

# 不同分期系统对晚期 Siewert II 型胃食管结合部癌的评估价值

倪 眺 饶贵安 苏 艺

**【摘要】** 目的 探讨不同分期系统对晚期 Siewert II 型胃食管结合部癌的评估价值。方法 选取 2010 年 1 月至 2014 年 5 月梧州市红十字会医院收治的 69 例晚期 Siewert II 型胃食管结合部癌患者作为研究对象,分别采用国际抗癌联盟(UICC)/美国癌症联合委员会(AJCC)第 8 版的胃癌分期系统及食管腺癌病理分期(pTNM)系统予以分期,比较在两种分期系统中患者的生存情况和分期分布情况,计算生存率。采用单因素生存分析法筛选出影响患者预后的因素,比较两种分期系统的判别力及同质性,采用 C 指数、-2 对数似然估值判断两种分期系统对于晚期 Siewert II 型胃食管结合部癌患者预后评估的价值。结果 以胃癌分期系统对 69 例患者进行分期,结果显示 II A 期 12 例,II B 期 10 例,III A 期 22 例,III B 期 22 例,III C 期 3 例,其中 II A 期患者 5 年累计生存率为 83.33%,II B 期患者为 70.00%,III A 期患者为 40.91%,III B 期患者为 36.36%,表明 II A 期患者的 5 年累计生存率高于 III A 期和 III B 期患者,且差异均有统计学意义( $P$  均  $< 0.05$ )。以 pTNM 分期系统对 69 例患者进行分期,结果显示 II B 期 16 例,III B 期 28 例,IV A 期 25 例,其中 II B 期患者 5 年累计生存率为 81.25%,III B 期患者为 44.44%,IV A 期患者为 34.62%,表明 II B 期患者的 5 年累计生存率高于 III B 期和 IV A 期患者,且差异均有统计学意义( $P$  均  $< 0.05$ )。单因素分析结果显示,年龄  $\geq 70$  岁、病灶组织最大径  $\geq 4$  cm、病灶转移或复发、胃癌分期系统及 pTNM 分期系统均是患者 5 年累计生存率的影响因素( $P < 0.05$ )。胃癌分期系统的线性趋势卡方值是 6.503,似然比卡方值是 7.861,高于 pTNM 分期系统(分别为 5.358、6.701);胃癌分期系统的 -2 对数似然估值为 240.768,低于 pTNM 分期系统(243.967);胃癌分期系统的 C 指数为 0.7293,高于 pTNM 分期系统(0.7203)。结论 UICC/AJCC 第 8 版的胃癌分期系统在晚期 Siewert II 型胃食管结合部癌患者预后评估中具有较高价值。

**【关键词】** 胃癌分期系统;食管腺癌病理分期系统;晚期 Siewert II 型胃食管结合部癌;生存率

DOI: 10.3969/j.issn.1673-534X.2021.04.008

**Evaluation value of different staging systems for advanced Siewert II adenocarcinoma of esophagogastric junction** NI Tiao, RAO Gui'an, SU Yi. Department of Gastrointestinal Pediatric Surgery, Wuzhou Red Cross Hospital, Wuzhou 543002, China

**【Abstract】 Objective** This paper aims to explore the evaluation value of the staging system for advanced Siewert II adenocarcinoma of esophagogastric junction. **Methods** Sixty-nine cases of advanced Siewert II adenocarcinoma of esophagogastric junction patients were randomly selected in Wuzhou Red Cross Hospital during January 2010 and May 2014 as the subjects, according to the gastric cancer staging system and the esophageal adenocarcinoma pTNM staging system in the UICC/AJCC 8th

edition. The survival of patients and the stage distribution were compared in the two staging systems. The single factor survival analysis was used to screen the factors affecting the prognosis of patients, and the discriminative power and homogeneity of the two staging systems were compared. In addition, the C index and  $-2 \log$ -likelihood estimation were used to judge the evaluation of the prognostic value of the two staging systems for patients with advanced Siewert II gastroesophageal junction carcinoma.

