

Y I J I A J I N G H U A C O N G S H U

医家菁华丛书



WEIDIBENMENQUYUAI LINCHUANGZHILIAO

胃底贲门区域癌 临床治疗

韩少良 邵永孚 编著

复旦大学出版社
上海医科大学出版社

国家青年丛书

胃底贲门区域癌临床治疗

韩少良 邵永孚 编著

复旦大学出版社

上海医科大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

胃底贲门区域癌临床治疗/韩少良,邵永孚编著.
上海:复旦大学出版社:上海医科大学出版社,2001.3
(医家菁华丛书)
ISBN 7-5627-0630-1

I.胃... II.①韩...②邵... III.贲门癌-治疗
IV.R735.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2000)第 59401 号

责任编辑 何剑秋
责任校对 袁 庆

医家菁华丛书

胃底贲门区域癌临床治疗

韩少良 邵永孚 编著

复旦大学出版社 出版发行
上海医科大学出版社

上海市国权路 579 号

邮政编码 200433

新华书店上海发行所经销

句容市排印厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 14.25 字数 320 000

2001 年 3 月第 1 版 2001 年 3 月第 1 次印刷

印数:1—3 000

ISBN 7-5627-0630-1/R·599

定价:33.50 元

敬告读者: 奉上级指令,原上海医科大学出版社于 2001 年 2 月 12 日正式与
复旦大学出版社合并,组建新的复旦大学出版社。特此告知。

前言

贲门系指贲门腺所在的区域,因而发生于贲门的癌称为贲门癌。由于肉眼观察很难判定贲门区域的范围,同时这个区域被癌组织所替代也不容易诊断,故多数临床医师将食管胃接合部上下约2 cm的区域发生的癌称为贲门癌,也有人称之为食管胃接合部癌。近年来,不少学者报道(胃)贲门癌在发病年龄、性别分布(男性多发)及组织病理学特征等方面,与下段食管腺癌非常相似,而非贲门的胃中下部癌差别较大,认为贲门癌及下段食管癌具有共同的危险因素和相似的表现类型。也有人推测食管贲门区域 Barrett 上皮的肠上皮化生→不典型增生→癌的癌变方式,可能也是胃贲门癌及食管下段癌的发病机制。不过贲门腺癌的 Barrett 上皮长度比食管腺癌的短,而且短的 Barrett 上皮容易被癌细胞的浸润所取代,这可解释为什么贲门腺癌并发 Barrett 上皮化生率低。本书姑且将该区癌定义为胃底贲门区域癌。一些学者认为胃底贲门区域癌按食管癌来处理,另一些临床医师认为胃底贲门区域癌是胃癌,也有人主张胃底贲门区域癌是一个独立的疾病。发生于食管胃接合部的肿瘤由于骑跨胸腔内的食管与腹腔内的胃,且由于过去多采用“胃底贲门癌”这个模糊概念,因而该区肿瘤的发病率、诊断治疗及预后缺乏可比性。以此评价外科治疗结果及各种手术方式的优缺点,引起一些争论也就不足为奇了。

