

DOI:10.3969/j.issn.1000-9760.2016.04.006

原发性胃癌根治术后再发残胃癌危险因素临床观察

周新明 刘 翠

(滕州市中心人民医院, 滕州 277500)

摘 要 **目的** 探讨原发性胃癌行胃癌根治术后发生残胃癌的相关危险因素。**方法** 我院 2004 年 7 月至 2014 年 7 月收治并行胃癌根治术的原发性胃癌患者 203 例, 69 例在根治术后发生残胃癌, 为观察组; 134 例未发生残胃癌的患者为对照组。对比两组的一般临床资料、Bormann 分型、TNM 分期、手术方式和残胃状况进行单因素和多因素回归分析。**结果** 1) 原发性胃癌 Bormann I、II 型和 TNM 分期 I、II 期中观察组所占比例少于对照组, 而 III、IV 型和 III、IV 期则多于对照组; 2) 观察组胆汁反流、Hp 感染、低胃酸和残胃炎明显多于对照组; 3) logistic 回归分析显示残胃癌与年龄、吸烟、Hp 感染、低胃酸、手术方式、TNM 分期因素有关 ($P < 0.05$), 与性别、血型 and 饮酒无关 ($P > 0.05$)。**结论** 原发性胃癌的 Bormann 分型、TNM 分期、年龄、吸烟、Hp 感染、低胃酸、手术方式均是残胃癌发生的危险因素。

关键词 原发性胃癌; 残胃癌; Bormann 分型; TNM 分期; 危险因素

中图分类号: R735.2 文献标识码: A 文章编号: 1000-9760(2016)08-248-04

An observation of the risks of remnant gastric cancer after the radical resection of primary gastric cancer

ZHOU Xinming, LIU Cui, WANG Zhen

(Tengzhou central people's hospital, Tengzhou 277500, China)

Abstract; Objective Objective: Observe the relative risks of remnant gastric cancer after radical surgery. **Methods** Collected 203 cases of gastric cancer after radical resection in our hospital from July 2004 to July 2014, including 69 cases of remnant gastric cancer (remnant group), the other 134 cases without the occurrence of remnant gastric cancer (control group). Compared the general clinical data, Bormann classification, clinical stage, histological type, operation mode and the remnant stomach status of the two groups. Then analyzed the data with univariate and multivariate regression analysis. **Results** 1) Bormann type I, II and clinical stage I, II of the primary gastric cancer in the remnant group were less than that in control group, and the papillary adenocarcinoma in the remnant group were less than that in the control group, but Bormann type III, IV and clinical stage III, IV in the remnant group were more than that in control group; 2) There were more patients with bile reflux, Hp infection, low acid and local inflammation in the remnant group than that in control group; 3) Logistic multivariate regression analysis showed that the occurrence of remnant gastric cancer were closely related with age, smoking, Hp infection, low gastric acid, operation mode, clinical stage and histological types ($P < 0.05$), and had no significant correlation with sexuality, blood types and alcohol consumption ($P > 0.05$). **Conclusion** Bormann classification, clinical stage and histological type of primary gastric cancer, age, smoking, Hp infection, low gastric acid, operations are risk factors for remnant gastric cancer.

Keywords: Primary gastric cancer; Remnant gastric cancer; Bormann classification; Clinical stage; Risk factors

广义的残胃癌为各种胃部疾病行胃部分或大部切除术后残胃再发生的癌变^[1]。随着环境污染

的日益严重,人类寿命的延长,胃部疾病的发病率逐年提高。残胃癌的发病率也日益升高^[2]。虽然随着人们对健康的日益重视和胃镜技术的进步,残胃癌的早期诊断率有所提高。但由于残胃经历上次手术后局部解剖结构破坏和重构,因而残胃癌恶性程度一般较高,其大多预后较差^[3]。故对于残胃癌的早期预防就显得格外重要。本文收集并总结了本院近 10 年内 203 例原发性胃癌行胃大部切除患者的临床资料,通过相关性分析其危险因素,以期对残胃癌的预防提供有益参考。

1. 资料与方法

1.1 资料

我院 2004 年 7 月至 2014 年 7 月收治并行胃癌根治术的原发性胃癌患者 203 例,69 例在根治术后发生残胃癌,为观察组;134 例未发生残胃癌的患者为对照组。其中男性 154 例,女性 49 例,年龄(67.4 ± 23.7)岁。排除高血压、糖尿病及各种自身免疫性疾病,排除各种精神疾病和无主行为能力者,排除患者及其家属拒绝入组者,排除其他不适宜入组情况者。本文符合伦理学规范并经过医院伦理委员会论证,所有患者均签订知情同意书。