**Results** Among the sixty-nine cases of patients, the gastric staging system shows that there are twelve patients with stage II A, ten patients with stage II B, twenty-two patients with stage III A, twenty-two patients with stage III B, and three patients with stage III C, of whom, the 5-year cumulative survival rate of patients with stage II A is 83.33%, of patients with stage II B is 70.00%, of patients with stage III A is 40.91%, of patients with stage III B is 36.36%, and the 5-year cumulative survival rate of patients with stage II A is higher than that of patients with stages III A and III B, with a statistically significant difference ( $P < 0.05$ ). The pTNM staging system indicates that there are sixteen patients with stage II B, twenty-eight patients with stage III B, twenty-five patients with stage IV A, of whom, the 5-year cumulative survival rate of patients with stage II B is 81.25%, of patients with stage III B is 44.44%, of patients with stage IV A is 34.62%, and the 5-year cumulative survival rate of patients with stage II B is higher than that of patients with stages III B and IV A, with a statistically significant difference ( $P < 0.05$ ). If the patient is 70 or beyond and the maximum diameter of the lesion tissue 4 cm or bigger, the metastasis or recurrence of lesions, the gastric staging, and the pTNM staging are the factors affecting the 5-year survival rate ( $P < 0.05$ ), while the metastasis or recurrence of lesions, the gastric staging, and the pTNM staging are the risk factors affecting prognosis ( $P < 0.05$ ). The linear trend chi-square test of the gastric cancer staging system is 6.503, the likelihood ratio is 7.861, which are higher than those of the pTNM staging system (5.358 and 6.701), the  $-2 \log$ -likelihood estimate of the gastric cancer staging system is 240.768, which is lower than that of the pTNM staging system (243.967), and the concordance-index of the gastric cancer staging system is 0.7293, which is higher than that of the pTNM staging system (0.7203). **Conclusion** The UICC/AJCC 8th edition gastric cancer staging system has a high value in the prognosis evaluation of patients with advanced Siewert II adenocarcinoma of esophagogastric junction.

**【Key words】** Gastric staging system; Esophageal adenocarcinoma pTNM staging system; Advanced Siewert II adenocarcinoma of Esophagogastric junction; Survival rate

胃食管结合部癌指肿瘤病灶组织侵犯胃食管的结合部位,其病灶组织中心在胃食管结合部位的上、下 5 cm 范围内<sup>[1]</sup>。由于胃食管结合部癌的解剖结构存在特殊性,故其肿瘤分期存在争议。2009 年国际抗癌联盟 (UICC)/美国癌症联合委员会 (AJCC) 提出的第 7 版 TNM 分期系统强调, Siewert I 型、II 型及 III 型胃食管结合部癌患者的分期应以食管癌分期系统作为标准<sup>[2]</sup>。然而,随着研究工作的不断深入,越来越多的报道指出该分期系统存在一些不足。国际胃癌协会 (IGCA) 的研究认为, Siewert II 型及 III 型胃食管结合部癌患者以胃癌分期系统作为标准更具合理性,并且基于此制定出新的胃癌分期系统<sup>[3-4]</sup>。2016 年, UICC/AJCC 提出的第 8 版分期系统中调整了胃食管结合部癌的分期标准,强调 Siewert III 型胃食管结合部癌患者应选用胃癌分期系统, Siewert I 型、II 型患者则选用食管

癌分期系统<sup>[5-6]</sup>。目前, Siewert I 型、III 型胃食管结合部癌患者的分期标准已基本达成共识,但 Siewert II 型患者的分期仍存在争议<sup>[7]</sup>。本文通过回顾性分析 69 例晚期 Siewert II 型胃食管结合部癌患者的资料,探究胃癌分期系统及食管腺癌病理分期 (pTNM) 系统在该疾病中的应用价值。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2010 年 1 月至 2014 年 5 月梧州市红十字会医院收治的 69 例晚期 Siewert II 型胃食管结合部癌患者作为研究对象,其中男性 61 例,女性 8 例;年龄 51~76 岁,平均年龄为  $(62.03 \pm 2.86)$  岁;经病理诊断,均为 pTNM 分期系统中 T3~T4 期患者。纳入标准: (1) 切缘无肿瘤细胞,术后切缘显示为阴性; (2) 临床资料、病理信息完整; (3) 经术后病理检查、胃镜检查、上消化道造影检查,确诊为晚期