为解决这个问题,1998年国际胃癌联合会(IGCA)与食管疾病国际学会(ISDE)的专家们,首次确定了贲门区腺癌的确切定义和分类,以便澄清发生于食管胃接合部癌的概念混乱状况,不过对该区发生的鳞癌未作具体定义。即将解剖学上贲门的上下5 cm的食管及胃发生的肿瘤定义为贲门区域癌,并将该区域的肿瘤分为三个类型:Ⅰ型肿瘤——系指发生于远端食管的腺癌,通常起源于食管的特异性肠上皮化生区域(即 Barrett 食管),并向近端食管浸润;Ⅱ型肿瘤——是真正意义上的贲门癌,系指发生于解剖学贲门及食管胃接合部的小段肠上皮化生区域,又称为“接合部腺癌”(junctional carcinoma);Ⅲ型肿瘤——系指贲门下方的胃癌,并从下方累及食管胃接合部及食管远端。有人报道不同类型的胃底贲门区域癌,其病理发生及生物学行为不同,需要进一步研究。即:①男性病例多见Ⅰ型肿瘤,而少见Ⅱ、Ⅲ型肿瘤;②Ⅰ型病例与Ⅱ、Ⅲ型病例相比,前者多并发食管裂孔疝和既往有长时间的胃食管反流性疾病;③发生于食管远端的特异性肠上皮化生区域(即 Barrett 食管)的进行性发展,衍变为重度不典型增生,并被证实为远端食管(即 Barrett 食管)腺癌的主要前期病变,同时不典型增生也是贲门或贲门下肠上皮化生粘膜的少见现象;④三种类型中未分化肿瘤和肿瘤“非肠上皮化生”生长方式也存在较大的差别,如细胞角蛋白的表达及 p53 突变多见贲门或贲门上方腺癌;⑤淋巴造影表明食管下段癌的主要淋巴引流是头侧达纵隔,尾侧达腹腔动脉,而发生于贲门及贲门下方区域肿瘤更容易向腹腔动脉、脾门及腹主动脉旁转移,说明食管贲门部肿瘤的不同类型具有不同淋巴流向。这种分为食管远端腺癌(Ⅰ型)、狭义的贲门腺癌(Ⅱ型)及贲门下腺癌(Ⅲ型)的分型方法有助于详细研究该区域腺癌的发病机制、病理生物学行为和选择最佳的手术治疗方案。笔者认为既然上述食管贲门区域腺癌的分型标准,有助于判定食管贲门区域腺癌的某些生物学行为,不妨采用上述分类标准对包括食管贲门区鳞癌在内的肿瘤进行分类。本书为了进一步探讨胃底贲门区域癌的病理生物学行为及选择合理治疗方法,笼统地将发生于该区的肿瘤统称为胃底贲门区域癌。具体包括临床上的食管浸润性胃癌、胃浸润性食管癌、贲门区域腺癌、狭义的贲门癌、残胃癌、食管切除术后胃癌、胃切除术后食管贲门区域癌及复发性残胃癌。

本书由三部分组成,第一部分包括:①胃底贲门区域癌患者的一般状态及手术危险性评价;②老年人及肥胖患者

的脏器功能变化特点;③营养支持治疗与蛋氨酸缺乏抗癌治疗;④手术后并发症、化疗的不良反应等。第二部分包括:①胃底贲门区域癌的局部应用解剖及根治术的几个问题;②食管浸润性胃癌的手术治疗;③胃浸润性食管癌的手术治疗;④贲门区域腺癌的手术治疗;⑤狭义的贲门癌的手术治疗;⑥残胃癌的手术治疗;⑦食管切除术后胃癌的手术治疗;⑧胃切除术后胃底贲门区域癌的手术治疗;⑨复发性残胃癌的手术治疗。第三部分包括:①胃底贲门区域腺癌的化疗;②胃底贲门区域鳞癌的化疗;③胃底贲门区域癌的放射治疗;④胃底贲门区域癌的免疫治疗。

本书具有以下特点:

1. 比较详细介绍了胃底贲门区域癌患者的一般状态及手术危险性评价标准。
2. 参考了国内外最新文献及临床经验,对胃底贲门区域包括的食管浸润性胃癌、胃浸润性食管癌、胃底贲门区域腺癌、狭义的贲门癌、残胃癌、食管切除术后胃癌、胃切除术后食管癌及复发性残胃癌的生物学行为、外科治疗及手术特点进行论述。
3. 将胃底贲门区域癌作为一个独立疾病来处理。

本书可作为普通外科医师、胸外科医师及医学生的参考用书。

由于笔者水平有限,叙述不全甚至错误之处,敬请专家及广大读者批评指正。

韩少良 邵永孚

2001年1月

目 录

1 总论	1
1.1 概述	1
1.2 一般状态评价	3
1.3 手术危险性评价	3
1.3.1 手术危险性构成	4
1.3.2 外科危险性判断	4
1.3.3 术前危险性判断标准	5
1.3.4 循环系统危险性评定	5
1.3.5 呼吸系统危险性评判标准	10
1.3.6 血液系统的危险性评估	11
1.3.7 肝脏危险性评价	12
1.3.8 肾脏危险性的评价	13
1.3.9 糖尿病患者围手术期危险性评价	14
1.3.10 营养不良患者的手术危险性评判	14
1.3.11 老年患者的脏器功能特点与术前危险性评价	15
1.3.12 肥胖患者的手术危险性	23
1.4 营养支持治疗	25
1.4.1 概述	25
1.4.2 营养状态评价指标	26
1.4.3 Moore 术后恢复理论	26
1.4.4 围手术期营养支持方法	27
1.4.5 晚期癌症患者的营养疗法	29
1.4.6 甲硫氨酸缺乏性疗法	30
1.5 术后并发症及其治疗	32
1.5.1 吻合口瘘(漏)	32
1.5.2 吻合口狭窄	33
1.5.3 肺炎、肺不张	33
1.5.4 乳糜胸	33
1.5.5 心律不齐	34
1.5.6 反流性食管炎	34

