11—12. 贲门肿瘤，外科手术，癌残留，病理，预防

局解手术学杂志 1995 年第 4 卷第 3 期总第 15 期

贲门癌手术切断端癌残留的临床和病理特点及预防探讨

中国长城铝业公司总医院外科 韩麟才 孟繁琳 张学修 景阴滨 李慧霞

病理科 王昱珠

（河南郑州上街，邮政编码 450041）

R735.205

〔提要〕本文报告 65 例贲门癌术后切端癌细胞残留病例。贲门癌术后上切端癌细胞残留高于下切端癌细胞残留，上切端癌细胞残留以粘膜下浸润为主，下切端癌细胞残留以直线浸润为主。贲门癌术后切端癌细胞残留与癌体大小、分化程度及病理类型有关。癌瘤直径＞5cm、低分化腺癌、粘液腺癌和晚期浸润型贲门癌最容易发生癌细胞残留，作者认为术前及术中根据癌肿的区检类型，分化程度，生长方式结合相应措施并选择适当的手术方式及切除长度，可以防止贲门癌术后切端癌细胞残留。

〔关键词〕贲门癌；癌残留；病理检查。

贲门癌的首选治疗是手术切除，但贲门癌术后切断端癌残留是影响贲门癌手术预后主要因素之一。传统观念的切除范围是肉眼所见肿瘤上下各 5cm[1]。作者注意到贲门癌手术切除时在肉眼观察上下切断正常，病理检查切端仍有癌细胞浸润时有发生。作者总结了我院自 1974 年 1 月～1994 年 12 月共 65 例贲门癌术后切端癌细胞残留病例，并探讨改进措施。

临床资料

本组病例男性 54 例，女性 11 例，男女比例 4.9∶1，年龄为 44 岁～70 岁，平均 57 岁，病程最短为一个月，最长为 13 个月，平均 4 个月。贲门造影充盈缺损 57 例，狭窄 50 例，粘膜破坏 41 例，软组织阴影 37 例，最长 9cm，最短 2.5cm。

本组病例 59 例采用左后外侧第 7 肋间开胸，经左胸切开左侧膈肌入腹。6 例采用左胸腹联合切口，术中见瘤体大于 5cm 者 42 例，瘤体小于 5cm 者 23 例，瘤体平均长度 5.3cm，瘤体侵及食管外膜或胃浆膜者 44 例，仅侵及肌层以下组织者 21 例。病理证实低分化腺癌 43 例，粘液腺癌 7 例，分化程度较高的腺癌 15 例，有淋巴结转移者 49 例，无淋巴结转移者 16 例。

本组病例中，癌细胞浸润上切端者 41 例，癌细胞浸润下切端者 16 例，浸润双切端者 8 例，切端到癌肿边缘距离小于 5cm 者 41 例，大于 5cm 者 24 例。其中 5cm～5.9cm11 例，6cm～6.9cm8 例，大于 7cm5 例。切端癌细胞浸润方式：直接浸润者 14 例，指瘤体直接延伸到切缘者。肌层或全层浸润者 14 例；粘膜下层浸润者 34 例，原位癌浸润者 3 例。

本组术后 30 天内死亡者 6 例，导致死亡的主要原因为吻合口漏 4 例，术后合并肺炎 1 例，术后膈下脓肿 1 例。术后平均存活期 19.8 个月。

讨　论

一、贲门癌手术切端癌细胞残留：是指断端病理检查可见癌细胞浸润，通常认为贲门癌手术距瘤体上下各 5cm 切端即可，但结合本组资料及近期一些报道[2]在此切除范围内常易形成切端癌细胞残留。贲门癌的细胞学类型主要是腺癌，食管胃交界处固有粘膜肥厚，淋巴丰富，无明显屏障结构，贲门腺癌易沿食道粘膜或粘膜下向上浸润，进而发生癌残留。本组资料显示 65 例切端癌细胞残留病例中，低分化腺癌及粘液腺癌共 50 例，占 76.9%，其浸润方式主要是粘膜下浸润，其次是肌层或全层浸润，本组粘膜下浸润病例 34 例，占 53.3%，并以上切端癌细胞残留为主，本组粘膜下浸润向上距离瘤体最远达 11cm。结合本组资料可见瘤体大小与切端癌细胞残留亦有较大关系。癌瘤直径大于 5cm 者，切端癌细胞残留机会明显增加，其浸润方式主要以直接浸润为主，且以下切端癌细胞残留为主。本组癌瘤直径大于 5cm 者 42 例，占 64.6%，瘤体平均长度为 5.3cm，晚期贲

维普资讯 http://www.cqvip.com

门癌的浸润型其边缘不清，与周围无明显界限并呈弥漫浸润性生长，病期越晚，浸润范围越大、越易发生切端癌细胞残留。

贲门癌术后上下切端均可出现癌细胞残留，但上切端癌细胞残留的发生率明显高于下切端且上切端与下切端病理检查其主要的浸润方式略有不同，上切端癌细胞残留以粘膜下浸润为主，下切端癌细胞残留以直接浸润为主。

