

胃癌 222 例手术治疗临床预后分析核心思路分析

齐 晟 何智勇 李承阡 李解尽 曾 东

江油市人民医院,四川 江油 621799

【摘要】 目的 分析胃癌手术治疗的效果及预后分析。方法 回顾性分析 2017 年 10 月—2020 年 10 月期间本院收治的 222 例胃癌患者的临床资料,分析对患者预后造成影响的因素。结果 性别、年龄与胃癌的患病概率无相关性。肿瘤情况、胃癌类型、病情程度、治疗方式、化疗等能够直接影响到胃癌的治疗及预后。结论 对胃癌进行准确分析,充分了解肿瘤的情况,从而采用最佳的手术方式、化疗方式进行治疗,能够显著提升治疗效果,提高患者的生存率。

【关键词】 胃癌;手术治疗;预后

胃癌是临床中一种恶性肿瘤,随着近几年人们生活方式,致使胃癌的患病率逐年上涨,且该疾病具有较高的病死率^[1-2]。相关数据统计,中国、日本、东欧、南非等地区胃癌患病率最高^[3-4]。本次研究选取 2017 年 10 月—2020 年 10 月期间在我院接受确诊的 222 例胃癌患者作为研究对象,给予患者手术治疗,对患者的治疗效果、临床表现、预后等进行对比分析,报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 10 月—2020 年 10 月期间本院收治的 222 例胃癌患者作为本次研究的对象,其中有男 114 例,女 108 例;年龄在 32 ~ 86 岁之间,平均年龄(58.65±3.47)岁。对比所有患者的一般资料 $P > 0.05$ 无差异。

诊断: 胃癌患者无明显的体征变化,所以根据患者病史、症状、体征等资料无法进行分析,所有患者在接受手术治疗前,还应接受一系列临床检查,例如胃镜检查、消化道造影检查等,对检查结果进行分析确诊后,才给予手术治疗。并由患者或监护人在同意书上签字。

1.2 方法 所有患者给予手术治疗,病灶在胃窦或是胃底,在一个胃区范围之内可采用远端或近端的胃次全切除;病灶处于胃窦或胃底,在一个以上的胃区范围或是病灶处于胃体较大的,可采用全胃切除。

胃次全切除术: 硬膜外麻醉后,与患者上腹部正中作一切口,常规进行游离胃大、小弯以及切断十二指肠后,行常规切胃操作,之后完成胃肠道重建,根据胃肠道重建的具体方式可将其分为毕

I 式及毕 II 式。毕 I 式,是在患者胃大部分切除后,将剩余部分与十二指肠切端吻合,在此原则下进行多种变式;该方式的优点主要体现于操作较为简便,吻合后患者的胃肠道将非常接近于正常的解剖生理状态。所以在手术之后,患者因胃肠道功能紊乱而导致的并发症发生率非常低,但是若患者伴有炎症瘢痕或者粘连的时候,采用这种方式的难度较大,有时为了避免患者胃十二指肠吻合张力过大,切除胃的范围不够,就非常容易引起溃疡复发,且该术式对胃酸分泌过高的患者不太适用。毕 II 式,是指在胃大部分切除后,将患者的十二指肠残端闭合,然后将患者胃的剩余部分与空肠上段吻合,该方法的优点在于患者的胃部切除多少不会因为吻合张力不够而受到限制,且若患者胃体切除部分较多不会受到影响,该术式能够有效降低溃疡发生的概率,且食物和胃酸不经过十二指肠直接进入空肠,所以十二指肠溃疡即使未能切除,也不会再受到刺激而发生难以愈合的现象。但是该术式的缺点在于手术操作较为复杂,胃空肠吻合后解剖生理的改变较多,引起并发症的可能性就会升高。

全胃切除: 全胃切除术除了要符合相关临床手术标准之外,还要排除伴有其他脏器广泛性转移体质极差者、无法接受麻醉方式患者、麻醉禁忌者以及病重、年老体弱者。由于全胃切除对患者的生理功能造成了损害,所以患者非常容易术后发生以下并发症:①复发性溃疡;②直食后出现腹部不适、心慌、头昏、出汗、无力、恶心、腹泻等倾倒综合症;③胆汁反流性胃炎;④贫血及营养障碍;⑤癌症复发或转移等。且全胃切除后患者术后大多需要配合化疗治疗,以提高手术的

效,除增加患者痛苦外还会对患者及其家庭造成较大的经济负担。

排除标准:不符合上述条件的患者,通常不建议采用手术进行治疗,建议选择保守治疗的方式。术后对患者进行持续5年的随访,对患者的肿瘤情况、治疗效果。临床表现、术后并发症、预后等进行对比分析。