1.2 方法

对比两组一般临床资料、Bormann 分型、TNM 分期(UICC)、手术方式和残胃状况。

1.3 统计学方法

采用 SPSS 20.0 统计学软件进行数据处理,计数资料以构成比表示,行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 有统计学意义。对残胃癌发生的影响因素进行多因素 logistic 回归分析。

2. 结果

2.1 两组 Bormann 分型、TNM 分期、组织学类型比较

观察组和对照组在分型和临床分期构成之间差异具有统计学意义。在此基础进一步统计显示,原发性胃癌的 Bormann 分型中 I、II 型观察组所占比例低于对照组,而观察组中 III、IV 型多于对照组($\chi^2 = 30.87, P < 0.05$);残胃癌中 TNM 分期 I、II 期的病人也少于对照组,而 III、IV 期的病人多于对照组($\chi^2 = 36.30, P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组间 Bormann 分型、TNM 分期、组织学类型构成比比较(n)

组别	Bormann 分型				TNM 分期			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV
观察组	10	8	40	11	5	9	38	17
对照组	42	48	38	6	45	42	39	8
χ^2	25.81				32.29			
P	<0.05				<0.05			

2.2 两组残胃状况构成比比较

观察组患者存在胆汁反流、Hp 感染、低胃酸和局部炎症的比例明显多于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 影响残胃癌发生的 logistic 回归分析

残胃癌的发生于年龄、吸烟、Hp 感染、低胃酸、手术方式、TNM 分期密切相关($P < 0.05$),而与性别、血型和饮酒无明显关联($P > 0.05$)。见表 3。

表 2 两组间残胃状况构成比比较(n/%)

组别	胆汁反流	Hp 感染	低胃酸	残胃炎
观察组	9/13.04	16/23.19	9/13.04	12/17.39
对照组	4/2.99	7/5.22	3/2.24	5/3.73
χ^2	7.69	14.63	9.56	11.08
P	0.006	0.01	0.002	0.001

表 3 影响残胃癌发生的 logistic 回归分析

项目	赋值	β	标准误	Wald χ^2	P	OR	OR95% 置信区间
常数项	—	-5.32	0.93	43.01	0.00	—	—
年龄	数值变量	1.68	0.41	15.27	0.00	5.12	2.43 - 10.53
性别	1 男, 2 女	-0.02	0.03	0.43	0.51	0.98	0.93 - 1.04
饮酒	1 否, 2 是	1.16	1.38	0.71	0.40	3.20	0.21 - 37.88
吸烟	1 否, 2 是	1.55	0.71	6.30	0.00	4.25	1.50 - 17.10
手术方式	1 毕 I 氏, 2 毕 II 氏	2.51	0.54	3.89	0.02	5.00	1.40 - 36.13
Hp 感染	1 否, 2 是	2.47	1.09	5.15	0.02	1.86	1.40 - 10.44
低胃酸	1 否, 2 是	3.79	1.48	6.50	0.01	4.02	2.40 - 40.51
临床分期	等级资料	1.26	0.22	32.85	0.00	4.03	3.02 - 5.09

3 讨论

残胃癌包括残胃再发癌和残胃复发癌,也有发生于良性病变后者和恶性病变后者^[4-6]。其发生机制目前尚不完全明了,一般认为残胃的缩小使得胃酸分泌减少,胃液 pH 升高而使胃部感染增加,炎症加重导致胃壁破坏;局部解剖结构的破坏和重构致使胃部血供减少和回流不畅等因素密切相关^[7-9]。本文通过 logistic 回归分析发现年龄大于 60 岁和吸烟的患者残胃癌发生率较高,而性别和饮酒与其无明显关联性。胃癌的发生是由各种刺激因素逐步作用积累产生的,故年龄和胃癌的发病率呈线性关系,这种关系同样也出现在年龄与残胃癌之间。吸烟能增加幽门螺旋杆菌的感染率,促进肠上皮化生,抑制抑癌基因和促进癌基因活性(如 P53, Cmy-C)^[10]。一般认为饮酒和胃癌有明显的相关性,但本文发现饮酒与残胃癌的相关性并不显著,而且性别也与残胃癌无特别关联。

