

贲门癌 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/305/2021_2022__E8_B4_B2_E9_97_A8_E7_99_8C_c22_305171.htm 名称贲门癌所属科室心胸外科病理（一）大体分型 1.进展期 胃肠道分型一般沿用Borrman分型，其基本分类的蕈状、溃疡型、溃疡型与浸润型。我国作者据此对贲门癌分为4型。 隆起型：肿瘤为边缘较清楚的向腔内隆起的肿块，呈菜花、结节巨块或息肉状，可有浅溃疡； 局限溃疡型：肿瘤为深溃疡，边缘组织如围堤状隆起，切面与正常组织境界清楚； 浸润溃疡型：溃疡之边缘不清楚，切面与四周组织分界不清； 浸润型：肿瘤在贲门壁内浸润生长，受累处均匀增厚，与四周组织**限，四周粘膜常呈放射状收缩。大体分型与组织学类型有关，、 两型以高分化腺癌和粘液腺癌较多。浸润溃疡型中低分化腺癌及粘液腺癌的比例增多。浸润型则多数是低分化弥漫型的腺癌或粘液腺癌。外科治疗预后以隆起型最好，局限溃疡型第二，浸润溃疡型较差，浸润型最差。贲门腺癌的组织学类型主要有二类：腺癌与有明显粘液分泌的粘液腺癌。此二类又根据分化程度各自分为高分化、低分化和弥漫型三个亚型。分化程度之高低与手术预后关系密切。除了腺癌与粘液腺癌、贲门癌还有一些少见的组织学类型，如腺鳞癌、未分化癌、类癌（嗜银细胞癌）以及癌肉瘤等。 2.早期 早期贲门癌大体形态与胃其他部位和食管的早期癌相似。可以简单分为三型， 凹陷型：癌瘤部粘膜呈不规则的轻度凹陷，有少数为浅溃疡，与四周正常粘膜分界不明确，镜下分化常较差； 隆起型：癌变部粘膜增厚粗糙，稍有隆起，部分表现为斑块、结节或息肉状，以高分化腺癌占多数； 隐伏

型：病变部粘膜颜色略深，质地略粗，此外大体无明显改变，经组织学检查始确诊，是3型中比较最早的形态。（二）贲门癌的组织发生过去胃癌的组织发生学中，胃溃疡、胃息肉（腺瘤）及慢性萎缩性胃炎皆被认为是胃癌的癌前期病变。近年的研究发现上述几种情况发生癌变的机会很小。非凡是在贲门部这三种情况比胃的其他部分更少发生。所以显然与贲门癌的组织发生关系不大。目前比较被承认的观点是贲门癌起源于贲门腺的颈部干细胞，因有多方向分化的潜能，可以形成具有贲门或腺上皮特点的腺癌。多数贲门癌的光镜、电镜和组化研究发现是混合型，是该观点的有力支持，不典型增生是贲门癌的癌前病变，它也是在上述与贲门癌发病有关的溃疡、息肉、萎缩性胃炎共有的要害病理过程。当他们发生不典型增生的改变时才可能癌变，其中结肠型化生多数具有不典型增生的性质。贲门癌的临床病理分期1987年国际抗癌联盟UICC修改后的胃癌TNM分期法，其规定如下（表1）：

0期	Tis	N0	M0	A期	T1	N0	M0	B期								
T1	N1	M0	T2	N0	M0	期	T1	N2	M0	T2	N1	M0	T3	N0	M0	A期
T2	N2	M0	T3	N1	M0	T4	N0	M0	B期	T3	N2	M0	T4	N2	M0	期
T4	N2	M0	任T	任N	M1	T指	原发	肿瘤	Tis	原位	癌	在	表皮	内	尚	未

任T 任N M1 T指原发肿瘤：Tis原位癌在表皮内尚未侵及固有层，T1肿瘤侵及固有层或粘膜下，T2肿瘤侵及肌层及浆膜下，T3肿瘤穿透浆膜（脏层腹膜），未达相邻结构，T4肿瘤侵及相邻结构（指脾、横结肠、肝、膈肌、胰、腹壁、肾上腺、肾、小肠及后腹膜）。N指区域淋巴结，N0无区域淋巴结转移，N1胃周距肿瘤周边3cm以内淋巴结转移，N2胃周距肿瘤周边3cm以外淋巴结转移，或沿胃左、肝总、脾及腹腔动脉的淋巴结转移。M指远处转移，M0无远处转