1.3 统计学方法 采用SPSS20.0软件分析,计数资料使用 χ^2 检验,用百分比(%)表示,对比有意义($P < 0.05$)。

2 结 果

研究结果显示,男性患者的生存率与女性患者的生存率对比($P > 0.05$)无明显差异;年龄 < 40 岁的生存率与年龄 > 40 岁的生存率对比($P >$

0.05)无差异;表明性别、年龄与胃癌的患病概率无相关性。肿瘤直径 $< 5\text{cm}$ 的生存率与肿瘤直径 $> 5\text{cm}$ 的生存率对比($P < 0.05$)有差异;肿瘤分化低的生存率与肿瘤分化中、高的生存率对比($P < 0.05$)有显著差异;肿瘤深度穿透浆膜生存率与肿瘤深度未穿透的生存率对比有差异($P < 0.05$);肿瘤位置在胃体、胃窦、胃底贲门的生存率对比($P < 0.05$)有差异;淋巴有转移的生存率和无转移的生存率对比有差异($P < 0.05$);有化疗的生存率和无化疗的生存率对比($P < 0.05$)有差异;胃癌I期、II期、III期、IV期的生存率对比($P < 0.05$)有差异。表明肿瘤情况、胃癌类型、病情程度、治疗方式、化疗等能够直接影响到胃癌的治疗及预后,见表1。

表1 胃癌相关因素分析

因素	情况	人数	生存率			P 值
			1 年	3 年	5 年	
性别	男	114	74 (64.91)	74 (64.91)	74 (64.91)	$P > 0.05$
	女	108	69 (63.89)	69 (63.89)	69 (63.89)	
年龄	< 40 岁	92	59 (64.13)	45 (48.91)	34 (36.96)	$P > 0.05$
	> 40 岁	130	90 (69.23)	68 (52.31)	51 (39.23)	
肿瘤直径	$< 5\text{cm}$	105	66 (62.86)	47 (44.76)	28 (26.67)	$P < 0.05$
	$> 5\text{cm}$	117	70 (59.83)	59 (50.43)	46 (39.32)	
肿瘤分化	低	126	79 (62.70)	53 (42.06)	27 (21.43)	$P < 0.05$
	中、高	96	64 (66.67)	54 (56.25)	35 (36.46)	
肿瘤深度	穿透浆膜	122	68 (55.74)	52 (42.62)	29 (23.77)	$P < 0.05$
	未穿透浆膜	100	67 (67.00)	59 (49.00)	36 (36.00)	
肿瘤位置	胃体	76	52 (68.42)	39 (51.32)	29 (38.16)	$P < 0.05$
	胃窦	98	65 (66.33)	50 (51.02)	28 (28.57)	
	胃底贲门	48	31 (64.58)	22 (45.83)	10 (20.83)	
淋巴情况	转移	93	54 (58.06)	37 (39.78)	21 (22.58)	$P < 0.05$
	未转移	129	79 (61.24)	54 (41.86)	48 (37.21)	
化疗情况	有	147	87 (59.18)	65 (44.22)	53 (36.05)	$P < 0.05$
	无	75	47 (54.67)	30 (40.00)	17 (22.67)	
胃癌分期	I期	39	25 (64.10)	17 (43.59)	13 (33.33)	$P < 0.05$
	II期	62	41 (66.13)	28 (45.16)	15 (24.19)	
	III期	87	56 (64.37)	37 (42.53)	29 (33.33)	
	IV期	34	21 (61.76)	11 (32.35)	5 (14.71)	

3 讨 论

胃癌是临床中患病率、病死率较高的一种恶性肿瘤疾病,治疗方式、肿瘤情况、胃癌分期等因素都会对患者的预后造成影响^[5-6]。现阶段,

临床中主要通过手术切除的方式进行治疗。目前对胃癌的治疗水平较为显著,但仍需提升。胃癌在发病初期无明显特征,病情较为隐匿,不易被察觉,致使容易错过最佳治疗时机,所以,在早期对疾病进行确诊对患者的生命具有重要意义^[7-8]。