一般胃癌根治术分为毕 I 式和毕 II 式两种。我们发现毕 II 式手术的患者残胃癌的发生明显增加。这是因为毕 II 式手术切除胃壁较毕 I 式多,胃窦的切除致使胃泌素减少,胃内酸性物质减少,细菌过度生长,从而增加了残胃癌的发生^[11-16]。原发性胃癌的 Bormann 分型和临床分期也与残胃癌的发生密切相关。原发性胃癌的恶性程度越高,残胃癌的发生概率也就越高。尽管已经彻底切除了原发癌,但各种导致肿瘤细胞发生、进展的因素并没有去除。这些因素继续作用于残胃便增加了残胃癌的发生率^[17-18]。此外,残胃的状态也与残胃癌有密切联系。本文结果显示观察组病人的 Hp 感染、胆汁反流、低胃酸和残胃炎发生率明显高于对照组。众所周知,上述因素是胃癌形成的危险因素,同时它们也与残胃癌密切相关。Hp 感染侵袭胃黏膜并降低胃酸;胆汁反流可对胃黏膜造成持续性损伤,而且胆汁为碱性,可降低胃酸度;低胃酸又可反过来促进细菌的增殖,进而引起并加重残胃的炎症反应。因而上述影响残胃状态的因素均是残胃癌发生的危险因素。

综上所述,高龄、吸烟、原发性胃癌的手术方式、Bormann 分型、TNM 分期、残胃 Hp 感染、胆汁反流、低胃酸、残胃炎均是残胃癌发生的高度危险因素。充分认识这些危险因素的危害,并在预防残胃癌时有针对性的避开或控制上述因素,对胃癌根

治术后的患者长期生存有重要意义。

参考文献:

- [1] 冯定奇. 346 例术后残胃病内镜检查分析[J]. 第三军医大学学报, 2010, 32(6): 600, 603.
- [2] 陈金元. 不同术式治疗残胃癌患者的预后及相关影响因素分析[J]. 局解手术学杂志, 2014, 23(2): 189-190. DOI: 10. 11659/jjssx. 1672-5042. 201402031.
- [3] 邵欢义, 蒋佩佩, 朱冠保. 残胃癌 34 例外科诊治分析[J]. 温州医学院学报, 2013, 43(3): 202-203, 208. DOI: 10. 3969/j. issn. 1000-2138. 2013. 03. 017.
- [4] 孔刚, 刘虹, 龚志军, 等. 残胃癌的临床病理特点及预后分析[J]. 消化肿瘤杂志(电子版), 2010, 2(4): 208-212. DOI: 10. 3969/j. issn. 1674-7402. 2010. 04. 005.
- [5] 聂明明, 申晓军, 魏国, 等. 残胃癌的临床病理特征及预后 52 例分析[J]. 中华普外科手术学杂志(电子版), 2010, 4(2): 144-148. DOI: 10. 3969/cma. j. issn. 1674-3946. 2010. 02. 008.
- [6] 靳晓丽, 赵中辛. 残胃癌临床特点及诊治[J]. 中华普通外科学文献(电子版), 2013, 7(3): 213-216. DOI: 10. 3877/cma. j. issn. 1647-0793. 2013. 03. 013.
- [7] 李清国, 王道荣, 汤劲松, 等. 残胃癌与初发胃癌外科治疗及预后的比较研究[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2012, 19(8): 622-624.
- [8] 王震, 毛伟征. 残胃癌诊断和外科治疗体会[J]. 泰山医学院学报, 2010, 31(2): 140-141. DOI: 10. 3969/j. issn. 1004-7115. 2010. 02. 020.
- [9] 俞高峰. 残胃病变患者胆汁反流及幽门螺杆菌感染调查分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2012, 22(10): 2076-2077.
- [10] 敖智容, 秦红, 刘伟, 等. 胃癌术后残胃再发癌的危险因素分析[J]. 局解手术学杂志, 2012, 21(2): 171-173. DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-5042. 2012. 02. 024.
- [11] 余佩武. 腹腔镜胃癌手术的进展与展望[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2011, 18(2): 105-109.
- [12] 李平, 黄昌明, 郑朝辉, 等. 腹腔镜下残胃癌的外科治疗(附 16 例报告)[J]. 消化肿瘤杂志(电子版), 2011, 3(3): 171-174. DOI: 10. 3969/j. issn. 1674-7402. 2011. 03. 011.
- [13] 王林, 许晓群, 王郡甫. 胃癌组织 Wnt10b 的表达及意义[J]. 济宁医学院学报, 2014, 37(1): 30-32, 36. DOI: 10. 3969/j. issn. 1000-9760. 2014. 01. 009.
- [14] 姜飏, 靳猛, 张伟, 等. 胃癌组织高迁移率族蛋白 B1 的表达及与临床病理特征的关系[J]. 济宁医学院学报, 2014, 37(6): 407-410. DOI: 10. 3969/j. issn. 1000-9760. 2014. 06. 007.