1.5.7 急性胆囊炎	34
1.6 化学治疗的不良反应	35
1.6.1 概述	35
1.6.2 抗癌药不良反应的种类	35
1.6.3 抗癌药不良反应的分级标准	37
1.7 胃底贲门区域癌的外科治疗规范	44
1.7.1 术前诊疗规范	44
1.7.2 胃底贲门区域癌手术的治疗规范	45
1.7.3 术后治疗、处置规范	46
2 胃底贲门区域癌的局部应用解剖	51
2.1 胃底贲门区域癌的局部解剖学特征及淋巴引流规律	51
2.2 胃底贲门区域癌的浸润方式及淋巴结廓清范围	52
2.2.1 上方方向浸润	53
2.2.2 水平方向浸润	53
2.2.3 下方方向浸润	54
2.3 胃底贲门区域癌的临床病理特征	54
2.4 胃底贲门区域癌的 No.16 组淋巴结廓清的意义	55
2.4.1 No.16 组淋巴结的研究沿革及廓清的理论根据	55
2.4.2 胃底贲门区域癌的 No.16 组淋巴结转移途径	55
2.4.3 腹主动脉周围淋巴结(No.16 组)的分类	57
2.4.4 腹主动脉周围淋巴结(No.16 组)廓清的适应证	57
2.5 胃底贲门区域癌的 No.16 组淋巴结廓清的手术操作	59
2.5.1 No.16 组淋巴结廓清术的步骤	59
2.5.2 No.16 组淋巴结廓清术的手术手技	59
3 胃底贲门区域癌的临床表现与诊断	66
3.1 临床表现	66
3.2 临床诊断	66
3.3 病理诊断	67
3.4 临床病理分期	68
3.4.1 胃底贲门区域腺癌的临床病理分期	68
3.4.2 胃底贲门区域鳞癌的临床病理分期	69
4 胃底贲门区域癌根治术的几个问题	73
4.1 手术入路及手术方式	73
4.1.1 开胸指征	73
4.1.2 左侧开胸切口、胸内食管胃吻合术	74
4.1.3 单纯经腹全胃切除术	74
4.1.4 胸腹联合切口全胃切除及联合脏器切除术	75

4.1.5	开腹胸骨正中切开经纵隔切口	75
4.1.6	不开胸的食管拔脱术	75
4.1.7	胸腹颈部三切口、颈部食管吻合术	76
4.1.8	食管内插管术	77
4.1.9	全胃及食管远端切除术、回盲肠间置代食管胃术	77
4.1.10	术前行胃动脉栓塞的胃底贲门区域癌切除术	78
4.1.11	近端胃大部切除术	78
4.1.12	内镜手术治疗	78
4.2	手术原则与切口选择	79
4.3	左上腹内脏全切除术	79
4.3.1	适应证	79
4.3.2	手术步骤	80
4.4	切除术后的消化道重建术	82
4.4.1	手术步骤	83
4.4.2	消化道重建术的特点	84
4.5	应用器械吻合施行消化道重建术	84
4.5.1	吻合器的开发简史	84
4.5.2	钉合技术	85
4.5.3	吻(缝)合器的优点	86
4.5.4	适应证与禁忌证	86
4.5.5	吻(缝)合器应用的常规步骤	86
4.6	应用吻合器施行胃底贲门区域癌切除、Roux - en - Y 法重建术的手术步骤 ...	87
4.6.1	切断空肠	87
4.6.2	切断食管与放置抵钉座	87
4.6.3	食管空肠的端侧吻合	87
4.6.4	闭锁空肠断端	87
4.6.5	器械吻合的难点与对策	88
4.6.6	器械吻合与手法缝合的比较	88
4.7	器械吻合的创伤愈合机制	88
4.7.1	手法缝合创伤的愈合机制	89
4.7.2	器械吻合创伤的愈合机制	89
5	食管浸润性胃癌的外科治疗	93
5.1	概述	93
5.2	临床病理特点	93
5.2.1	食管浸润长度与手术切除	93
5.2.2	手术入路与手术术式的选择	95
5.3	纵隔内淋巴结转移与手术方式的选择	96