目前临床诊断胃癌患者最常见、最常用的诊断方式为纤维胃镜和 X 线钡餐检查,纤维胃镜的操作方式较为快捷且方便,是诊断胃癌患者的首选方式,该检查方式具有直观、准确度高和灵敏度高等一系列的优点,所以在临床中得到了广泛的应用;X 线钡餐检查一般是采用气钡双重造影对患者的胃黏膜相和充盈相对比,观察确定诊断,该检查方式不能进行病理学检查。但是这两种检查方式均具有统一的缺陷,就是只能对患者的胃黏膜表面的病变进行直观的检查 and 显示,但是对于肿瘤向外侵犯的情况以及脏器转移的实际情况,纤维胃镜和 X 线钡餐检查均无法提供确切的数据,但是在胃癌患者的临床治疗工作中,这些信息对于指导治疗和评估患者预后起到了非常重要的作用^[9]。随着医疗技术的不断发展和进步。胃癌患者的临床诊断方式也有着跨越性的进步,超声内镜和多层螺旋 CT 逐渐被广泛应用于临床各项疾病的诊断工作中^[10]。超声内镜是将胃镜和超声检查有机地结合了起来,结合了两种检查方式的优点,该检查方式能够清晰地对患者胃黏膜的黏膜层、黏膜肌层、黏膜下层、固有肌层以及浆膜层的结构进行密切的观察,从而准确测定出患者胃壁各层的厚度,来判断 EGC 的浸润深度。但是相对于超声内镜检查而言,多层螺旋 CT 检查能够更为有效地显示出患者的肝转移、腹膜转移以及腹膜后淋巴结转移等情况,具有绝对的优势。本组 222 例患者中,有 8 例患者经超声内镜检查未明确腹膜后淋巴结转移,但是给予患者多层螺旋 CT 检查后,成功进行鉴别,后续通过病理检查进行证实^[11]。所以,准确且及时的诊断措施,不仅为患者治疗方案的指定提供了有力的一句,而且可以及时给予患者治疗,对于改善患者预后具有极大的帮助。

本次研究中,通过对胃癌的相关因素进行分析,结果显示,研究结果显示,男性患者的生存率与女性患者的生存率对比($P > 0.05$)无明显差异;年龄 < 40 岁的生存率与年龄 > 40 岁的生存率对比($P > 0.05$)无差异;表明性别、年龄与胃癌的患病概率无相关性。肿瘤直径 $< 5\text{cm}$ 的生存率与肿瘤直径 $> 5\text{cm}$ 的生存率对比($P < 0.05$)有差异;肿瘤分化低的生存率与肿瘤分化中、高的生存率对比($P < 0.05$)有显著差异;肿瘤深度穿透浆膜生存率与肿瘤深度未穿透的生存率对比有差异($P < 0.05$);肿瘤位置在胃体、胃窦、胃底贲门的生存率对比($P < 0.05$)有差异;淋巴有转移的生存率和无转移的生存率对比有差异

($P < 0.05$);有化疗的生存率和无化疗的生存率对比($P < 0.05$)有差异;胃癌 I 期、II 期、III 期、IV 期的生存率对比($P < 0.05$)有差异。表明肿瘤情况、胃癌类型、病情程度、治疗方式、化疗等能够直接影响到胃癌的治疗及预后。

综上所述,对胃癌进行准确分析,充分了解肿瘤的情况,从而采用最佳的手术方式、化疗方式进行治疗,能够显著提升治疗效果,提高患者的生存率,在临床中应给予足够重视。

参考文献

- [1] 马翔,刘宽荣.胃癌手术治疗后超长期生存患者预后因素分析[J].肿瘤研究与临床,2019,31(9):630-632.
- [2] 杨恒颖,单治理,孙明浩,等.高龄胃癌患者手术治疗的短期疗效及预后影响因素[J].中国老年学杂志,2019,39(10):2350-2354.
- [3] 王茂勋,侯宏霖,韩博涵,等.青年胃癌的临床病理特点及预后分析[J].河南医学研究,2019,28(3):18-21.
- [4] 朱冠烈.胃癌脐转移病理特点及预后分析[J].消化肿瘤杂志(电子版),2019(3):219-224.
- [5] 吕志恒.高龄胃癌患者手术治疗的短期疗效及预后影响因素分析[J].临床合理用药杂志,2020,13(17):167-168.
- [6] 朱晓峰,黄海鹏,熊文俊,等.胃癌 D2 根治术后大出血的临床分析[J].消化肿瘤杂志(电子版),2020,12(1):34-38.
- [7] 蒋大平,徐华平,方华进,等.影响胃癌根治术后患者预后效果的相关因素分析[J].中国现代医学杂志,2020,30(4):45-49.
- [8] 王小林,马任远,张哲.腹腔镜手术治疗老年进展期胃癌 50 例临床疗效分析[J].陕西医学杂志,2019,48(10):1360-1362.
- [9] 万秀萍,翁慧斌,林小花,等.基于 SEER 数据库分析老年胃癌患者内镜手术与传统术式的治疗效果及预后[J].中国内镜杂志,2020,26(5):8.
- [10] 尚军峰.比较腹腔镜下胃癌根治术与开腹胃癌根治术治疗早期胃癌患者的预后与生存率[J].中国保健营养,2020,30(27):82.
- [11] 尹文娟,金娇悦,王灿铭,等.EB 病毒相关性胃癌的病理学特征及手术治疗对其临床预后的影响[J].中华实验外科杂志,2019,36(6):3.