌构成比差异无统计学意义差异( $x=4.69, P>0.05$ ), 而印戒细胞癌构成比差异有统计学意义( $x=5.15, P>0.05$ ), 年轻组胃癌印戒细胞占 9.6%, 高于老年组。老年人胃癌部位最常见于胃窦(28.2%), 其次是贲门 24.9%, 再次是胃体 18.8%, 与有关报道一致<sup>[1-2]</sup>。

**3.2 临床特点** 老年胃癌的临床症状往往不典型, 常表现为上腹部隐痛不适、吞咽梗阻等, 患者多以为普通胃病而自行服胃药, 症状缓解后未就诊, 而且老年人对症状不敏感, 加上多并发慢性疾病, 如慢性阻塞性肺病、心脏病等, 都对胃癌的症状造成干扰, 从而延误了病情。故对于有消化道症状的老年人要进行胃镜检查。

**3.3 围术期处理** 高龄胃癌患者各脏器功能处于衰退状态, 代偿功能减退, 对手术的耐受性差, 而且常常合并肺部疾病、心血管病、糖尿病、营养不良等常见疾病。营养不良是最常见的, 表现为低蛋白血症、贫血。清蛋白水平越低, 患者术后死亡率越高。贫血和低蛋白导致机体免疫力下降, 手术后组织愈合不佳, 容易感染, 所以营养不良的胃癌患者应常规给予术前肠内外营养支持治疗, 而不是把营养留在手术后再补充。但对于本组资料中的 3 例术后吻合口瘘及十二指肠瘘的患者, 则应先利用肠外营养支持。这样既能保证营养的供给和液体的容积, 又能减少胆汁、胰液、胃肠液分泌量的 60%~70%<sup>[3]</sup>。在腹膜炎稍有局限后, 想办法建立肠内营养支持通道, 肠外结合肠内营养支持。

高血压、冠心病、心律失常等心血管疾病较常见。外科手术能诱发或者加重心血管疾病, 心脏病在术前各种共存病中对死亡率的影响最大, 心肌梗死和心律失常占直接死亡原因的首位<sup>[4]</sup>。本组中死亡 4 例, 其中心律失常 1 例, 心衰 2 例。说明了术前治疗心血管疾病的重要性。术前要作心脏彩超、心电图检查, 必要时作动态心电图、平板试验。控制好血压, 治疗心律失常, 心肌梗死患者要延迟 6 个月手术。术后心电监护, 有条件者可在重症监护病房观察。补液要适量均匀, 减少心脏的负担, 否则容易导致心衰。本组中 2 例死于心衰, 本前在分析病情时发现患者在手术室时的尿量就不多, 4 h 尿量共 100 mL, 说明患者在手术室时已经有心衰的表现。提示要在细微处注意发现患者的任何改变并警惕并发症发生。

慢性肺部疾病也常见。老年患者的气管纤毛运动减少, 净化能力降低, 常常合并慢性气管炎, 肺气肿等。本组术后肺部疾病发生率达 13.9%, 多为肺部感染。对于有慢性阻塞性肺病的患者, 可术前使用抗生素控制感染, 吹气球锻炼肺功能, 不宜使用镇咳药, 术后鼓励患者咳嗽, 给予拍背、雾化吸入、祛痰