5.4 笔者的食管浸润性胃癌的全胃切除术步骤	97
6 胃浸润性食管癌的外科治疗	119
6.1 概述	119
6.2 临床病理特性	119
6.3 手术方法及手术手技的特殊性	120
6.3.1 下段食管贲门癌左侧斜开胸胸腹连续切口切除术	121
6.3.2 经腹膈肌扩大切除下段食管贲门癌根治术	124
7 胃底贲门区域 Barrett 腺癌的外科治疗	131
7.1 概述	131
7.2 Barrett 食管及 Barrett 食管癌的诊断	132
7.3 胃底贲门区域腺癌的临床病理特点	133
7.4 Barrett 食管及 Barrett 食管癌的治疗方针	133
7.4.1 Barrett 食管的治疗方针	133
7.4.2 Barrett 食管癌的治疗方针	134
7.4.3 Barrett 食管癌治疗方法的选择	134
7.5 手术操作的特殊性	135
7.5.1 体位	135
7.5.2 皮肤切口	136
7.5.3 肋骨切除	136
7.5.4 膈肌的切开与缝合	136
7.5.5 开胸进一步显露术野	136
7.5.6 肋弓的闭合与关胸	140
7.6 预后	140
8 狭义贲门癌的外科治疗	143
8.1 概述	143
8.1.1 无食管浸润贲门癌的淋巴引流途径	143
8.1.2 有食管浸润贲门癌的淋巴引流途径	143
8.2 病理诊断	143
8.2.1 胃癌的大体病理类型	144
8.2.2 进行期贲门癌的大体病理类型	144
8.2.3 贲门癌的组织病理学类型	145
8.2.4 贲门癌的浸润方式及手术方式的选择	145
8.3 外科治疗原则及手术方式	146
8.3.1 手术治疗原则	146
8.3.2 手术治疗方针	146
8.3.3 贲门癌的手术手技以近端胃大部切除、空肠间置术为例	147
8.4 预后因素	148

8.4.1 贲门癌的淋巴结分组分站	149
8.4.2 根据淋巴结廓清范围判定贲门癌手术的根治程度	149
8.4.3 贲门癌手术根治程度的规定	150
9 残胃癌的外科治疗	152
9.1 概述	152
9.2 临床表现及诊断	153
9.3 淋巴引流特点	153
9.3.1 沿原来的胃左动脉、胃后动脉及脾动脉方向的引流	154
9.3.2 向与胃吻合的十二指肠及空肠方向的淋巴流向	154
9.3.3 胸腔内淋巴流向	155
9.4 外科治疗方针	155
9.5 手术手技的特殊性	156
9.5.1 体位	156
9.5.2 切口	156
9.5.3 分离粘连与确定联合切除脏器	156
9.5.4 残胃切除与淋巴结廓清范围	157
9.6 手术步骤	157
9.6.1 初次手术保留胃左动脉的残胃癌根治术	157
9.6.2 初次手术切除胃左动脉的残胃癌根治术	161
9.7 预后	163
9.8 远端残胃癌的外科治疗	164
9.8.1 残胃部分切除术	164
9.8.2 残胃全切除	165
9.8.3 淋巴结清除范围	165
10 食管切除术后胃癌的外科治疗	166
10.1 概述	166
10.2 临床病理特点	167
10.3 临床诊断	168
10.4 外科治疗	168
10.4.1 带蒂回盲部升结肠的制作	169
10.4.2 颈部食管带蒂结肠吻合	171
10.4.3 腹部消化道重建	172
11 胃切除术后胃底贲门区域癌的外科治疗	174
11.1 概述	174
11.2 手术难点及处理方法	174
11.3 消化道重建术式的标准	175
11.4 手术方法	175