Siewert II型胃食管结合部癌;(4)淋巴结组织个数>16枚;(5)患者或其家属签署知情同意书。排除标准:(1)有远处转移;(2)术前曾接受放射治疗或化学治疗;(3)复发性晚期 Siewert II型胃食管结合部癌;(4)并发其他恶性肿瘤;(5)有严重心脑血管疾病;(6)精神异常;(7)语言功能障碍。本研究已通过医院医学伦理委员会同意及批准(批件号:20190205CL-01)。

### 1.2 分期标准

胃癌分期系统和食管癌分期系统在 T 分期方面存在一定差异,胃癌分期系统中的 T4a 期降为食管癌分期系统中的 T3 期,而 T4b 期则降为 T4a 期;此外,由于第 8 版食管腺癌 pTNM 分期(下文简称 pTNM 分期)系统中的Ⅳ A 期为第 7 版中的Ⅲ C 期,因此在本研究中,以Ⅲ C 期代替 pTNM 分期系统中的Ⅳ A 期,以便于对亚分期进行合并<sup>[8]</sup>。本研究以 UICC/AJCC 提出的第 8 版 pTNM 分期标准<sup>[9]</sup>为对象,以胃癌分期系统及 pTNM 分期系统对晚期 Siewert II 型胃食管结合部癌患者进行分期。

### 1.3 观察指标

本研究主要观察以下内容:(1)不同分期系统中晚期 Siewert II 型胃食管结合部癌患者的分期及其变化情况。(2)不同分期系统中晚期 Siewert II 型胃食管结合部癌患者的预后情况。采用门诊及电话的形式进行随访,于术后 2 年间,随访问隔时间为 3 个月;术后 2~5 年,随访问隔时间为 6 个月,随访至 2019 年 6 月,统计患者的 5 年累计生存率情况。(3)晚期 Siewert II 型胃食管结合部癌患者累计生存率的影响因素。以性别、年龄、手术范围、病灶组织最大径、病灶转移或复发、胃癌分期系统、pTNM 分期系统、分化程度、术后化学治疗、软组织侵犯、神经侵犯等为自变量,采用单因素分析法对影响晚期 Siewert II 型胃食管结合部癌患者累计生存率的因素进行分析。(4)两种分期系统模型的统计学指标。统计两种分期系统模型的线性趋势卡方值、似然比卡方值、C 指数及 -2 对数似然估值。

### 1.4 统计学分析

本研究应用 SPSS 24.0 及 R3.5.1 软件进行数据处理。计数资料以例(%)表示,组间比较采用卡方检验。采用 Kaplan-Meier 法和 log-rank 检验进行生存分析,利用 Cox 比例风险回归模型筛选预后的影响因素。采用线性趋势卡方值评估分期系统的判别力,数值越高,表明判别力越高,即不同分期患者累计生存率的差异越大。采用似然比卡方值

评估分期系统的同质性,数值越高,表明同质性越好,即相同分期患者累计生存率的差异越小。应用 R 软件计算 C 指数,数值越高,表明分期系统模型的合理性越好。以 Cox 比例风险模型计算 -2 对数似然估值,数值越低,表明分期系统模型对于累计生存率的预测价值越高。 $P<0.05$  表示差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 不同分期系统中晚期 Siewert II 型胃食管结合部癌患者分期及其变化

#### 2.1.1 T 分期

两种分期系统中,有 32 例晚期 Siewert II 型胃食管结合部癌患者的 T 分期发生变化,其中 28 例患者从胃癌分期系统中的 T4a 期降至 pTNM 分期系统中的 T3 期,4 例患者从 T4b 期降至 T4a 期,见表 1。

**表 1** 不同分期系统中晚期 Siewert II 型胃食管结合部癌患者分期及其变化/例(%)

T 分期	胃癌分期系统	pTNM 分期系统
T3 期	37(53.62)	65(94.20)
T4a 期	28(40.58)	4(5.80)
T4b 期	4(5.80)	0

