

71例老年早期胃癌的临床分析

张勇,陈凛

解放军总医院普通外科,北京 100853

[摘要] 目的:研究老年早期胃癌患者的临床病理特征、手术治疗方式及预后因素。方法:回顾性分析我院1996年1月~2005年12月干部病房收治的71例老年早期胃癌的临床病理资料。结果:本组病例占同时期收治胃癌患者的33.8%,57.7%的患者无症状;本组手术切除率为100.0%,手术死亡率为1.4%;术后5年生存率为94.1%,10年生存率为91.5%。单因素分析表明肿瘤浸润深度、淋巴结转移、淋巴管癌栓显著影响老年早期胃癌患者的预后($P<0.05$)。结论:规律胃镜检查能有效提高早期胃癌发现率;年龄不是老年早期胃癌患者根治切除的禁忌证;浸润深度、淋巴结转移、淋巴管癌栓是影响老年早期胃癌预后的重要因素。

[关键词] 胃肿瘤;老年人;临床病理特点;预后

[中图分类号] R735.2

[文献标识码] A

[文章编号] 1673-7210(2012)01(a)-051-03

Clinical analysis of 71 cases with early gastric cancer in elderly patients

ZHANG Yong, CHEN Lin

Department of General Surgery, the General Hospital of PLA, Beijing 100853, China

[Abstract] **Objective:** To study the clinic pathological characteristics, the operative method and prognosis actors of patients with early gastric cancer in elderly patients. **Methods:** The clinic pathological data of 71 patients with early gastric cancer in cadre ward from January 1996 through December 2005 was analyzed retrospectively. **Results:** This series accounted for 33.8% of all gastric cancer patients in cadre ward. 57.7% patients were no symptom. Resection rate was 100.0% and operative mortality rate was 1.4%. 5 year survival rate was 94.1% and 10 year survival rate was 91.5%. Univariate analysis demonstrated that the depth of invasion, lymph node metastasis and lymphatic cancer embolus significantly affected prognosis of the elderly patients with early gastric cancer ($P<0.05$). **Conclusion:** Regular gastroscopie detection can effectively detect EGC. Age is not the surgical contraindication for patients with early gastric cancer in elderly patients. The depth of invasion, lymph node metastasis and lymphatic cancer embolus are crucial prognosis factors in the elderly patients with early gastric cancer.

[Key words] Stomach neoplasm; Aged; Clinic pathological characteristics; Prognosis

早期胃癌(early gastric cancer, EGC)是指无论病灶大小或有无淋巴结转移,癌肿仅限于黏膜或黏膜下层的胃癌。手术治愈率远高于进展期胃癌,但我国在早期胃癌手术率方面进步缓慢,早期胃癌手术率长期徘徊在10%左右^[1-2]。我院干部病房采用规律胃镜检查及多学科的协作诊治,早期胃癌外科治疗病例已占同期胃癌手术病例的33.8%,在此笔者对老年患者早期胃癌的临床病理特点、治疗方式及预后进一步分析,探讨其诊治规律。

[作者简介] 张勇(1982.3-),男,医学硕士,医师,主要从事胃癌外科的临床与基础工作。

1 资料与方法

1.1 一般资料

我院干部病房自1996年1月~2005年12月收治老年早期胃癌患者71例。其中,男67例,女4例;年龄60~69岁23例,70~74岁43例,>80岁5例,平均(71.2±6.0)岁。复习全部临床资料、病理资料并随访观察,其中存活患者至少随访5年。

1.2 方法

分析比较老年干部患者早期胃癌的比例、首发临床症状、病程、肿瘤的病理特点、预后相关因素。

- [8] 敖睿,刘浩,潘海霞.紫杉醇联合顺铂治疗晚期宫颈癌近期疗效观察[J].西部医学,2009,19(10):1759-1760.
- [9] 张丰国.紫杉醇导致过敏反应防治经验的防治经验[J].中国临床医药研究杂志,2007,173(11):74.
- [10] 程光,陈文忠,程昕伟,等.脂质体技术在抗肿瘤药物开发中的应用[J].上海医药,2010,(11):489-491.
- [11] 张姝梅.天然抗癌药物紫杉醇制剂的探究[J].现代医药卫生,2011,(4):550-552.
- [12] 周卫,翁帼英.紫杉醇脂质体在大鼠体内的药动学[J].中国药科大学

学报,2000,31(6):443-446.

