

应去除病因, 停药泻药, 改用促胃肠动力药及微生态制剂以及粗纤维饮食。本研究对 MC 随访, 停药泻药患者中 1 例色素消失, 4 例色素不同程度变浅, 证实了 MC 是一种可逆性疾病。

#### 4 参考文献

1 纪小龙, 朱成, 李向红, 张子其, 张勇, 李维华, 王孟薇. 结肠黑变病的病理探讨. 中华消化杂志 1994;14:38-39

- 2 Walker NI, Smith MM, Smithers BM. Ultrastructure of human melanosis coli with reference to its pathogenesis. *Pathology* 1993;25:120-123
- 3 Byers RJ, Marsh P, Parkinson D, Haboubi NY. Melanosis coli is associated increase in colonic epithelial apoptosis and not with laxative use. *Histopathology* 1997;30:160-164
- 4 陈宗永, 屠柏强, 刘进进, 卢蕊芬, 汪清. 结肠黑变病的内镜资料分析. 中华消化内镜 1999;16:186
- 5 Nusko G, Schneider B, Ernst H, Wittekind C, Hahn EG. Melanosis coli-a harmless pigmentation or a precancerous condition. *Z Gastroenterol* 1997;35:313-318

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2003 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

## 保留胰腺的脾动脉干及脾切除术在胃癌根治术中的意义

陈志新, 胡建昆, 张波, 陈佳平, 周总光

陈志新, 胡建昆, 张波, 陈佳平, 周总光, 四川大学华西医院普外科  
四川省成都市 610041  
国家杰出青年科学基金资助课题, No.39925032 和四川省科委基金, No.413026  
项目负责人: 陈志新, 610041, 四川省成都市, 四川大学华西医院普外科.  
czx1961@peoplemail.com.cn  
电话: 028-85422482  
收稿日期: 2002-08-26 接受日期: 2002-11-17

### 摘要

目的: 探讨保留胰腺的脾动脉干及脾切除术在胃癌根治术中的意义。

方法: 对 20 例胃上部及胃体部癌行保留胰腺的脾动脉干及脾切除术以期预防性清扫第 10 及第 11 组淋巴结的患者进行了前瞻性研究。

结果: 20 例术中清扫出第 10 及第 11 组可疑转移淋巴结平均 6 枚/例, 术后病理切片检查有 11 例患者第 10 组淋巴结有癌转移(22/60), 有 9 例患者第 11 组淋巴结有癌转移(20/56), 其中有 6 例患者第 16a1、16a2 组淋巴结有癌转移? 无胰瘘及其他并发症发生。

结论: 胃上部及胃体部癌转移至第 10 及第 11 组淋巴结的机会较大, 对肿瘤直径 >5 cm 的患者, 应常规预防性清扫上述两组淋巴结?

陈志新, 胡建昆, 张波, 陈佳平, 周总光. 保留胰腺的脾动脉干及脾切除术在胃癌根治术中的意义. 世界华人消化杂志 2003;11(6):842-844

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/11/842.asp>

### 0 引言

近年来, 胃上部及胃体部癌的发生率有逐渐增加的趋势, 外科治疗仍是最有效的治疗方法<sup>[1-6]</sup>. 术式选择上, 大多数学者主张行全胃切除术. 但关于淋巴结清扫范围及联合脏器切除的问题, 目前尚有争议<sup>[5-12]</sup>. 我院 2001-

05/2002-05, 对 20 例胃上部及胃体部癌行保留胰腺的脾动脉干及脾切除术以期预防性清扫第 10 及第 11 组淋巴结的患者进行了前瞻性地研究, 近期结果报告如下。

### 1 材料和方法

1.1 材料 男 11 例, 女 9 例; 年龄 36 岁 - 71 岁(平均 53.3 岁); 病变大小: 5-7 cm 8 例, 7 cm 以上 12 例, 术前均经胃镜活检得到病理组织学证实。

1.2 方法 切除大网膜、小网膜、肝十二指肠韧带腹膜、横结肠系膜前叶和胰腺被膜, 清扫第 8、9、12、13、14 组淋巴结, 于根部结扎胃左动脉, 清扫第 7 组淋巴结及脾动脉近段 1/3 血管周围淋巴结, 在脾动脉根部结扎, 显露胰尾, 分离脾静脉和胰尾动脉后予以结扎, 游离胰腺上缘, 将脾动脉中段及远段 1/3 血管周围脂肪及淋巴结(第 11 组), 脾脏(第 10 组)连同胃、胃网膜、胃周 1-6 组淋巴结整块切除, 保留胰腺实质和脾静脉. 然后行食管 - 空肠 Roux-en-Y 吻合, 重建消化道。