11.4.1	空肠间置代食管贲门手术	175
11.4.2	残胃代食管贲门手术	176
11.4.3	结肠代食管贲门术	176
12	复发性残胃癌的外科治疗	184
12.1	概述	184
12.2	影响残胃癌复发的因素	185
12.3	手术适应证与治疗方针	185
12.3.1	手术适应证	185
12.3.2	治疗方针	185
12.4	手术特点	186
12.4.1	术前充分了解前次手术的情况	186
12.4.2	术前检查	186
12.4.3	开腹	186
12.4.4	手术方式	187
12.4.5	淋巴结廓清	187
12.5	全胃切除术后食管断端复发性胃癌	188
12.5.1	复发机制	188
12.5.2	适应证的选择	188
12.5.3	再次手术步骤	189
13	胃底贲门区域腺癌的化疗	191
13.1	单一化疗	191
13.2	联合化疗	192
13.3	生物化学调节性化疗	194
13.3.1	概念	194
13.3.2	典型的生物化学调节性化疗方案	194
13.4	癌治疗用氨基酸 AO-90 与化疗药物的协同抗癌作用	198
13.5	术后辅助 PMC 化疗	199
13.5.1	定义	199
13.5.2	作用机制	199
13.5.3	用药方法与用药方案	199
14	胃底贲门区域鳞癌的化疗	201
14.1	单一化疗	201
14.2	联合化疗	202
14.2.1	常用联合化疗方案	202
14.3	抗癌协会推荐的化疗方案	205
14.3.1	小剂量 DPV 方案	205
14.3.2	高剂量 DPV 方案	205

14.3.3 COBD 方案	205
14.4 正在研究之中的有前途的化疗方案	205
14.5 术前、术后辅助化疗	206
15 胃底贲门区域癌的放射治疗	207
15.1 概述	207
15.1.1 放疗的生物学基础	207
15.1.2 放疗的不良反应	207
15.2 放疗方法	208
15.2.1 多分割照射	208
15.2.2 加速分割照射	208
15.3 放疗原则	208
15.4 放疗与手术的联合应用	209
15.4.1 术前放疗	209
15.4.2 术后放疗	209
15.4.3 术中放疗	209
15.5 放疗与化疗的联合应用	210
16 胃底贲门区域癌的免疫治疗	212
16.1 概述	212
16.2 特异性主动免疫治疗	212
16.3 特异性被动免疫治疗	212
16.3.1 特异性体液免疫治疗	213
16.3.2 过继免疫治疗	213
16.4 非特异性免疫治疗	213
16.5 基因治疗	213
16.5.1 治疗的原理	214
16.5.2 展望	214

1 总 论

1.1 概述

发生于贲门的癌称为贲门癌。根据胃癌处理规约的定义,贲门严格意义上系指贲门腺所在的区域,但由于肉眼观察很难判定该区域的范围,同时这个区域被癌组织所替代也很难诊断,故多数临床医师将食管胃接合部上下约 2 cm 的范围规定为贲门。习惯上将该区域发生的癌称为贲门区域癌或贲门周围癌或食管贲门区域癌,也有人称之为食管胃接合部癌。近年来不少学者报道(胃)贲门癌在发病年龄、性别分布(男性多发)及组织病理学特征等方面,与下段食管腺癌非常相似,而非贲门的胃中下部癌差别较大,认为贲门癌及下段食管癌具有共同的危险因素和相似的表现型(phenotype)。也有人推测食管 Barrett 上皮的肠上皮化生→不典型增生→癌的癌变方式,可能是胃贲门癌及食管下段癌的发病机制。不过贲门腺癌的 Barrett 上皮长度比食管腺癌的短,而且短的 Barrett 上皮容易被癌细胞的浸润所取代,这可解释为什么贲门腺癌并发 Barrett 上皮率低。因此,本书姑且将该区域癌定义为食管贲门区域癌(cancers in the periphery region of esophago-gastric junction)。近年来食管贲门区域癌的发病率明显增加,不过对该区域肿瘤的分类和治疗方法的选择,文献上的报道差别较大。一些学者认为食管贲门区域癌按食管癌来处理,另一些临床医师认为食管贲门区域癌是胃癌,也有人主张食管贲门区域癌是一个独立的疾病。发生于食管胃接合部的肿瘤由于骑跨食管与胃的接合部,同时由于过去多采用“胃底贲门癌”及食管下段贲门癌等模糊概念,因而该区肿瘤的发病率、诊断治疗及预后缺乏可比性。以此评价外科治疗结果及每种手术方式的优劣,引起一些争论也就不足为奇了。