二、结合本组切端癌细胞残留的体会：作者认为术前胃肠钡餐透视、胃镜检查基本能确定贲门癌的区检类型、生长方式及分化程度，对于贲门癌肿瘤的下界及浸润范围胃肠钡餐对比检查优于胃镜。但对于贲门癌的肿瘤上界和较早期的肿瘤，及瘤体的组织学类型，胃镜检查优于胃肠钡餐透视，二者应结合应用，同时参照术中探查所见，基本上能够为切除范围提供依据。

虽然术前的胃镜检查对手术有较大的指导意义，但若要防止切端癌细胞残留，术中必须准确确定肿瘤边界，结合本组治疗情况，作者通常在胃与食道切下后，不急于进行手术操作，立刻将标本剪开，在自然光线下仔细观察癌瘤与周围粘膜的界限，观察癌缘与上下切缘的关系，对于较明显的癌残留病例，观察切断面时，有的可见胃壁，食道壁增厚，粘膜下硬韧灰白，无弹性，血运不良，缝合进针时有韧感，通过对所切标本的肉眼观察，对于防止切端癌残留有重要作用，但在采用上述手段仍不能确定切除范围时，可在术中行上下切缘快速冷冻切除检查，若切缘不净，可增加切除范围。

三、贲门癌的切除范围：历来主张不一，主要原因是贲门癌的组织学类型以腺癌为主，腺癌的恶性程度较鳞癌高，尤其低分化型和粘液腺癌浸润更远。本组 65 例贲门癌的残留端有癌残留的病例中，上切端不净 41 例、占 63%，下切端不净 16 例，占 24.6%，双切端不净 8 例，占 12.3%，通常为防止下切端癌细胞残留，较为积极者主张全胃切除甚至加上脾胰尾整块切除[1]，为防止上切端癌细胞残留，亦有人主张食管大部切除弓上或胸顶吻合，甚至颈部吻合。作者结合本组治疗情况认为对于全胃切除应持慎重态度，由于全胃切除手术复杂，创伤大，并发症多，故应严格掌握适应症，(1) 贲门癌向下侵犯超过胃体积 2/3 者；(2) 胃体癌上侵贲门者；(3) 贲门癌切除残胃较小，食管胃吻合张力较大者。作者认为在保证下切缘干净的前提下，尽可能地保留残胃，以便提高术后患者的生活质量。对于贲门癌上切端食管大部切除弓上吻合或胸顶吻合应视病人的术前胃镜活检情况及术中的标本检查情况而定。对于分化程度较高的腺癌，标本切缘检查无异常发现，应按常规切缘距瘤体 5cm 即可，但对于低分化腺癌及粘液腺癌，应严格掌握切缘情况，防止食道切除过程而致癌残留。

参考文献

1. 顾宪时主编，胸心外科手术学，北京：人民卫生出版社 1985；596.
2. Papachriten DN, Agnati N, D Agostinoti, et al. Histologically positive esophageal margin in the Surgical treatment of gastric cancer. Am J Surg. 1980；139：711.
3. 李泽坚，许乐天等，晚期贲门癌的手术治疗 胸心血管外科杂志 1986；2：231.
4. 杨杰，张太平等全胃切除在贲门癌治疗中的地位，胸心血管外科杂志 1993；3：229.

(收稿：1995—02—28)

(上接第 18 页)因为温水易受到绿浓杆菌的污染。

目前国内大多采用传统的肥皂刷手法，此法在欧美、日本已经不用，其缺点是操作时间长，对皮肤刺激性大。国内部分医院已采用灭菌刷手法，用于刷手的灭菌剂有两类，一类为表面活性剂，一类为碘剂。表面活性灭菌剂有新洁而灭和洗必太，皆为阳离子清洁剂，能吸附细菌膜，改变其通透性，使细菌体内重要成分外逸而杀菌。洗必太(双氧苯双胍已烷) 比新洁而灭杀菌作用快而强，抗菌谱广，用于手术洗手较好。文献报道，4%洗必太制剂是最有效的刷手配方，我们用无菌毛刷或无菌擦洗巾取 4%洗必太常规刷手 3 分钟，流水冲洗干净，用无菌巾擦干后，再取浸此液纱布涂擦手臂，手术 4 小时后抽样细菌培养均为阴性。PVP—碘 (聚乙烯吡咯烷酮—碘)，它能克服碘酊的强烈刺激，文献报道有效浓度为 0.1～0.5%。我们先用肥皂常规刷手 3 分钟，流水清洗干净，用无菌巾擦干后，取浸透 0.5%的 PVP—碘纱布涂擦手臂，手术 4 小时后抽样检查手的细菌均为阴性。此上述两种方法均可取得 (下转第 16 页)