### 2 结果

对 20 例直径 >5 cm 的胃上部及胃体部癌行保留胰腺的脾动脉干及脾切除术, 术后清除第 10 及第 11 组可疑转移淋巴结平均 6 枚/例, 术后病理切片检查有 11 例患者第 10 组淋巴结有癌转移(22/60), 有 9 例患者第 11 组淋巴结有癌转移(20/56), 其中有 6 例患者第 16a1、16a2 组淋巴结有癌转移. 20 例手术后无 1 例发生胰瘘及其他并发症。

### 3 讨论

胃癌的基础研究虽已取得很大的进展, 但应用于临床尚需有一段时间<sup>[13-25]</sup>. 对于胃上部及胃体部癌的治疗, 强调的是要行根治性切除, 特别是淋巴结的彻底清扫。

但在根治性近端胃或全胃切除术中,为清扫脾动脉周围淋巴结或/和脾门淋巴结而切除胰腺的远侧部,术后常出现胰瘘,急性胰腺炎,膈下脓肿和糖尿病等并发症,患者的死亡率也明显增加.为避免这些问题,早在1979年Maruyama et al 等就开展了保留胰腺的全胃切除术,手术保留胰腺和脾静脉,而将脾、脾动脉和其周围的脂肪结缔组织包括淋巴结完全切除.术后并发症发生率和死亡率均降低<sup>[26-29]</sup>.我们的术式在脾动脉根部结扎,显露胰尾,分离脾静脉和胰尾动脉后予以结扎,保证了胰背动脉对胰腺的血供,可避免胰腺坏死,使术后并发症的发生率和死亡率降低到0.保留胰腺的理论依据在于:(1)在切除脾动脉以清扫其周围的淋巴结后,胰腺的血供良好,因为胰背动脉的左支,即胰横动脉仍可保证远侧胰腺的血供,而脾静脉紧贴胰腺实质,二者间无淋巴回流.(2)胃的淋巴引流只进入胰腺包膜下,不进入胰实质,胰实质内无淋巴结转移.而胰周的淋巴结转移仅在胰包膜下的脂肪结缔组织内,常在脾门和脾动脉周围,因此,保留胰腺不会影响手术的根治性.(3)切除脾动脉后胰腺实质周围所有的淋巴脂肪结缔组织可被完整切除,该手术操作经我们应用具有可行性?切除脾脏可以彻底清除第10组淋巴结,胃癌根治术脾脏切除与否,一直存有争议,部分学者认为脾脏切除将严重破坏机体的免疫功能,使术后感染的机会大大增加<sup>[25-29]</sup>,因此对切除脾脏应持慎重态度或在胃癌根治术中尽可能地保留脾淋巴结清扫.但有学者研究证实,按这种方法清扫后脾门淋巴结残留率达74.7%,很难达到根治目的<sup>[26, 27]</sup>.我们研究发现:胃上部及胃体部癌患者行保留胰腺的脾动脉干及脾切除术清扫第10及第11组淋巴结彻底,并且所清除的淋巴结的癌转移率高,所有患者术后并未出现全身爆发性感染及脾窝积液、腹腔感染.当然这与我科专业分工细、手术组人员固定也有一定的关系,因此,我们认为,对于进展期胃上部及胃体癌,尤其是浆膜已受侵犯,能行根治切除者,主张保留胰腺的脾动脉干及脾切除术.此时,脾门如触不到明显肿大淋巴结,亦不能否定转移.

胃癌患者,其主要的预后因素是肿瘤深度和有无线淋巴结转移,而联合胰切除没有生存优势,且手术时间长,手术期失血、输血增多,手术并发症多,术后生存质量无改善,不应作为扩大淋巴结清扫的标准术式.对于胃中上部癌直接侵犯了胰体尾,应行全胃联合胰体尾切除术,而采用预防性的胰体尾切除应该予以否定.保留胰腺的脾动脉干及脾切除术能在有效地保留患者胰腺功能的同时彻底切除癌肿,清除转移淋巴结,手术安全,并发症少,患者的生存质量亦得到了最大限度的改善,值得进一步研究.