为了解决这个问题,1998 年国际胃癌联合会(the International Gastric Cancer Association, IGCA)与食管疾病国际学会(the International Society for Disease of the Esophagus, ISDE)的专家们,首次确定了贲门区域腺癌的确切定义和分类,以便澄清发生在食管胃接合部癌的概念混乱状况。不过对该区域发生的鳞癌未作具体定义,因为腺癌占该区域肿瘤的绝大部分。JR Siewert 和 HJ Stein 将解剖学上贲门的上下 5 cm 的食管及胃发生的肿瘤定义为贲门区腺癌,并将该区域的肿瘤分为 3 个类型:Ⅰ型肿瘤——系指发生于远端食管的腺癌,通常起源于食管的特异性肠上皮化生区域(即 Barrett 食管),并向近端食管浸润;Ⅱ型肿瘤——是真正意义上的贲门癌,系指发生于解剖学贲门及食管胃接合部的小段肠上皮化生

区域,又称为“接合部腺癌”(junctional carcinoma);Ⅲ型肿瘤——系指贲门下方的胃癌,并从下方累及食管胃接合部及食管远端。Siewert JR 和 Stein HJ 认为食管胃接合部腺癌的分型可根据肿瘤的大体形态及肿瘤中心所在解剖位置来确定,并根据 X 线造影检查及纤维内镜观察、术前 CT 扫描及术中探查结果综合判定。不过,笔者认为该食管胃接合部腺癌分类方法更适合于进行期病例。Siewert JR 和 Stein HJ 对三个类型食管胃接合部腺癌的一些病理生物学行为进行了归纳(表 1-1)。从表 1-1 可见有以下特点:①男性病例多见Ⅰ型肿瘤,而少见Ⅱ、Ⅲ型肿瘤;②Ⅰ型病例与Ⅱ、Ⅲ型病例相比,多并发食管裂孔疝和既往有长时间的胃食管反流性疾病;③发生于食管远端的特异性肠上皮化生区域(即 Barrett 食管)进行性发展,衍变为重度不典型增生改变,并被证实为远端食管(即 Barrett 食管)腺癌的主要前期病变(the main precursor lesion),尽管Ⅱ型和Ⅲ型肿瘤者也可发生贲门或贲门下方的小段区域特异性肠上皮化生,但发生率不足贲门癌的 40% 和贲门下方胃癌的 10%。另外,不典型增生也是贲门或贲门下肠上皮化生粘膜的少见现象;④三种类型中未分化肿瘤和肿瘤“非肠上皮化生”生长方式也存在较大的差别,如细胞角蛋白(cytokeratin)的表达及 p53 突变多见于贲门或贲门上方腺癌;⑤淋巴造影表明,食管下段癌的主要淋巴引流头侧达纵隔、尾侧达腹腔动脉,而发生于贲门及贲门下方区域的肿瘤更容易向腹腔动脉、脾门及腹主动脉旁转移,说明食管贲门部肿瘤的不同类型具有不同的淋巴流向。这些观察结果提示,发生于贲门区域的不同类型肿瘤,其病理发生及生物学行为不同,需要进一步研究。这种分为食管远端腺癌(Ⅰ型)、狭义的贲门腺癌(Ⅱ型)及贲门下腺癌(Ⅲ型)有助于为详细研究该区域腺癌的发病机制、病理生物学行为和选择最佳的手术治疗方案。

表 1-1 3 种类型贲门区域腺癌的病理生物学的比较

项 目	Ⅰ 型肿瘤 (食管远端腺癌) <i>n</i> = 308	Ⅱ 型肿瘤 (狭义的贲门腺癌) <i>n</i> = 228	Ⅲ 型肿瘤 (贲门下方腺癌) <i>n</i> = 279
平均发病年龄(岁)	60.9	60.2	62.0
并发食管裂孔疝比例	8.2:1	5.1:1	2.4:1
并发反流性胃食管疾病(%)	72	28	21
Barrett 食管(%)	81	11	2
贲门或贲门下方粘膜肠上皮化生(%)	25	32	9
G ₃ /G ₄ 未分化肿瘤(%)	51	56	71
“非肠上皮化生”生长方式(%)	24	34	45
淋巴引流方向	上下两方向	主要向下方向	几乎完全向下