(下转第 257 页)

术,以减少 BTAR 的发生。使临床输血更为安全和有效,也能减少医患纠纷^[8]。

参考文献:

- [1] 刘新君. 探讨不规则抗体的筛查在临床输血中的价值与意义[J]. 中外医疗, 2014, 33(6): 177-178. DOI: 10.16662/j.cnki.1674-0742.2014.06.038.
- [2] 高峰. 临床输血与检验[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 194.
- [3] 陈歌子, 张卫. FcεR I、IL-4、IL-13 和 IL-4R 基因多态性与过敏性疾病的关系[J]. 中华临床医师杂志(电子版), 2016, 10(6): 877-881. DOI: 10.3877/cma.j.issn.1674-0785.2016.06.029.
- [4] 王明明. IgA 含量与输血超敏反应相关性检测分析[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2015(25): 31. DOI: 10.3969/j.issn.1671-3141.2015.25.019.
- [5] 娜日苏, 王巍. 分析去除白细胞输血对预防非溶血性

输血后发热反应的应用效果[J]. 临床医药文献杂志, 2015, 2(27): 5599-5600. DOI: 10.16281/j.cnki.jocml.2015.27.021.

- [6] 刘铮, 张伯伟, 张丽, 等. 临床非溶血性发热性输血反应回顾性分析[J]. 中国实用医药, 2015, 10(35): 285-286. DOI: 10.14163/j.cnki.11-5547/r.2015.35.212.
- [7] 陈志远, 张洪为. 临床输血不良反应的调查研究[J]. 国际检验医学杂志, 2013, 34(23): 3178-3179, 3181. DOI: 10.3969/j.issn.1673-4130.2013.23.034.
- [8] 刘俐伟. 输血监测记录在临床输血中的应用[J]. 重庆医学, 2009, 38(12): 1434-1435, 1437. DOI: 10.3969/j.issn.1671-8348.2009.12.009.
- [9] 刘达庄. 免疫性输血反应的调查及预防研究[J]. 中国输血杂志, 2002, 15(3): 159-161. DOI: 10.13303/j.cjbt.issn.1004-549x.2002.03.003.

(收稿日期 2016-05-09)

(上接第 250 页)

- [15] 吕益中, 朱劲涛, 谭明华, 等. 近端胃癌行近端胃切除改良重建与全胃切除传统重建的比较[J]. 消化肿瘤杂志(电子版), 2012, 4(4): 241-244.
- [16] 朱信强, 丁闯, 张明, 等. 局部进展期胃癌手术切除方式改进的临床应用[J]. 中华临床医师杂志(电子版), 2013, 7(17): 171-173. DOI: 10.3877/cma.j.issn.

1674-0785.2013.17.087.

- [17] 孟德斌, 贾毅, 郭凯庆, 等. 胃癌根治术后十二指肠残端瘘 21 例临床分析[J]. 山西医药杂志, 2014, 43(7): 806-807, 808.
- [18] 丁莉. 胃大部分切除术后残胃癌的临床特点探析[J]. 中国医学工程, 2013, 20(9): 98-99.

(收稿日期 2016-03-02)

(上接第 254 页)

- [7] 罗艳, 廖亚显, 李丽霞. 术前访视在心脏术后患者预防 ICU 综合征中的应用[J]. 广东医学院学报, 2016, 34(1): 98-100.
- [8] 陈修文, 张小康, 罗晓黎. 2009-2011 年医院感染目标性监测结果及变化趋势[J]. 中华医院感染学杂志, 2013, 23(7): 1507-1509.
- [9] Malacarne P, Corini M, Petri D. Health care-associated infections and visiting policy in an intensive care unit

[J]. Am J Infect Control, 2011, 39(10): 898-900. DOI: 10.1016/j.ajic.2011.02.018.

- [10] Harron K, Ramachandra G, Mok Q, et al. Consistency between guidelines and reported practice for reducing the risk of catheter-related infection in British paediatric intensive care units[J]. Intensive Care Med, 2011, 37(10): 1641-1647. DOI: 10.1007/s00134-011-2343-9.

(收稿日期 2016-05-26)