治疗, 必要时吸痰, 防止肺部感染的发生。

**3.4 治疗** 对老年胃癌患者应采取以手术治疗为主的综合治疗。尽管老年患者术前合并症多, 本组术前并存慢性疾病者占 38.4%, Blair 和 Schwarz<sup>[5]</sup> 报道老年患者合并其他疾病占 49%, 比年轻患者 25% 要多, 但老年人手术仍然是安全可行的。Melendez 等<sup>[6]</sup> 分析报道, 年龄和扩大肝叶切除手术死亡率无关。高龄不是手术的主要风险因素, 关键是患者重要脏器的功能状态。对于手术方式和淋巴结清扫范围, 全胃切除术、联合脏器切除、广泛淋巴结清扫是患者术后死亡的危险因素<sup>[7]</sup>。但对于贲门癌、胃体胃底癌、残胃癌, 作者认为还是要行全胃切除术, 有条件的术中应用吻合器, 缩短手术时间, 减少吻合并发症的发生。消化道重建, 我们多采用 Roux-en-Y 吻合, 胃大部切除后多采用毕 I 式, 十二指肠保留不多的患者只能采用毕 II 式。有些患者行毕 II 式术后会出现胆汁反流症状, 影响生活质量。有学者认为联合脏器切除可以延长患者生存期, 但要注意考虑患者的具体情况和手术耐受力。清扫一般选择 D2 清扫, 慎重 D3、D4 清扫, 毕竟安全是第一位的。扩大的淋巴结清扫不仅没有改善生存率, 而且术后并发症增多。

## 参考文献

- [1] 陈爱群, 李翔, 朱捷, 等. 老年胃癌患者的外科治疗和手术期处理[J]. 中华胃肠外科杂志, 2004, 7(2): 130.
- [2] 李忠, 26 例 80 岁以上超高龄胃癌的外科诊疗分析[J]. 江苏大学学报: 医学版, 2002, 12(6): 580-582.
- [3] 唐云, 李荣, 陈凛, 等. 胃癌切除术后吻合口漏营养支持 19 例报告[J]. 中国实用外科杂志, 2008, 28(6): 478.
- [4] 王野, 秦宪斌, 葛云洁, 等. 老年胃癌患者手术死亡的多因素回归分析[J]. 中国误诊学杂志, 2004, 4(5): 644.
- [5] Blair SL, Schwarz RE. Advanced age does not contribute to increased risks or poor outcome after major abdominal operations[J]. Am Surg, 2001, 67: 1123-1127.
- [6] Melendez J, Ferri E, Zwillman M, et al. Extended hepatic resection: a 6-year retrospective study of risk factors for perioperative mortality[J]. J Am Coll Surg, 2001, 192: 47-51.
- [7] Schwarz RE. Spleen-preserving Splenic hilar lymphadenectomy at the time of gastrectomy for cancer[J]. J Surg Oncol, 2002, 79(1): 73-76.

(收稿日期: 2010-08-05)

(上接第 175 页)

短小杆菌。采用杭州天和细菌微量生化反应管鉴定。氧化酶、触酶均阳性, 硫化氢、七叶苷、明胶、靛基质、赖氨酸、邻硝基苯  $\beta$ -D-半乳糖吡喃糖苷、硝酸盐均阴性, O/F 葡萄糖、麦芽糖、乳糖、甘露糖、蔗糖、木糖均阴性, DNA 酶、明胶、脲酶均阳性。鉴定为芳香黄杆菌。药敏试验用 K-B 法。用 0.5 麦氏单位菌液涂布于 M-H 琼脂平板, 用最新美国临床实验室标准化协会标准判断结果为亚胺培南、美罗培南、氨苄西林、头孢拉定、妥布霉素、头孢噻吩、阿莫西林/克拉维酸、氨苄西林/舒巴坦、菌必治、庆大霉素、头孢西丁、头孢他啶、哌拉西林均耐药, 头孢吡肟、左氧氟沙星敏感。

## 2 讨 论

由于亚胺培南对革兰阴性杆菌具有极强的广谱抗菌活性,

临床上除嗜麦芽芽食单胞菌天然耐亚胺培南外, 其余少见<sup>[2]</sup>。近年来由于抗生素的不规范应用, 耐药菌增加, 耐亚胺培南的芳香黄杆菌也应引起临床高度重视, 尤其是基层医院。

## 参考文献

- [1] 刘锡光. 现代诊断微生物学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002.
- [2] 张卓然, 夏林岩, 倪语星. 微生物耐药的基础与临床[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 123-125.

(收稿日期: 2010-07-28)