移，M1有远处转移。还可标明转移部位，如：肺为PUL，骨为OSS，肝为HEP，脑为BRA，腹膜为PER等。医科院肿瘤医院报告的937例贲门癌中TNM分期有资料可查的629例，其中Ⅰ期152例（24.1%），Ⅱ期179例（28.5%），Ⅲ期298例（47.4%）。由此可见到医院来就医的贲门癌中3/4（75.9%）属Ⅱ、Ⅲ期，仅约1/4的病例病期尚早。临床表现早期贲门癌病人缺乏明确的特征性症状。上腹部不适、轻度食后饱胀、消化不良、心窝部隐痛等症状，都易与消化性溃疡症状相混淆，引不起病人的重视，吃些胃药应付一下。一直到吞咽困难加重始促使病人就医。贲门癌另一始发症状是上消化道出血，表现为呕血或是柏油便。根据出血的严重程度或伴随虚脱休克，或表现重度贫血。此种情况的发生率约占病人的5%。由于缺乏梗噎症状，此种病人易被误诊为消化性溃疡出血，由腹部外科医师手术，术中方始确诊。也正是因为多数系急诊手术，各方面预备不够充分，这类病人手术并发症发生率和死亡率都较高，疗效不良。晚期病例除了吞咽困难，还可出现上腹和腰背的持续隐痛，表明癌瘤已累及胰腺等腹膜后组织，是为手术的禁忌证。早期贲门癌病人并无阳性体征，中晚期病人可见贫血、低血浆蛋白、消瘦甚至脱水。假如腹部出现包块、肝大、腹水征、盆腔肿物（***指诊），都系不适于手术的象征。诊断脱落细胞学诊断贲门癌的阳性率比食管癌低，这也是贲门的圆锥形解剖特点造成球囊不易接触肿瘤所致，改用较大球囊后诊断率有所提高。X线钡造影是诊断贲门癌的主要手段。早期表现为细微的粘膜改变，小的溃疡龛影以及不太明显而恒定存在的充盈缺损。在早期病例中必须行纤维胃镜检查合并涂刷细胞学及活检病理，始能确

诊。晚期病例X线所见明确，包括软组织影、粘膜破坏、溃疡、龛影、充盈缺损、贲门通道扭曲狭窄、下段食管受侵、以及胃底大小弯胃体皆有浸润胃壁发僵胃体体积缩小。鉴别诊断贲门癌的鉴别诊断包括贲门痉挛（贲门失弛缓症）、食管下段慢性炎症导致的狭窄，以及贲门部消化溃疡等。贲门痉挛病例的临床特点是年轻、病史长、吞咽困难病史长，但仍能保持中等的健康状况。X线食管造影可见对称光滑的贲门上方漏斗形狭窄及其近侧段食管高度扩张。下段食管炎常伴有裂孔疝及胃液反流，病人有长期烧心反酸史，体态多矮胖，炎症时间长引发瘢痕狭窄，出现吞咽障碍。X线钡餐表现下段食管贲门狭窄，粘膜可以不整，食管镜检查见到炎症肉芽和瘢痕，肉眼有时与癌不易区分。反复多点活检如一直为阴性结果，可以确诊。

【转移与扩散】

- 1.直接浸润漫延波及食管下端胃的其他部分，如裂孔部膈肌、肝左叶、肝胃韧带、胰尾、脾门、脾以及其他腹膜后结构。
- 2.淋巴道转移如转移到贲门壁内，尤其是粘膜下和浆膜下层有丰富的淋巴网与食管淋巴网交通，汇集而成壁外淋巴管，向上引流纵隔，向下引流腹腔丛，最后进入胸导管。有作者提出贲门的3条淋巴引流系统：
 - 升干，沿食管壁上行至纵隔；
 - 右干，从胃小弯沿胃左血管和贲门食管支到腹腔动脉旁；
 - 左干，向后壁沿大弯到胰上缘和腹膜后。又可分大弯支、后胃支及膈支。各系统沿线皆有淋巴结。属第一站的是贲门旁（左、右）、下段食管旁及胃小弯淋巴结，第二站有胃左血管旁、脾血管旁及网膜淋巴结。远处者有腹腔动脉旁、腹主动脉旁、肝门区、纵隔及锁上淋巴结。
- 3.血运转移 经过门静脉入肝，通过下腔静脉入体循环； 经器官间静脉径路直接入体循环