- [13] Nakazawa G, Finn AV, Vorpahl M, et al. Coronary responses and differential mechanisms of late stent thrombosis attributed to first-generation sirolimus- and paclitaxel-eluting stents [J]. J Am Coll Cardiol,2011,57(4):390-398.
- [14] Takeyoshi I, Makita F, Tanahashi Y, et al. A phase II study of weekly paclitaxel and doxorubicin combination chemotherapy for advanced/recurrent gastric cancer [J]. Anticancer Res,2011,31(1):287-291.

(收稿日期:2011-09-09)

1.3 统计学方法

采用 SPSS 17.0 统计学软件包进行分析, 两组样本率比较行 χ^2 检验或 Fisher 确切概率法。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床特点

早期胃癌患者 71 例, 占同期干部病房 210 例胃癌手术的 33.8%; 同期我院共收治普通胃癌患者 2 125 例, 早期胃癌 204 例, 占 9.6%, 与普通患者比较, 干部患者中早期胃癌发现率高于普通患者, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

71 例患者中, 有 41 例 (57.7%) 的患者无症状, 均为每年 1 次常规体检行胃镜检查而发现胃癌, 其余患者分别有上腹部不适、上腹痛、进食梗噎感或慢性溃疡等病史。

2.2 病理特点

本组 71 例手术切除标本均经病理检查确诊为早期胃癌。位于胃近 1/3 处 7 例, 胃中 1/3 处 14 例, 胃下 1/3 处 48 例, 位于全胃 2 例。

71 例早期胃癌大体标本分为隆起型 (包括 I 型、II a 型及以 I 型、II a 型为主的混合型) 13 例、平坦型 (包括 II b 型及以 II b 型为主的混合型) 24 例、凹陷型 (包括 II c 型、III 型及以 II c 型、III 型为主的混合型) 34 例。3 例标本同时伴有胃微小间质瘤。

胃镜活检标本确定有癌灶, 而胃切除标本已无癌灶的一点癌为 4 例, 占 5.6%。肿瘤 ≤ 0.5 cm 的微小胃癌 14 例, 0.5~1.0 cm 的小胃癌 16 例, 1.0~2.0 cm 21 例, >2.0 cm 20 例, 其中最大肿瘤直径为 7.5 cm。多灶癌 5 例, 用主癌灶统计肿瘤大小。伴有淋巴结转移患者平均肿瘤大小为 3.3 cm, 伴有淋巴管癌栓患者平均肿瘤大小为 3.5 cm。

组织学类型分为分化型与未分化型, 分化型包括乳头状腺癌、管状腺癌, 未分化型包括低分化腺癌、印戒细胞癌、黏液腺癌等。71 例老年早期胃癌中, 分化型 54 例, 未分化型 17 例。

早期胃癌根据浸润深度又可分为胃黏膜内癌 (M) 和黏膜下癌 (SM)。本组黏膜内浸润 (M) 46 例, 黏膜下层浸润 (SM) 25 例。因胃癌死亡的 5 例患者中, 黏膜内癌 2 例、黏膜下癌 3 例。黏膜内癌无淋巴结转移, 黏膜下层癌有 4 例淋巴结转移 (16.0%)。

早期胃癌病理标本共 71 例, 共找到淋巴结 477 个, 平均每例找到 6.7 个。但 71 例中仅有 4 例确诊淋巴结转移, 转移率为 5.6%; 淋巴管癌栓 4 例, 发生率为 5.6%; 3 例同时有淋巴结转移及癌栓, 均在 5 年内死于肿瘤复发。

早期胃癌因其淋巴结转移率较低, 远处转移率更低 (本组 1 例患者肿瘤位于黏膜下层, 但有肝转移), TNM 分期一般均为 I 期, 但同样适用 TNM 分期来判断预后和指导治疗。根据国际抗癌联盟 (UICC) 2009 年第 7 版胃癌 TNM 分期划分, 71 例病理分期, I a 期 67 例, I b 期 3 例, IV 期 1 例。见表 1。