引自 Siewert JR and Stein HJ. Br J Surg, 1998,85:1457

Tsuiji 等根据肿瘤与食管胃接合部(esophago-gastric junction, EGJ)的关系将贲门区域癌分为如下 5 种:①E 区癌:肿瘤全部位于 EGJ 的食管侧者;②EC 区癌:肿瘤大部分位于 EGJ 的食管侧者;③E=C 区癌:肿瘤骑跨 EGJ 的两侧,且胃侧及食管侧部分基本相当者;④CE 区:肿瘤大部分位于胃侧者;⑤C 区癌:肿瘤全部位于胃侧者。

笔者认为,既然上述贲门区域腺癌的分型标准,有助于判定食管贲门区域腺癌的某些

生物学行为,不妨采用上述分类标准对包括贲门区鳞癌在内的肿瘤进行分类。本书为了进一步探讨贲门区域癌的病理生物学行为及选择合理治疗方法,笼统地将发生于该区的肿瘤统称为胃底贲门区域癌。具体包括狭义的贲门癌、食管浸润性胃癌、胃浸润性食管癌、残胃癌、复发性残胃癌、食管癌切除术后的胃癌及胃切除术后食管贲门区域癌。

1.2 一般状态评价

老年人一般多伴有脏器功能降低及脏器储备功能下降,能否耐受手术及化学治疗等其他肿瘤治疗方法,应该根据每一个患者的具体情况综合考虑。评价患者的一般状态时常用如下标准(表1-2,1-3):

表1-2 常用的一般状态简化分级标准

分 级	标 准
0 级	能进行正常的社会活动,且不受任何限制,与发病前没有任何差别
1 级	体力劳动轻度受限,但能够走路及从事轻体力劳动和坐着工作,比如轻度的家务劳动
2 级	可以走路及个人生活自理,但不能进行轻体力劳动,日内离床活动在 50% 以下
3 级	个人生活不能自理、且需要护理,日内卧床不能活动

表1-3 卡劳夫斯基(Karnofsky)标准的分数法

分 数	标 准
100	一切正常,无不适或病征
90	能从事正常活动,有轻微病征
80	可勉强从事正常活动,有某些病状或体征
70	生活可自理,但不能维持正常活动或积极工作
60	生活偶需他人帮助,但在大部时间内需要医疗护理
50	需要颇多的他人帮助及经常性医疗护理
40	失去生活能力,需要予以特别照顾和帮助
30	严重失去生活能力,要住医院,但暂时没有死亡威胁
20	病重,需住医院及积极支持治疗
10	垂危
0	死亡

1.3 手术危险性评价

外科手术对病人来说是一种侵袭。除因意外事件,如外伤、烧伤和胃肠穿孔等必须实施急诊手术外,其他的择期手术都必须建立在正确诊断和选定术式基础上。术前应仔细评估手术风险性及患者耐受性,以确保病人能顺利渡过手术难关而获得最佳疗效。我国

著名外科学专家钱礼认为能做好一个手术的可算是一位好医师,能正确判断病人应作何种手术和何时作手术的可称为大医师,而能根据充分的论据、通过科学和客观的评估,从病人的利益出发,敢于作出此人此时不宜在此地作此手术的决定,以免病人徒遭肉体、精神和财力等方面的损失者则是真正的专家。

随着全人口的老龄化,老年人接受手术机会不断增加。这些患者中同时并发二三种慢性疾患的人并不少见,再加上老年人总体生理功能降低,因而手术并发症的发病率增高。另外,一旦发生术后并发症则容易演变为重症并发症。因此老年人癌肿手术应在追求根治性的同时,也应该使术后并发症的发生率降低到最低限度。外科治疗原则是切除病变及重建功能,同时也不可避免地伴有一定程度的麻醉及手术侵袭,患者能否耐受手术在很大程度上左右着手术成功与否和治疗成败。近年来随着外科学日新月异的进步,手术适应证不断扩大。因而手术患者术前是否并发心脑血管、呼吸及内分泌系统等术合并症,对施行手术方式的选择影响很大。也就是说对老年人患者来讲,一般大小的侵袭手术方式,术后并发症的发病率也随之增加。因此,根据患者术前危险性(储备功能)变更手术方式及缩小手术的病例也不少。术后并发症发生的原因可大体上分为三类:①该医疗机构的手术手技的熟练程度及术后管理能力、设备的优劣;②患者个人的生理功能(储备功能);③所施行手术侵袭的大小等。