#### 4 参考文献

- Shiraishi N, Adachi Y, Kitano S, Kakisako K, Inomata M, Yasuda K. Clinical outcome of proximal versus total gastrectomy for proximal gastric cancer. *World J Surg* 2002;26:1150-1154
- Mariette C, Castel B, Tournel H, Fabre S, Balon JM, Triboulet JP. Surgical management of and long-term survival after adenocarcinoma of the cardia. *Br J Surg* 2002;89:1156-1163
- Matsui H, Uyama I, Sugioka A, Fujita J, Komori Y, Ochiai M, Hasumi A. Linear stapling forms improved anastomoses during esophagojejunostomy after a total gastrectomy. *Am J Surg* 2002;184:58-60
- Yasuda K, Shiraishi N, Adachi Y, Inomata M, Sato K, Kitano S. Risk factors for complications following resection of large gastric cancer. *Br J Surg* 2001;88:873-877
- Hu JK, Chen ZX, Zhou ZG, Zhang B, Tian J, Chen JP, Wang L, Wang CH, Chen HY, Li YP. Intravenous chemotherapy for resected gastric cancer: meta-analysis of randomized controlled trials. *World J Gastroenterol* 2002;8:1023-1028
- Martin RC 2nd, Jaques DP, Brennan MF, Karpeh M. Extended local resection for advanced gastric cancer: increased survival versus increased morbidity. *Ann Surg* 2002;236:159-165
- Kondo H, Yamao T, Saito D, Ono H, Gotoda T, Yamaguchi H, Yoshida S, Shimoda T. Metastatic tumors to the stomach: analysis of 54 patients diagnosed at endoscopy and 347 autopsy cases. *Endoscopy* 2001; 33:507-510
- Meyer W, Popp M, Klinger L, Awad-Allah A, Gebhardt C. Results of surgical therapy of adenocarcinomas of the esophagogastric junction according to a standardized surgical resection technique. *Dig Surg* 2002;19:269-274
- Maehara Y, Kakeji Y, Oda S, Takahashi I, Akazawa K, Surimachi K. Time trends of surgical treatment and the prognosis for Japanese patients with gastric cancer. *Br J Cancer* 2000;83:986-991
- Adachi Y, Tasuda K, Inomata M, Sato K, Shiraishi N, Kitano S. Pathology and prognosis of gastric carcinoma: well versus poorly differentiated type. *Cancer* 2000;89:1418-1424
- Lekakos LN, Triantafillopoulos JK, Milingos ND, Sfikakis PG. Adenocarcinoma of the gastric cardia :treatment via a left thoracoabdominal approach. *Am Surg* 2002;68:584-590
- Roukos DH. Current status and future perspectives in gastric cancer management. *Cancer Treat Rev* 2000;26:243-255
- Sagara N, Katoh M. Mitomycin C resistance induced by TCF-3 overexpression in gastric cancer cell line MKN28 is associated with DT-diaphorase down-regulation. *Cancer Res* 2000; 60:5959-5962
- Tao HQ, Zou SC. Effect of preoperative regional artery chemotherapy on proliferation and apoptosis of gastric carcinoma cells. *World J Gastroenterol* 2002;8:451-454
- Xia L, Yuan YZ, Xu CD, Zhang YP, Qiao MM, Xu JX. Effects of epidermal growth factor on the growth of human gastric cancer cell and the implanted tumor of nude mice. *World J Gastroenterol* 2002;8:455-458
- Yao YL, Xu B, Song YG, Zhang WD. Overexpression of cyclin E in mongolian gerbil with *Helicobacter pylori*-induced gastric precancerosis. *World J Gastroenterol* 2002;8:60-63
- Fu QG, Meng FD, Shen XD, Guo RX. Efficacy of intraperitoneal thermochemotherapy and immunotherapy in intraperitoneal recurrence after gastrointestinal cancer resection. *World J Gastroenterol* 2002;8:1019-1022
- Ren J, Dong L, Xu CB, Pan BR. Expression of sphingosine kinase gene in the interactions between human gastric carcinoma cell and vascular endothelial cell. *World J Gastroenterol* 2002;8:602-607
- Zhou YN, Xu CP, Han B, Li M, Qiao L, Fang DC, Yang JM. Expression of E-cadherin and beta-catenin in gastric carcinoma and its correlation with the clinicopathological features and patient survival. *World J Gastroenterol* 2002;6:987-993
- Deng DJ. Progress of gastric cancer etiology: N-nitrosamides 1990s. *World J Gastroenterol* 2000;6:613-618
- Yao XX, Yin L, Sun ZC. The expression of HTERT mRNA and cellular immunity in gastric cancer and precancerosis. *World J Gastroenterol* 2002;8:586-590
- Cao WX, Cheng QM, Fei XF, Li SF, Yin HR, Lin YZ. A study of preoperative methionine-depleting parenteral nutrition plus chemotherapy in gastric cancer patients. *World J Gastroenterol* 2000;6:255-258
- Chen JP, Lin C, Xu CP, Zhang XY, Wu M. The therapeutic effects of recombinant adenovirus RA538 on human gastric