2.3 治疗结果分析

本组 71 例手术均顺利切除, 手术切除率为 100.0%。全胃切除 5 例 (7.0%), 近端胃切除 10 例 (14.1%), 远端胃切除

表 1 71 例老年早期胃癌的临床病理特点与预后关系

项目	例数	5 年生存率 (%)	χ^2 值	P 值
部位			3.138	0.371
近 1/3	7	85.7		
中 1/3	14	78.6		
远 1/3	48	85.4		
全胃	2	82.6		
大体分型			1.838	0.399
隆起型	13	84.6		
平坦型	24	91.7		
凹陷型	34	79.4		
肿瘤大小 (cm)			0.006	0.940
≤ 2	51	83.7		
>2	20	85.7		
组织学类型			0.199	0.656
分化型	54	85.2		
未分化型	17	82.4		
浸润深度			5.874	0.015
黏膜层	46	91.3		
黏膜下层	25	72.0		
淋巴结转移			15.496	0.000
有	4	25.0		
无	67	88.1		
淋巴管癌栓			9.233	0.002
有	4	50.0		
无	67	86.6		
根治手术			2.579	0.110
是	69	85.5		
否	2	50.0		
化疗			0.001	0.976
是	11	86.7		
否	60	72.7		

56 例 (78.9%)。其中根治性切除 69 例, 姑息性切除 2 例, 1 例为近端切缘残留, 另 1 例为肿瘤虽位于黏膜下层, 但伴有肝转移。同时行胆囊切除 3 例; 围术期死亡 1 例, 手术死亡率为 1.4%; 术后切口感染 3 例, 感染率为 4.2%。术后 11 例经过化疗, 60 例未行化疗, 化疗患者均为 2003 年前收治, 其中因淋巴结转移化疗 3 例, 切缘阳性化疗 1 例, 其余 7 例为肿瘤位于黏膜下层同时肿瘤 >3 cm 者。5 例死亡患者中, 3 例经过化疗。

2.4 随访及生存分析

患者均获随访, 平均随访时间为 106.7 个月 (6~180 个月)。17 例患者于随访期间死亡, 5 例死于胃癌复发, 其余死于其他原因。71 例老年早期胃癌术后随访结果表明: 5 年生存率为 94.1%, 10 年生存率为 91.5%。单因素分析表明浸润深度、淋巴转移及淋巴管癌栓影响胃癌患者预后 ($P<0.05$) (表 1)。

3 讨论

大宗病例研究表明早期胃癌一般是没有症状的, 或者是

有不典型症状^[3]。老年人对痛觉不敏感,其早期胃癌症状就更不典型,本组资料中,41例(57.7%)患者无症状。因而老年早期胃癌的发现,必须依靠健康查体。本组干部患者早期胃癌发现比例高,达33.8%,与本院普通患者及国内报道相比明显较高。这与本组患者与我国普通患者医疗保健体系存在差异有关,作为高级干部,其保健条件较好,能够每年坚持1次的胃镜筛查,也与门诊病房消化科、外科、病理科医师多学科协作诊疗制度密切相关。当然这与日本的早期胃癌占50%以上相比仍然有一定差距,仍有提高余地^[4]。但在这一人群中获得的经验—规律胃镜检查及多学科协诊在提高早期胃癌诊断中仍值得推广。

决定早期胃癌预后的多因素中,淋巴结转移和浸润深度是最重要的因素,淋巴结阳性早期胃癌患者的术后5年生存率为85%左右,淋巴结阴性者可达97%以上^[5-6];是否浸润黏膜下层是早期胃癌独立影响因素^[7]。早期胃癌淋巴结转移主要依靠切除标本的病理学检查。本组5例因胃癌复发死亡患者中,4例伴有淋巴结转移,4例位于黏膜下层;生存分析也表明浸润深度、淋巴转移及淋巴管癌栓影响预后。当前很多研究着眼于术前预测淋巴结转移浸润深度,进而决定手术范围。目前我们常规行术前超声胃镜检查,明确肿瘤大小、浸润深度以预测淋巴结转移情况,甚至行细针穿刺淋巴结明确转移。

年龄并不是手术治疗的禁忌,本组71例,平均年龄71.2岁,均顺利切除,手术切除率为100.0%,只有1例因出血围术期死亡,手术死亡率为1.4%。D2根治术一直被作为胃癌的标准根治手术方式,常规用于早期胃癌的治疗,在缺乏准确细致分期技术的情况下,对于早期胃癌,标准根治性切除仍然是合理的选择,因为黏膜下癌偶尔可以出现第2站淋巴结转移,甚至远处转移^[8]。本组1例患者虽然肿瘤位于黏膜下层,但伴有肝转移。当然对于术前分期判断准确,术后标本详尽

