

保留脾脏的脾门淋巴结清扫在根治性全胃切除术中的临床应用

沈阳,曾永庆,文刚

(合肥市第一人民医院胃肠外科,安徽 合肥 230001)

摘要:目的 探讨根治性全胃切除术中保留脾脏的脾门淋巴结清扫的可行性及安全性。**方法** 回顾性分析 22 例根治性全胃切除术中采用保留脾脏的脾门淋巴结清扫的病人临床资料,并与同期行脾脏切除组 26 例病人临床资料相对比。**结果** 保脾组 22 例手术均顺利完成,无中转切脾病例。保脾组与切脾组手术时间分别为 (4.8 ± 0.5) 、 (4.6 ± 0.7) h,术中出血量分别为 (82.9 ± 30.3) 、 (81.3 ± 29.8) mL,脾门淋巴结阳性率分别为 18.2%、19.2%,两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$),而住院时间分别为 (10.8 ± 1.6) 、 (14.1 ± 3.2) d,术后并发症发生率分别为 4.5%、15.4%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 根治性全胃切除术中保留脾脏的脾门淋巴结清扫安全可行,外科医生应努力提高手术技巧,减少无辜性脾切除。

关键词:胃癌;保留脾脏;脾门淋巴结清扫;全胃切除

doi:10.3969/j.issn.1009-6469.2017.08.013

Clinical application of splenic hilar lymphadenectomy with spleen preservation in radical total gastrectomy for gastric carcinoma

SHEN Yang, ZENG Yongqing, WEN Gang

(Department of Gastrointestinal Surgery, The First People's Hospital of Hefei, Hefei, Anhui 230001, China)

Abstract: Objective To investigate the feasibility and safety of splenic hilar lymph node dissection in radical total gastrectomy. **Methods** A retrospective analysis was carried out in 22 cases underwent splenic hilar lymph node dissection in radical total gastrectomy and 26 cases underwent splenectomy. **Results** Spleen preserving group was successfully completed in 22 cases, with no intraoperative transfer of splenectomy cases. The operation times were (4.8 ± 0.5) h and (4.6 ± 0.7) h, the intraoperative bleeding volumes were (82.9 ± 30.3) mL and (81.3 ± 29.8) mL, and splenic hilar lymph node positive rates were 18.2% and 19.2% in spleen preserving group and splenectomy group. There were no significant differences between the two groups($P > 0.05$). The lengths of hospital stay were (10.8 ± 1.6) d and (14.1 ± 3.2) d, and the postoperative complication rates were 4.5% and 15.4%, in which the difference was statistically significant($P < 0.05$). **Conclusion** Spleen-preserving splenic hilar lymphadenectomy is a feasible and safe method to accomplish radical lymphadenectomy in total gastrectomy for gastric carcinoma. Surgeons should master excellent surgical techniques to perform anatomical lymph node dissection and unnecessary splenectomy be avoided.

Key words: Gastric carcinoma; Spleen preservation; Splenic hilar lymphadenectomy; Total gastrectomy

脾门淋巴结属于根治性全胃切除术第 2 站淋巴结,既往术中常联合脾脏切除以彻底清扫脾门淋巴结,以达到胃癌 D2 根治术的要求。随着外科解剖技术的进步以及对脾脏免疫功能的认识,保留脾脏的脾门淋巴结清扫越来越受到重视和应用。本文回顾性分析合肥市第一人民医院 2012 年 11 月—2015 年 5 月间 22 例根治性全胃切除术中采用保留

脾脏的脾门淋巴结清扫的病人临床资料,并与同期行脾脏切除组 26 例病人临床资料相对比,以探讨保留脾脏的脾门淋巴结清扫的可行性及安全性问题。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 保脾组 22 例,其中男 12 例,女 10 例,平均年龄 (55.8 ± 10.5) 岁,胃上部癌 13 例,胃

[8] 高楠,王志峰,李传花,等. 山东省新泰市农村居民口腔卫生习惯及就医状况调查[J]. 中国实用口腔科杂志,2014,7(1):44-47.

[9] 张莉,武剑,高奇. 深圳市 376 名 65~74 岁老年人口腔健康行为抽样调查[J]. 临床口腔医学杂志,2015,31(2):97-99.

[10] 曹采方. 对牙周病和龋齿患病率的思考——如何解读第三次全国口腔健康流行病学调查的资料[J]. 中华口腔医学杂志,2013,48(5):257-259.