#### 2.1.2 胃癌分期系统

与第 7 版比较,第 8 版胃癌分期系统中 N 分期的分类及定义均相同,即 N 分期包括 N0 期(0 个区域淋巴结有转移,下文简称转移)、N1 期(1~2 个转移)、N2 期(3~6 个转移)及 N3 期(7 个及以上转移)。胃癌分期系统将 N3 期细分为 N3a 期(7~15 个转移)及 N3b 期(16 个及以上转移)。本研究纳入的 69 例患者中,16 例 N0 期,10 例 N1 期,18 例 N2 期,25 例 N3a 期,无 N3b 期患者。

#### 2.1.3 pTNM 分期系统

本研究纳入的 69 例患者中,有 65 例患者的 pTNM 分期发生改变,4 例未改变。胃癌分期系统至 pTNM 分期系统的变化以 TNM 升级为主要表现。不同分期系统中 69 例患者的分期分布情况见表 2。69 例患者中,12 例患者从Ⅱ A 期变成Ⅱ B 期,6 例从Ⅱ B 期变成Ⅲ B 期,22 例从Ⅲ A 期变成Ⅲ B 期,22 例从Ⅲ B 期变成Ⅳ A 期,3 例从Ⅲ C 期变成Ⅳ A 期。

### 2.2 不同分期系统中晚期 Siewert II 型胃食管结合部癌患者的预后情况

根据胃癌分期系统,69 例患者中有 22 例Ⅱ 期患者,其 5 年累计生存率为 77.27%;47 例Ⅲ 期患者,其 5 年累计生存率为 36.17%,两者的差异有统

计学意义( $\chi^2 = 10.129, P = 0.001$ )。ⅡA 期患者的 5 年累计生存率是 83.33%,ⅡB 期患者是 70.00%,ⅢA 期患者是 40.91%,ⅢB 期患者是 36.36%,其中ⅡA 期患者的 5 年累计生存率较ⅢA 期和ⅢB 期患者高,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。因仅有 3 例ⅢC 期患者,可能会对生存率的差异分析产生影响,所以未展开对比分析。

表 2 不同分期系统中 69 例患者的分期分布情况/例(%)

分期	胃癌分期系统	pTNM 分期系统
ⅡA 期	12(17.39)	—
ⅡB 期	10(14.49)	16(23.19)
ⅢA 期	22(31.88)	—
ⅢB 期	22(31.88)	28(40.58)
ⅢC/ⅣA 期	3(4.35)	25(36.23)
Ⅱ期(合计)	22(31.88)	16(23.19)
Ⅲ期(合计)	47(68.12)	53(76.81)

注:“—”表示无数据

根据 pTNM 分期系统,69 例患者中有 16 例Ⅱ期患者,其 5 年累计生存率是 81.25%;53 例Ⅲ期患者,其 5 年累计生存率是 39.62%,两者的差异有统计学意义( $\chi^2 = 8.520, P = 0.004$ )。ⅡB 期患者 5 年累计生存率是 81.25%,ⅢB 期患者是 44.44%,ⅢC/ⅣA 期患者是 34.62%,其中ⅡB 期患者的累计生存率较ⅢB 期和ⅢC/ⅣA 期患者高,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

由表 3 可知,在胃癌分期系统及 pTNM 分期系统中,分期相同的患者其 5 年累计生存率的差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

表 3 不同分期系统中分期相同患者的 5 年累计生存率/%

分期	胃癌分期系统	pTNM 分期系统	$\chi^2$ 值	P 值
Ⅱ期	77.27	81.25	0.088	0.767
Ⅲ期	36.17	39.62	0.126	0.723
ⅡA 期	83.33	—	—	—
ⅡB 期	70.00	81.25	0.439	0.508
ⅢA 期	40.91	—	—	—
ⅢB 期	36.36	44.44	0.328	0.567
ⅢC/ⅣA 期	—	34.62	—	—

注:“—”表示无数据

2.3 晚期 Siewert Ⅱ 型胃食管结合部癌患者 5 年累计生存率的影响因素

对 69 例患者 5 年累计生存率的影响因素进行分析,发现年龄 $\geq 70$  岁、病灶组织最大径 $\geq 4$  cm、病灶转移或复发、胃癌分期系统及 pTNM 分期系统均

是影响 5 年累计生存率的危险因素( $P < 0.05$ )。见表 4。

Cox 比例风险回归模型分析结果显示,年龄 $\geq 70$  岁、病灶转移或复发、胃癌分期系统及 pTNM 分期系统是晚期 Siewert Ⅱ 型胃食管结合部癌患者 5 年累计生存率的独立影响因素( $P < 0.05$ ),见表 5。