由于恶性肿瘤好发于中老年人,且术前多伴有程度不同的营养障碍,再加上老年患者大多不同程度地伴有重要脏器老化及功能障碍,因此术前正确判断心、肺、肝、肾等重要脏器功能,并采取适当的治疗措施以降低手术危险性,对手术适应证选择、手术成功与否、患者能否顺利康复具有重要的意义。

1.3.1 手术危险性构成

外科手术成功与否与下列三方面因素密切相关:①手术相关因素;②麻醉相关因素;③患者相关因素。手术相关因素主要包括手术适应证的选择、手术侵袭大小及时间、术者的手术经验及手术熟练程度;麻醉相关因素指适应患者及手术的麻醉药物、麻醉方法的选择及麻醉师的操作技术;患者相关因素指患者的一般状态、年龄、体格、肥胖与否及营养状态等,并包括在此基础上是否并发心脑血管系统、呼吸系统、消化系统及内分泌系统及肝肾疾病。

1.3.2 外科危险性判断

所谓外科危险性(surgical risk),系指治疗担当者设想手术患者在术中的特殊状态下非安全性、术后经过的危险性及手术并发症发生的可能性。它受手术患者身体状态、心理状态、治疗相关医护人员的技术水平、围手术期管理等诸多因素的影响。评价外科危险性

时,仅根据入院时评价的外科危险性结果,而不是以发展的观点、动态地评定包括术前积极治疗后的情况是不全面的。患者的术前状态及危险性可分为:

正常(good risk):除原发病灶外,对机体其他部位影响较小,手术侵袭也较小。

轻度异常(fair risk):除原发病灶外,机体其他部位功能正常,手术侵袭较小。

中度异常(poor risk):全身其他脏器伴有功能异常,手术侵袭较大。

重度异常(severe risk):从手术、麻醉角度看,不适应手术。

1.3.3 术前危险性判断标准

一般 70 岁以上老年患者,因心肺功能降低,急诊手术及恶性肿瘤所施行的手术危险性增大(增加 4~8 倍)。心肺功能障碍评价见表 1-4。就手术种类来说,以开颅术、心脏手术、剖腹探查及大肠手术死亡率高,而膀胱镜检查、子宫取环术、眼科手术、口腔手术、子宫切除手术及骨科手术危险性较低,其他手术的危险性属中等程度。有关患者各个脏器的危险因素见后述。一般术前手术危险性判断采用美国麻醉医师协会(American Society of Anesthesiologist, ASA)标准将手术危险性分为 5 级,即一级:无异常所见;二级:轻、中度系统功能障碍;三级:伴有重度系统性疾病;四级:伴有威胁生命的重度疾患;五级:濒死状态,即估计 24 h 内死亡者(表 1-5)。佐佐木等报道了食管癌术前危险性的评价,主要重视心肺功能,将手术危险性分为 A、B、C、D 四个级别:

表 1-4 心肺功能障碍评价

功能障碍程度		轻、中度障碍	高度障碍
心功能		窦性心动过速	心房纤颤、房室分离
		窦性心律不齐	低电压、左束支传导阻滞
		心室肥大	心肌梗死、ST-T 段改变
		右束支传导阻滞	负荷心电图阳性改变
肺功能	Vc/ml	1 400~1 800 ml	1 400 ml
	FEV1.0	2 000 ml	1 000 ml

其他:①血压:收缩压 20 kPa 以上、舒张压 12 kPa 以上;②肾功能障碍:BSP < 15 min

1.3.4 循环系统危险性评定

Goldmann 等通过对接受全身麻醉 10 001 人的回顾性调查,发现了围手术期心脏并发症的 9 个因素,并根据这些因素的多少将非心脏手术患者的心脏危险指数(cardiac risk index, CRI)分为 4 级。即一级:0~5 分;二级:6~12 分;三级:13~25 分;四级:26 分以上。这种分级 53 分中的 31 分在术前通过矫正可以改善,如心肌梗死病人在发病后 6 个月以上手术,右心功能不全病人在颈静脉怒张消失后再手术(表 1-6, 1-7)。据报道应用 CRI