

# D1 和 D2 淋巴结清扫术治疗胃癌的疗效和安全性分析

刘旭斌, 吴勇平, 江红志, 王鹏, 王久善, 文军

深圳市坪山新区妇幼保健院外科, 广东 深圳 518118

**摘要:** **目的** 观察并比较 D1 和 D2 淋巴结清扫术治疗胃癌的临床疗效及术后并发症发生情况。**方法** 选取 2007 年 1 月至 2010 年 1 月收治的 60 例胃癌患者为研究对象, 根据治疗方式的不同分为两组, D1 组患者采用 D1 淋巴结清扫术进行治疗, D2 组患者采用 D2 淋巴结清扫术进行治疗, 比较两组患者 1、3、5 年的生存率, 以及两组术后并发症发生情况。**结果** D1、D2 组患者 1、3、5 年的生存率 [86.7% vs 93.3% ( $\chi^2 = 0.72, P > 0.05$ ), 56.7% vs 70.0% ( $\chi^2 = 1.12, P > 0.05$ ), 40.0% vs 53.3% ( $\chi^2 = 1.05, P > 0.05$ )], 差异均无统计学意义。D1 组患者术后吻合口瘘、胰瘘、切口感染、肺部感染等并发症发生率明显高于 D2 组患者, 差异均具有统计学意义 ( $\chi^2 = 5.10, 6.29, 7.08, 9.16; P < 0.05$  或  $P < 0.01$ )。**结论** D1 和 D2 淋巴结清扫术治疗胃癌的临床疗效均较好, 但 D2 淋巴结清扫术术后并发症少, 能提高患者的生存质量。

**关键词:** D2 淋巴结清扫术; D2 胃癌根治术; D1 淋巴结清扫术; D1 胃癌根治术; 胃癌; 疗效; 并发症; 生存率  
**中图分类号:** R 735.2 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)07-0889-02

在我国, 胃癌的病死率占据恶性肿瘤的首位, 约占肿瘤死亡者的 1/5<sup>[1]</sup>。胃癌早期无明显临床症状, 被诊断时病情多较晚。早发现 and 早治疗能降低胃癌的病死率<sup>[2]</sup>。目前, 胃癌治疗主要是以手术治疗为主, 其手术方式主要有 D1 淋巴结清扫术和 D2 淋巴结清扫术<sup>[3]</sup>。为探讨 D1 淋巴结清扫术和 D2 淋巴结清扫术治疗胃癌的临床疗效及安全性, 本文对 60 例患者分别行 D1 淋巴结清扫术及 D2 淋巴结清扫术治疗, 现将结果报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2007 年 1 月至 2010 年 1 月我院收治的 60 例胃癌患者为研究对象, 按照治疗方式的不同分为 D1 组与 D2 组, 每组 30 例。D1 组: 男 16 例, 女 14 例; 年龄 46~73 岁, 平均 (54.6 ± 4.1) 岁; 肿瘤直径 1.4~5.1 cm, 平均 (3.4 ± 1.3) cm; 其中肿瘤位于胃底贲门者 6 例, 位于胃体部者 7 例, 位于胃窦部者 17 例。D2 组: 男 18 例, 女 12 例; 年龄 47~74 岁, 平均 (55.6 ± 4.5) 岁; 肿瘤直径 1.3~5.2 cm, 平均 (3.5 ± 2.3) cm; 其中肿瘤位于胃底贲门者 8 例, 位于胃体部者 6 例, 位于胃窦部者 16 例。所有患者均经胃镜检查及病理检查确诊。排除患有严重疾病及精神疾病患者。两组患者年龄、性别、肿瘤直径、肿瘤部位比较, 差异均无统计学意义 ( $P$  均  $> 0.05$ )。

**1.2 治疗方法** 两组患者入院后均进行常规胃癌手

术前准备。对患者全身情况及胃癌局部病变进行充分评估, 对患者分别选择全胃切除、近端胃切除、远端胃切除术。D1、D2 组分别采用 D1 淋巴结清扫术和 D2 淋巴结清扫术进行治疗, 其清扫的范围按照手术方式来确定, 将患者病变周围的脂肪、神经组织及淋巴结清除干净; 手术结束前, 再一次确认淋巴结是否清除干净。D1 组患者行全胃切除术 11 例 (36.7%), 近端胃切除 15 例 (50.0%), 远端胃切除 4 例 (13.3%); D2 组患者行全胃切除术 5 例 (16.7%), 近端胃切除 8 例 (26.7%), 远端胃切除 15 例 (50.0%), 残胃切除 2 例 (6.7%)。

**1.3 观察指标** 术后对患者进行 5 年的随访, 观察并比较两组患者 1、3、5 年的生存率, 比较两组患者治疗后并发症发生情况<sup>[4]</sup>。

**1.4 统计学处理** 数据的收集与处理均由专人进行, 原始数据先录入 Excel (2003 版) 进行逻辑校对与分析。使用 SPSS13.0 统计软件, 计数资料采用  $\chi^2$  检验。  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者生存率比较** D1、D2 组患者 1、3、5 年的生存率 [86.7% vs 93.3% ( $\chi^2 = 0.72, P > 0.05$ ), 56.7% vs 70.0% ( $\chi^2 = 1.12, P > 0.05$ ), 40.0% vs 53.3% ( $\chi^2 = 1.05, P > 0.05$ )] 比较, 差异均无统计学意义。