表 4 晚期 Siewert Ⅱ 型胃食管结合部癌患者 5 年累计生存率的单因素分析

项目	例数	5 年累计生存率/%	$\chi^2$ 值	P 值
性别			0.502	0.479
男	61	50.82		
女	8	37.50		
年龄			6.675	0.010
$\geq 70$ 岁	17	23.53		
$< 70$ 岁	52	59.62		
手术切除范围			0.700	0.403
全胃	42	45.24		
近端胃	27	55.56		
病灶组织最大径			7.915	0.005
$< 4$ cm	18	77.78		
$\geq 4$ cm	51	39.22		
病灶转移或复发			4.764	0.029
有	6	0		
无	63	53.97		
胃癌分期系统			9.245	0.026
ⅡA 期	12	83.33		
ⅡB 期	10	70.00		
ⅢA 期	22	40.91		
ⅢB 期	22	36.36		
pTNM 分期系统			9.032	0.011
ⅡB 期	16	81.25		
ⅢB 期	28	44.44		
ⅢC/ⅣA 期	25	34.62		
分化程度			0.793	0.673
中分化	19	57.89		
中低分化	30	46.67		
低分化	20	45.00		
术后化学治疗			0.703	0.402
有	33	18.00		
无	36	16.00		
软组织侵犯			1.001	0.317
有	4	25.00		
无	65	50.77		
神经侵犯			0.725	0.395
有	46	45.65		
无	23	56.52		

表 5 晚期 Siewert II 型胃食管结合部癌患者 5 年累计生存率的危险因素

项目	$\beta$ 值	标准误	Wald 值	OR 值	95%CI	P 值
年龄	- 1. 388	0. 438	9. 920	0. 250	0. 101~0. 602	0. 001
病灶转移或复发	- 1. 112	0. 549	6. 831	0. 241	0. 079~0. 701	0. 008
胃癌分期	- 2. 119	0. 780	7. 368	0. 119	0. 030~0. 558	0. 006
pTNM 分期	- 1. 835	0. 649	7. 925	0. 162	0. 047~0. 569	0. 004

2. 4 两种分期系统模型的统计学指标

胃癌分期系统的线性趋势卡方值是 6. 503, 似然比卡方值是 7. 861, 均高于 pTNM 分期系统 (5. 358、6. 701); 胃癌分期系统的 - 2 对数似然估值是 240. 768, 低于 pTNM 分期系统 (243. 967); 胃癌分期系统的 C 指数是 0. 7293, 高于 pTNM 分期系统 (0. 7203)。

3 讨论

近年来, 胃食管结合部癌的发病率不断升高, 已成为影响人们健康的常见病症。胃食管结合部癌的生物学行为具有特殊性, 患者预后较差, 且其解剖结构较为特殊, 因此在新辅助治疗方法的选择、疾病定义、淋巴结清扫范围、疾病分型、手术切除范围及手术分期等方面均未达成共识<sup>[10-11]</sup>。对胃食管结合部癌患者的病理状况进行准确分期, 对于准确预测其累计生存率, 选择适合患者的后续治疗方案可起到关键性作用<sup>[12]</sup>。

第 8 版 TNM 分期标准于 2018 年初被应用于临床。既往研究发现, 基于在胃癌分期系统中, 分期等级升高后, 胃癌患者生存曲线的分离程度、风险比的增加趋势均较食管癌分期系统更为明显, 且胃癌分期系统内的 C 指数更高, 同时赤池信息准则 (AIC) 值相对更小, 说明该系统能获取更高的累计生存率预测价值及拟合优度<sup>[13-15]</sup>; 从 Nomogram 图中可发现, 胃癌分期系统对患者生存率的预测值与实际生存率计算值间差异较小, 表明第 8 版胃癌分期系统在国内晚期 Siewert II 型及 III 型胃食管结合部癌患者中的适用度更高<sup>[16-17]</sup>。本研究发现, 基于分期分布角度, 胃癌分期系统中的亚分期分布条件更具均衡性与集中性。本研究结果表明, 两种分期系统内 II 期患者的 5 年累计生存率均比 III 期患者高, 其中胃癌分期系统内 II A 患者的 5 年累计生存率相较于 III A 期和 III B 期患者更高; pTNM 分期系统内, II B 患者的 5 年累计生存率相较于 III B 期和 III C/IV A 期患者更高; 两种分期系统内, 分期相同的患者在 5 年累计生存率方面的差异无统计学意义。单因素及多因素回归分析发现, 年龄  $\geq 70$  岁、