(收稿日期:2016-10-20,修回日期:2016-12-01)

中部癌 9 例,组织学分型:腺癌 22 例;切脾组 26 例,其中男 15 例,女 11 例,平均年龄(51.2 ± 11.6)岁,胃上部癌 16 例,胃中部癌 10 例,组织学分型:腺癌 24 例,黏液腺癌 1 例,印戒细胞癌 1 例。

1.2 手术方法 所有病例均行根治性全胃切除术,消化道重建均采用 Roux-en-Y 吻合。托出式脾门淋巴结清扫方法:离断脾膈韧带、脾结肠韧带及脾肾韧带后,游离脾脏将脾脏连同胰体尾托出腹腔外,见图 1。确认无胰腺、脾脏周围浸润,从脾动脉起始部由右向左将脾动静脉及其脾门血管分支骨骼化,以胰腺及脾脏为轴线,先腹面再背面,清扫脾门淋巴结(第 10 组),见图 2。术毕将脾脏放回脾窝,予康派特医用胶(北京康派特医疗器械有限公司)将脾脏黏合固定于腹后壁,术后平卧 48 h。



图 1 将脾脏游离并托出腹腔外



图 2 脾门淋巴结清扫效果

1.3 统计学方法 采用 SPSS 16.0 统计软件分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验和 U 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

保脾组 22 例手术均顺利完成,无中转切脾病例。保脾组与切脾组手术时间分别为(4.8 ± 0.5)、(4.6 ± 0.7) h,术中出血量分别为(82.9 ± 30.3)、(81.3 ± 29.8) mL,脾门淋巴结阳性率分别为 18.2%、19.2%,两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$),而住院时间分别为(10.8 ± 1.6)、(14.1 ± 3.2) d,术后并发症发生率分别为 4.5%、15.4%,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。保脾组术后主要并发症为炎性肠梗阻,切脾组术后主要并发症有切口感染、淋巴漏、腹腔感染等。

3 讨论

中外学者对中上部进展期胃癌进行大量的分析,发现第 10 组淋巴结转移率远远高于其他部位,其转移率约 9.0% ~ 28.3%^[1-3]。研究也发现,脾门淋巴结转移是进展期胃癌独立的预后因素^[4]。因此,标准根治性全胃切除术必须清扫第 10 组淋巴结。既往为了达到根治目的,联合脾切除胃癌根治术一度被广泛采用。但随着研究的逐步深入,逐渐有回顾性的研究显示,脾切除术与保留脾脏的脾门淋巴结清扫术相比,并没有改善病人的长期生存,反而可能导致手术并发症及病死率增加。日本 JCOG0110 研究显示,保脾组与切脾组两者间的生存差异并无统计学意义,甚至保脾组还呈现出一定的获益趋势,切脾组的术后并发症发生率较高^[5]。韩国及智利学者分别进行了单中心的随机对照研究,结果均提示与保脾组相比,联合切脾组并不能给病人带来生存的获益,术后并发症发生率与病死率在切脾组稍高^[6-7]。国内学者回顾性分析根治性全胃切除术的临床资料,比较保脾组与切脾组的手术时间、术中出血量、脾门淋巴结清扫数及淋巴结阳性率差异无统计学意义,表明保留脾脏的淋巴结清扫对胃癌根治术的手术质量无影响,且切脾组并没有呈现明显的生存获益,术后并发症及病死率也

表 1 两组病人临床资料比较

分组	例数	性别/例		年龄/ (岁, $\bar{x} \pm s$)	手术时间/ (d, $\bar{x} \pm s$)	术中出血量/ (mL, $\bar{x} \pm s$)	住院时间/ (d, $\bar{x} \pm s$)	并发症/ 例(%)	脾门淋巴结阳性/ 例(%)
		男	女						
保脾组	22	12	10	55.8 ± 10.5	4.8 ± 0.5	82.9 ± 30.3	10.8 ± 1.6	1(4.5)	4(18.2)
切脾组	26	15	11	51.2 ± 11.6	4.6 ± 0.7	81.3 ± 29.8	14.1 ± 3.2	4(15.4)	5(19.2)
$t(\chi^2)$ 值		(0.048)		0.052	0.922	0.644	-2.775	(8.399)	(0.009)
P 值		0.827		0.959	0.362	0.523	0.008	0.004	0.926

较保脾组为高^[8-10]。本研究结果也显示,保脾组和切脾组在术后住院时间和并发症发生率方面差异有统计学意义,说明保脾组相对于切脾组具有住院时间短和并发症发生率低的优势,而在手术时间、术中出血量和清扫质量上并无明显差异。在本研究中,切脾组术后并发症较高,高于文献报道的普遍水平,可能与术者不同、样本量较小等原因有关。

进行保留脾脏的脾门淋巴结清扫仍是一项难度较大的手术,对于术者外科技术有着相当的要求,因此要求此手术尽量由具有一定经验的外科医师来完成。季加孚等^[11]认为,进行脾门淋巴结清扫时将脾脏与胰体尾等充分游离至腹腔外以便进行“立体”解剖是一关键,可满足彻底清扫淋巴结的目的并降低手术操作的难度与风险。何裕隆^[12]建议保留脾脏淋巴结清扫应遵循以下步骤:游离脾周韧带,将脾脏移至腹腔外;切断脾胃韧带,结扎胃短血管;沿脾动、静脉远心端向近心端脉络化清扫,沿途结扎、切断网膜左血管;先清扫腹面,再清扫背面;术后妥善固定脾脏,在脾床处放置引流管。