。前者是最常见转移通路。4.种植 癌细胞可脱落种植到腹膜、网膜、盆腔等处，可伴发血性腹水。治疗（一）贲门癌的手术适应证 迄今为止，手术治疗是公认的贲门癌的首选治疗。由于其组织学为腺癌或粘液腺癌，放射治疗几乎无效，化学治疗效果也甚微。贲门癌手术适应证： 经X线、细胞学及内镜确诊； 超声检查、腹部CT扫描或腹腔镜检除外淋巴结、肝、肾上腺、网膜、腹膜及盆腔转移，无腹水； 一般情况中等以上，无重大心肺或其他脏器合并症。由于贲门的解剖学特点，与肝、脾、横结肠、胰尾、肾、肾上腺、小肠、膈肌、后腹膜等诸多脏器相邻，又具有丰富的淋巴引流，向上入纵隔，向下沿大弯及小弯两条主要通道扩散，还可在胃壁内浸润，甚至达到全胃，因此一般的消化道造影不可能显示全部上述各个进程，应用发泡剂双重对比造影，可以清楚显示肿块、软组织影、粘膜破坏、溃疡、胃壁增厚的范围等，但X线改变常要比实际情况轻。应用腹部CT，可以了解肿物与四周器官之关系，但是比较食管的CT所见，贲门癌的阳性发现往往不太肯定，譬如是否侵及胰，往往判定不正确，CT怀疑有胰尾浸润而实际并无粘连，CT认为与胰无关联，但开腹肿瘤与胰浸润粘连成团。CT有助于发现肝转移，但对局部淋巴结转移的判定就不太准确。总之，在术前判定贲门癌之发展程度，估计其切除可能性等是一件相当困难的事，是临床到目前尚未解决的难题。为了不使病人失去治疗机会。腹部B超、CT以及食管胃造影等检查的阳性发现，除非确证已有广泛扩散转移，都应给予探查，争取切除病变并恢复消化道连续性。（二）贲门癌的手术途径及方法 医科院肿瘤医院胸外科习惯采用左胸后外侧标准开胸切口，经第7肋床或

肋间，然后在左膈顶部以食管为轴心作辐射状切口开腹。此种径路，对贲门区显露良好，足以行次全胃切除及胃周及胃左血管的淋巴结清扫。如需要扩大切除范围，行全胃或合并切除脾、部分胰等，则可将该切口向前下延到上腹壁，切断左肋软骨弓膈肌及腹壁肌肉，很方便地变成胸腹联合切口，充分显露上腹部。在心肺功能储备低下和高龄病人中，可以采用颈腹二切口非开胸食管内翻拔脱部分胃切除，食管胃颈部吻合术。先开腹探查病变可以切除后，通过胃底或腹段食管开口将食管探条送到颈部，此时颈部食管已经显露，在预备作吻合部位之下方将食管结扎固定在探条上，切断上方食管，持续而均匀地牵拉探条，将食管自上而下翻转拔脱。游离胃常规切除部分胃，大弯剪裁成管状，经食管床上提入颈与食管吻合，这种手术的缺点是胃切除范围受限，可以导致胃侧切缘不净有残余癌。当纵隔过去有炎症，如淋巴结核而发生粘连时，会使翻转拔脱碰到困难，拔不动或是撕裂气管支气管膜部，发生后一种情况时需立即开胸修补，如事先已经估计拔脱有困难时，最好采用开胸切除的办法（图1）。

图1 非开胸食管内翻拔脱贲门癌切除及颈部食管胃吻合术 A. 食管内翻拔脱术及部分胃切除术 B. 经食管床颈部食管胃吻合术 对心肺功能不足病人还有一种手术径路，就是联合胸骨正中切开和上腹正中切口，术中注重防止双侧胸膜破裂，并将心包自膈面游离，中线切开膈肌达食管裂孔，将心包前提显露后纵膈，然后常规将贲门癌及下段食管切除，残胃上提在后纵膈与食管吻合。此种切口显露后纵膈受一定限制，可以使用食管胃机械吻合器以保证吻合口质量。常用的手术方法是近侧胃次全切除术。适应于贲门部肿瘤体积不大，沿小弯