病灶转移或复发、胃癌分期系统及 pTNM 分期系统是影响患者 5 年累计生存率的危险因素。此外, 胃癌分期系统的线性趋势卡方值及似然比卡方值均高于 pTNM 分期系统, 这提示胃癌分期系统在判别力及同质性方面更具优势; 胃癌分期系统的 - 2 对数似然估值低于 pTNM 分期系统, C 指数高于 pTNM 分期系统, 这提示对于晚期 Siewert II 型胃食管结合部癌患者 5 年累计生存率的预测, 胃癌分期系统的适用度更高。

综上所述, UICC/AJCC 第 8 版的胃癌分期系统在晚期 Siewert II 型胃食管结合部癌患者预后评估中的价值更高, 可能更适用于晚期 Siewert II 型胃食管结合部癌患者。本研究存在一定不足, 如纳入的病例数有限, 且未纳入 pT1~T2 期患者及 N3b 期患者, 亚分期缺乏完整性。因此在后续研究中, 需开展大规模、多中心研究, 以综合评价分期系统对晚期 Siewert II 型胃食管结合部癌的评估价值。

参 考 文 献

- 1 国际食管疾病学会中国分会 (CSDE) 食管胃结合部疾病跨界联盟, 中国医师协会内镜医师分会腹腔镜外科专业委员会, 中国医师协会外科医师分会上消化道外科医师专业委员会, 等. 食管胃结合部腺癌外科治疗中国专家共识 (2018 年版) [J]. 中华胃肠外科杂志, 2018, 21(9): 961-975.
- 2 曹惠华, 束平, 唐兆庆, 等. 美国癌症联合会第 7 版与第 8 版胃癌 TNM 分期系统的差异及其对预后评估的比较 (附 1 383 例报告) [J]. 中华消化外科杂志, 2018, 17(6): 605-611.
- 3 Meng ZW, Pan W, Hong HJ, et al. Modified staging classification for intrahepatic cholangiocarcinoma based on the sixth and seventh editions of the AJCC/UICC TNM staging systems [J]. Medicine (Baltimore), 2017, 96(34): e7891.
- 4 Sano T, Coit DG, Kim HH, et al. Proposal of a new stage grouping of gastric cancer for TNM classification: International Gastric Cancer Association staging project [J]. Gastric Cancer, 2017, 20(2): 217-225.
- 5 Rice TW, Patil DT, Blackstone EH. 8th edition AJCC/UICC staging of cancers of the esophagus and esophagogastric junction; application to clinical practice [J]. Ann Cardiothorac Surg, 2017, 6(2): 119-130.
- 6 Zheng Z, Yin J, Wu HW, et al. Explored risk factors for lymph