**2.2 两组患者的并发症比较** D1 组患者术后吻合口瘘、胰瘘、切口感染等并发症发生率明显高于 D2 组患者, 差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05, P <$

0.01)。见表 1。

表 1 两组患者的并发症发生情况 例(%)

组别	例数	吻合口瘘	胰瘘	切口感染	肺部并发症
A 组	30	7(23.3)	8(26.7)	12(40.0)	15(50.0)
B 组	30	1(3.3)	1(3.3)	3(10.0)	4(13.3)
$\chi^2$ 值		5.10	6.29	7.08	9.16
P 值		<0.05	<0.05	<0.01	<0.01

### 3 讨论

近年来,胃癌的发病率呈上升趋势,并呈现地区分布特点<sup>[5]</sup>。胃癌患者早期常无明显临床症状或症状不典型,当出现明显症状时,如贲门癌患者出现胸骨后疼痛或者吞咽困难<sup>[6]</sup>,其病情往往到达进展期。而在对胃癌患者治疗中,淋巴结转移是影响患者预后的一个重要因素,对于淋巴结进行合理、规范的清扫是胃癌根治术疗效和安全性的重要保证。而对于胃癌根治术合理的淋巴结清扫范围临床上一直存在争议,其核心问题主要是淋巴结的清扫对患者术后生存率及术后并发症的影响<sup>[7-8]</sup>。胃癌根治术后其并发症主要包括外科并发症,例如切口感染、吻合口瘘、胰瘘等;另外一种并发症主要为内科并发症,例如肺部感染、尿路感染等并发症。而其中最为常见的并发症主要为吻合口瘘、胰瘘、肺部感染等。然而,随着医疗技术水平的进步,近年来,胃癌术后并发症的发生率呈现下降趋势。淋巴结清扫术相关并发症主要为胰瘘、腹腔脓肿等,且有增加的趋势。而临床上根据淋巴结清扫范围的大小,将其分为 D0~D3 等不同的术式,虽然从理论上来说,如果淋巴结清扫的范围过大,其手术的创伤和难度就较大,手术时间也较长,术后并发症则较高。但是,影响胃癌根治术后并发症的原因有很多,例如患者的体质情况、肿瘤的分期、胃切除术式等。因此,临床上需要对不同手术方式的效果与

安全性作出客观评价。本观察结果显示, D1 组患者 1、3、5 年的生存率分别为 86.7%、56.7%、40.0%, D2 组患者 1、3、5 年的生存率分别为 93.3%、70.0%、53.3%, 两组相比其 1、3、5 年的生存率均无明显差异。而术后并发症相比, D1 组明显高于 D2 组, 表明 D2 淋巴清扫术术后并发症发生率低。但在行 D2 清扫术时要注意术前的充分准备, 严格掌握适应证, 才能减少并发症的发生。

综上所述, D1 和 D2 淋巴结清扫术治疗胃癌的临床疗效均较好, 两种术式的术后生存率相比没有明显差异, 但 D2 淋巴清扫术术后并发症发生率明显低于 D1 淋巴结清扫术, 能提高患者的生存质量。

### 参考文献

- [1] 李育泉, 陈燕, 窠文博, 等. D1 和 D2 淋巴结清扫术治疗胃癌的系统评价[J]. 中国老年学杂志, 2014, 21(15): 4123-4126.
- [2] 唐波, 余佩武. 腹腔镜胃癌 D2 手术淋巴结清扫原则与技巧[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2011, 18(2): 114-115.
- [3] 张中兴. D2 根治术治疗进展期胃癌时清扫 14v 组淋巴结的临床价值[J]. 中国临床研究, 2014, 27(9): 1104-1105.
- [4] 周滨, 李政. D1 和 D2 淋巴结清扫术治疗胃癌合并肝硬化的效果比较[J]. 中国现代普通外科进展, 2013, 16(9): 736-737.
- [5] 梁月祥, 梁寒, 丁学伟, 等. N3 期胃癌 D2 联合腹主动脉旁淋巴结清扫对患者生存预后的影响[J]. 中华外科杂志, 2013, 51(12): 1071-1076.
- [6] 吴晖, 王亮, 何裕隆, 等. 淋巴结转移阳性早期胃癌的临床病理特征及淋巴结清扫范围对患者预后的影响[J]. 中华肿瘤杂志, 2013, 35(7): 509-513.
- [7] 林锋, 吴伍林. 胃癌 D1、D2 淋巴清扫随机研究 15 年随访结果分析[J]. 循证医学, 2011, 11(2): 100-101, 106.
- [8] 张中兴. D2 根治术治疗进展期胃癌时清扫 14v 组淋巴结的临床价值[J]. 中国临床研究, 2014, 27(9): 1104-1105.

收稿日期: 2015-03-16 编辑: 王国品