病理学检查,以及缩小手术要严格按照规范进行,采用内镜下黏膜切除术、改良D1根治术、改良D2根治术甚至腔镜手术,既保证手术的根治性,简化了手术操作程序,又避免了标准根治术给机体带来不必要的损害,有利于生存质量。对于早期胃癌的化疗,目前的胃癌治疗指南,除非出现远处转移,不推荐行化疗^[9]。本组因病例时间跨度较长,部分患者行术后化疗,但行生存分析表明早期胃癌术后化疗与否并不影响预后。

综上所述,本组病例因患者身份关系有其特殊性,但诊断及手术治疗效果很好,对于胃癌诊治,应坚持规律胃镜筛查及多学科协作诊疗,进一步提高疗效。

[参考文献]

- [1] 吴云林,吴巍,朱延波,等.2007年上海市13家医院早期胃癌手术率报告[J].胃肠病学和肝病学杂志,2009,18(2):106-109.
- [2] 王聪,孙益红,沈振斌,等.早期胃癌患者临床病理因素与预后的关系[J].中华消化外科杂志,2009,8(5):338-340.
- [3] 李华,路平,关华鹤,等.老年早期胃癌临床病理特点及预后因素分析[J].中国老年学杂志,2008,6(28):1079-1080.
- [4] 季加孚,步召德.早期胃癌缩小手术合理选择及评价[J].中国实用外科杂志,2008,28(9):725-727.
- [5] Okabayashi T, Kobayashi M, Nishimori I, et al. Clinicopathological features and medical management of early gastric cancer [J]. Am J Surg, 2008,195(2):229-232.
- [6] Wang X, Wan F, Pan J, et al. Tumor size: a non-neglect able independent prognostic factor for gastric cancer [J]. J Surg Oncol, 2008,97(3): 236-240.
- [7] 吴道宏,吴本俨,王孟薇,等.308例单发早期胃癌临床病理特征及预后[J].军医进修学院学报,2008,29(4):305-307.
- [8] 杨秋蒙,朱正纲,米村丰.伴远隔转移的早期胃癌临床病理特征[J].中国实用外科杂志,2007,27(11):873-875.
- [9] 胡祥.日本《胃癌治疗指南》解读[J].中国实用外科杂志,2010,30(1):25-30.

(收稿日期:2011-09-01)

(上接第48页)

疗原则,对于多间隙或伴有双侧肢体症状、椎体不稳定较为明显以及手术治疗后复发的患者,应该采用双侧内固定更为稳妥,在临床治疗过程中要依据术中的经验及患者的椎体情况选择手术方式。

[参考文献]

- [1] Shirado O, Doi T, Akai M, Fujino K, et al. An outcome measure for Japanese people with chronic low back pain: an introduction and validation study of Japan low back pain evaluation questionnaire [J]. Spine (Phila Pa 1976),2007,32(26):3052-3059.
- [2] Huskisson EC. Measurement of pain [J]. Lancet,1974,2(7889):1127-1131.
- [3] Dietl RH, Krammer M, Kettler A, et al. Pullout test with three lumbar inter-body fusion cage [J]. Spine, 2002,27(10):1029-1036.
- [4] Klemme WR, Cunningham BW, Polly DW. Microradiographic and histopathologic findings in a human cage explant after two-level

corpectomy: A case report [J]. Spine,2002,27(1):15-17.

- [5] 昌耘冰,徐达传,尹庆水,等.三种椎间融合器对腰椎节段即时稳定性影响的三维运动研究[J].中华创伤骨科杂志,2004,6(12):1380-1383.
- [6] 孙宜保,杨勇,侯颖周,等.椎弓根内固定椎间融合治疗复发性椎间盘突出症35例报告[J].医学信息:内.外科版,2009,22(3):204-205.
- [7] Suk KS, Lee HM, Kim NH, et al. Unilateral versus bilateral pedicle screw fixation in lumbar spinal fusion [J]. Spine(Phila Pa 1976),2000,25(14):1843-1847.
- [8] Fernández-Fairen M, Sala P, Ramírez H, et al. A prospective randomized study of unilateral versus bilateral instrumented posterolateral lumbar fusion in degenerative spondylolisthesis [J]. Spine (Phila Pa 1976), 2007,32(4):395-401.
- [9] 杨东辉.椎弓根内固定脊柱融合治疗老年腰椎间盘突出疗效分析[J].中国现代医生,2009,47(18):87.
- [10] 项良碧,刘军,陈语,等.后路椎间融合钉棒系统内固定在腰椎椎间盘突出症术后复发中的应用[J].脊柱外科杂志,2010,8(1):20-22.

(收稿日期:2011-09-08)