- node metastasis with Siewert II/III adenocarcinoma of the gastroesophageal junction[J]. *Anticancer Res*, 2017, 37(8): 4605-4610.
- 7 付佳, 唐磊, 李子禹, 等. CT 区分 Siewert II 型食管胃结合部腺癌 cT3 与 cT4a; 国际抗癌联盟/美国癌症联合委员会(UICC/AJCC)第 8 版分期与国际胃癌协会(IGCA)第 4 版分期对照研究[J]. *中华胃肠外科杂志*, 2018, 21(9): 1013-1018.
- 8 袁勇, 陈龙奇. AJCC 第八版食管癌分期系统更新解读[J]. *中华外科杂志*, 2017, 55(2): 109-113.
- 9 钟皓, 马荣, 弓磊, 等. AJCC 第七版与第八版食管癌分期系统评估 II ~ III 期食管鳞状细胞癌患者术后预后价值的比较[J]. *中华外科杂志*, 2017, 55(12): 903-908.
- 10 Suh YS, Lee KG, Oh SY, et al. Recurrence pattern and lymph node metastasis of adenocarcinoma at the esophagogastric junction[J]. *Ann Surg Oncol*, 2017, 24(12): 3631-3639.
- 11 Nagami Y, Ominami M, Otani K, et al. Endoscopic submucosal dissection for adenocarcinomas of the esophagogastric junction [J]. *Digestion*, 2018, 97(1): 38-44.
- 12 胡春华, 李冬冬, 徐义军, 等. II / III 型食管胃结合部腺癌临床预后相关因素分析[J]. *中国临床医学*, 2017, 24(3): 369-376.
- 13 郗洪庆, 张珂诚, 卫勃, 等. 胃癌 TNM 分期第八版更新在临床诊断治疗中的意义和思考[J]. *中华胃肠外科杂志*, 2017, 20(2): 166-170.
- 14 Sun Y, Lin H, Lu X, et al. A nomogram to predict distant metastasis after neoadjuvant chemoradiotherapy and radical surgery in patients with locally advanced rectal cancer[J]. *J Surg Oncol*, 2017, 115(4): 462-469.
- 15 Aratani K, Komatsu S, Ichikawa D, et al. Overexpression of EGFR as an independent prognostic factor in adenocarcinoma of the esophagogastric junction[J]. *Anticancer Res*, 2017, 37(6): 3129-3135.
- 16 弥伟, 郑智, 张军, 等. Siewert II 型和 III 型食管胃结合部腺癌淋巴结转移规律及预后分析[J]. *国际外科学杂志*, 2017, 44(7): 442-446, 封 3.
- 17 Kudou K, Saeki H, Nakashima Y, et al. Postoperative skeletal muscle loss predicts poor prognosis of adenocarcinoma of upper stomach and esophagogastric junction[J]. *World J Surg*, 2019, 43(4): 1068-1075.
- (收稿日期:2020-04-23)  
(本文编辑:周骏)
- 
- (上接第 255 页)
- 23 沈娟华, 周少飞. 抗幽门螺杆菌治疗对育龄期妇女阴道菌群的影响[J]. *中国乡村医药*, 2016, 23(3): 13-14.
- 24 李春生. 激素补充疗法对女性围绝经期综合征症状及骨密度的影响[J]. *实用妇科内分泌电子杂志*, 2019, 6(34): 86.
- 25 杨崎崎, 曾琼仙, 郑佳, 等. 围绝经女性阴道微环境分析及干预后临床效果分析[J]. *世界最新医学信息文摘*, 2019, 19(13): 103.
- 26 李海霞. 更年期妇女三联抗幽门螺杆菌治疗对阴道菌群及阴道炎发病率的影响[J]. *中国微生态学杂志*, 2016, 28(3): 346-348.
- 27 刘洪妹. 质子泵抑制剂的药理作用及临床应用[J]. *解放军医药杂志*, 2011, 23(44): 33-34.
- 28 Melkumyan AR, Priputnevich TV, Ankirskaya AS, et al. Effects of antibiotic treatment on the Lactobacillus composition of vaginal microbiota[J]. *Bull Exp Biol Med*, 2015, 158(6): 766-768.
- 29 施建锋. 抑酸剂联合嗜酸乳杆菌胶囊治疗急性肠胃炎的疗效和安全性[J]. *现代消化及介入诊疗*, 2018, 23(3): 392-394.
- 30 王育光, 李刚, 马燕. 复方嗜酸乳杆菌对功能性便秘的改善效果观察[J]. *中国实用医药*, 2016, 11(25): 219-220.
- 31 王忠亮, 王坚强. 复方嗜酸乳杆菌片联合莫沙必利对功能性消化不良患者胃排空及胃肠激素水平影响[J]. *药物流行病学杂志*, 2015, 24(3): 139-141.
- 32 张俊璇, 方超然, 时鑫鑫, 等. 根除幽门螺杆菌治疗药物的研究进展[J]. *医学综述*, 2020, 26(2): 316-321.
- 33 苏海飞. 乳酸菌阴道胶囊在阴道炎治疗中的临床运用分析[J]. *实用妇科内分泌电子杂志*, 2020, 7(1): 73-86.
- (收稿日期:2020-06-09)  
(本文编辑:林磊)