侵延不超过其全长的1/3时。手术具体操作如下：左后外第7肋床或肋间开胸，探查下段食管，然后以裂孔为轴心向左前切开膈肌、探腹，无肝、腹膜转移或广泛淋巴结转移时，沿大弯离断大网膜、左胃网膜动脉和胃脾韧带中的胃短动脉，离断左侧膈肌脚，完全显露下段食管，清除该部位（包括下肺韧带内）淋巴结。纱布垫开胰体及尾，显露胃左血管及其四周的淋巴结，仔细清扫淋巴结，结扎切断胃左血管，离断肝胃韧带，近侧胃完全游离，在大弯侧裁制胃管，如有胃缝合机可节省操作时间。要求切缘距肿瘤边不 $< 5\text{cm}$ 。将胃管顺时针旋转 90deg .；C.胃管上提与食管吻合；D.内层全层吻合完毕；E.将胃浆肌层包套吻合口约 2.5cm 长 肿瘤浸润超过胃小弯长度一半时需行全胃切除，需离断全部5组胃的血供，全胃切除后缝合十二指肠端，作食管空肠吻合术。最简单的是食管空肠端侧吻合，空肠空肠侧侧吻合术，或者是Roux-Y食管空肠对端吻合，空肠空肠端侧吻合术。作者认为前者操作较简，空肠血运较后者保存更好（图3）。图3 全胃切除治疗贲门癌的胃肠道重建 A.全胃切除食管空肠端侧吻合，空肠空肠侧侧吻合； B.全胃切除Roux-Y食管空肠吻合 如肿瘤已侵及胃脾韧带或胰尾，则可在次全或全胃切除同时行脾、胰尾切除术。注重妥善缝合胰的切断面，最好再用大网膜覆盖，以防止发生胰管瘘。贲门癌手术治疗时胃切除范围一直是有争议的问题。有主张一律行全胃切除，有的作者主张整块切除全胃、脾、胰尾、网膜及区域淋巴结取得改进的生存。也有比较次全及全胃切除术后疗效，发现两者之存活率并无差别，建议仅在肿瘤累及胃体时作全胃切除。还有的作者发现在全胃切除术时预防性脾切除对有脾门淋巴结转移者并不无益于

长期生存，而对无脾门淋巴结转移病例，未作脾切除的反而存活率高。脾切除组还存在术后感染率高，复发死亡较快等现象。医科院肿瘤医院937例报告中，有10例行全胃切除术。其中9例在1年内死亡，1例没有活过2年。胃次全切除合并切除脾、胰尾者20例。术后死亡2例，有2例存活5年以上（1例6年，另1例8年）。作者同意一些人的观点，贲门癌由于就诊时多数已属晚期，早已存在淋巴结转移，根治手术是无助益的。假如肿瘤确实还是局限时，根治手术又无必要。对于局限于贲门部不超过小弯长度的1/3的病变，应行胃次全切除术加区域淋巴结清扫，是比较合适的治疗方针。

（三）贲门癌的外科治疗近远期疗效 贲门癌的手术疗效比食管癌要差。国内三大组切除率73.7%~82.1%，切除死亡率1.7%~2.4%。三大组的5年生存率19.0%~24.0%，10年生存率8.6%~14.3%。影响贲门癌远期生存的主要因素为淋巴结有无转移，肿瘤是否浸润浆膜以及切除性质（根治或姑息）。贲门癌的国际TNM分期，由于综合了前两个可变因素，同样是猜测病人转归的有效指标。

（四）残胃贲门癌 远侧胃部分切除术后残胃囊发生癌的报告日益增多。其发生率为0.55%~8.9%，其中发生在贲门部的占全部的16.4%~58.5%，残胃贲门癌在贲门癌中的发生率为1.5%~2.7%。残胃癌的定义：1.首次胃次全切除是治疗良性疾病，如胃或十二指肠溃疡。2.距首次胃部分切除到发生癌瘤间隔期不少于5年。一般认为多发生于毕氏式术后，但也有持相反意见的。首次胃切除术后胃酸分泌减少，十二指肠液反流刺激，萎缩性胃炎及肠上皮化生的存在皆为可能的诱因。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com