然而,医源性脾损伤在胃癌根治术中仍偶有发生,特别是清扫脾动脉及脾门周围组织时,容易对脾脏及其血管造成损伤,而出现脾脏出血、淤血甚至脾梗死,术后可能出现发热,脾区疼痛,甚至脾脓肿等并发症。在保脾根治性全胃切除术中,如果脾脏血运障碍面积过大,可能导致脾脏坏死等严重并发症,因此,术者应具有丰富的血管脉络化经验,术中仔细解剖,关腹前应当对脾脏血运再次评估,当脾脏血液循环障碍面积过大时仍应果断切脾以策安全^[13]。鉴于脾门淋巴结清扫具有一定的难度和风险,且对于没有脾门淋巴结转移的病人而言,标准的脾门淋巴结清扫方式并不能使病人在远期生存方面获益^[14],国内陈凛等^[15]认为应采用选择性、个体化的脾门淋巴结清扫策略,具体的实施步骤为:(1)对于早期胃癌,可不必行脾门淋巴结清扫;(2)对于明确有脾门淋巴结转移的病例,如术前影像诊断或术中发现脾门区域的淋巴结明显肿大、或肿瘤直接侵犯脾门者,则需进行脾门淋巴结清扫或直接切除脾脏;(3)对于可能存在脾门淋巴结转移风险的病人,术中检测第4s组淋巴结的转移情况,如果全为阴性,则不必行第10组淋巴结清扫;如为阳性,仍需行第10组淋巴结清扫。

总之,笔者认为保脾的脾门淋巴结清扫术是安全可行的,脾脏托出式脾门淋巴结清扫对外科医生

提出了更高的技术要求,我们应努力提高手术操作技术,积极推广这种合理的手术方式,以使病人获益。

参考文献

- [1] CHEN XL, YANG K, ZHANG WH, et al. Metastasis, risk factors and prognostic significance of splenic hilar lymph nodes in gastric adenocarcinoma[J]. PLoS One, 2014, 9(6): e99650.
- [2] 丁波, 李忠, 刘元直. 进展期胃癌根治术中脾门淋巴结清扫的临床意义[J]. 中国普通外科杂志, 2014, 23(1): 133-135.
- [3] HUANG CM, ZHANG JR, ZHENG CH, et al. A 346 case analysis for laparoscopic spleen-preserving no. 10 lymph node dissection for proximal gastric cancer: a single center study[J]. PLoS One, 2014, 9(9): e108480.
- [4] ZHU GL, SUN Z, WANG ZN, et al. Splenic hilar lymph node metastasis independently predicts poor survival for patients with gastric cancers in the upper and/or the middle third of the stomach[J]. J Surg Oncol, 2012, 105(8): 786-792.
- [5] SANO T. Randomized Controlled Trial to Evaluate Splenectomy in Total Gastrectomy for Proximal Gastric Carcinoma; Japan Clinical Oncology Group Study JCOG 0110-MF[J]. Japanese Journal of Clinical Oncology, 2002, 32(9): 363-364.
- [6] CSENDES A, BURDILES P, ROJAS J, et al. A prospective randomized study comparing D2 total gastrectomy versus D2 total gastrectomy plus splenectomy in 187 patients with gastric carcinoma[J]. Surgery, 2002, 131(4): 401-407.
- [7] YU W, CHOI GS, CHUNG HY. Randomized clinical trial of splenectomy versus splenic preservation in patients with proximal gastric cancer[J]. Br J Surg, 2006, 93(5): 559-563.
- [8] 徐彬. 胃癌根治术患者保留脾脏的脾门淋巴结清扫疗效观察[J]. 山东医药, 2014, 54(33): 103-104.
- [9] 陈坤, 李狄航, 孔勇, 等. 对胃上部癌根治术中的脾门淋巴结清扫的探讨[J]. 当代医学, 2013, 19(11): 101-102.
- [10] YANG K, CHEN XZ, HU JK, et al. Effectiveness and safety of splenectomy for gastric carcinoma: a meta-analysis[J]. World J Gastroenterol, 2009, 15(42): 5352-5359.
- [11] 季加孚, 李子禹. 胃癌根治术中脾门淋巴结清扫的彻底性与脾脏损伤的风险[J]. 中国实用外科杂志, 2008, 28(6): 508-509.
- [12] 何裕隆. 胃癌 D2 根治术-保留脾脏的脾门淋巴结清扫术[J/CD]. 消化肿瘤杂志(电子版), 2010, 2(2): 119-123.
- [13] 邓俊晖, 陈超, 黄学军, 等. 全胃根治性切除术中保留脾脏的脾门淋巴结清扫的临床应用[J/CD]. 消化肿瘤杂志(电子版), 2011, 3(1): 15-18.
- [14] GIULIANI A. Extent of lymphadenectomy and perioperative therapies: Two open issues in gastric cancer[J]. World Journal of Gastroenterology, 2014, 20(14): 3889.
- [15] 陈凛, 边识博. 应该选择性、个体化地进行脾门淋巴结清扫[J]. 中华胃肠外科杂志, 2016, 19(2): 172-173.

(收稿日期:2016-08-27, 修回日期:2016-12-19)