- carcinoma cells in vitro and in vivo. *World J Gastroenterol* 2000; 6:855-860
- 24 Xue FB, Xu YY, Wan Y, Pan BR, Ren J, Fan DM. Association of *H.pylori* infection with gastric carcinoma:a Meta analysis. *World J Gastroenterol* 2001;7:801-804
- 25 Konno H, Baba M, Maruo Y, Tanaka T, Kanai T, Nishino N, Suzuki S, Nakamura S, Baba S. Measurement of pancreatic blood flow to prevent pancreatic juice leakage after pancreas-preserving total gastrectomy for gastric cancer. *Eur Surg Res* 1997;29:287-291
- 26 Roukos DH. Current advances and changes in treatment strategy may improve survival and quality of life in patients with potentially curable gastric cancer. *Ann Surg Oncol* 1999;6:46-56
- 27 Maruyama K, Sasako M, Kinoshita T, Sano T, Katai H, Okajima K. Pancreas-preserving total gastrectomy for proximal gastric cancer. *World J Surg* 1995;19:532-536
- 28 Skoropad V, Berdov B, Zagrebina V. Concentrated preoperative radiotherapy for resectable gastric cancer :20 years follow-up of a randomized trial. *J Surg Oncol* 2002;80:72-78
- 29 Pinto-De-Sousa J, David L, Seixas M, Pimenta A. Clinicopathologic profiles and prognosis of gastric carcinomas from the cardia, fundus/body and antrum. *Dig Surg* 2001;18:102-110

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2003 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

## 萎缩性胃炎临床证型分类研究

朱方石, 姒健敏, 王良静

朱方石, 姒健敏, 王良静, 浙江大学医学院邵逸夫临床医学研究所  
浙江省杭州市 310016  
浙江省科技厅自然科学基金资助课题, No.G20011025  
项目负责人: 姒健敏, 310016, 浙江省杭州市庆春东路3号, 浙江大学医学院邵逸夫临床医学研究所. sjm@163.net  
收稿日期: 2002-12-24 接受日期: 2003-01-08

### 摘要

目的: 探讨萎缩性胃炎(CAG)中医证型分布的主次, 确定相应的治则治法, 为制定CAG辨证分型客观标准提供框架结构和依据。

方法: 检索近4a的医学期刊, 收集含辨证分型具体病例数据的论文53篇中确诊CAG病例9995例, 总结、比较分析CAG中医证型的构成比。

结果: CAG临床常见证型依次为肝胃不和型、气滞血瘀型、肝胃郁热型、脾胃湿热型、脾胃虚弱型和胃阴不足型等6种。

结论: 上述6种证型反应了CAG的病变机制, 临床治疗以健脾益气为基本大法, 根据病情证候择选其他治法。

朱方石, 姒健敏, 王良静. 萎缩性胃炎临床证型分类研究. 世界华人消化杂志 2003;11(6):844-846

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/11/844.asp>

### 0 引言

萎缩性胃炎(CAG)是胃癌前状态中最常见的一种, 转癌率达4-12%, 迄今尚无特效药物, 而中医辨证分型论治显示了一定的优势和潜力, 但综观文献及报道资料显示, 分型方法繁多而弥散, 且缺乏统一客观的微观定性和定量指标, 因而各地治疗经验缺乏可比性. 为确定CAG中医临床证型构成分布和主次, 以制定相应的治疗大法, 并为进一步寻求和制定CAG辨证分型的客观标准提供框架结构, 我们对近4a公开报道的9995例CAG

患者进行了临床证型的分类研究, 现将结果报道如下:

### 1 材料和方法

1.1 材料 本研究搜集文献报道确诊的CAG患者9995例, 明确性别的8799例, 其中男5576例, 女3223例, 性别不详1196例, 年龄17-71岁, 平均年龄因各文献报道的均数不一难以明确, 不同年龄段具体病例数据因各统计、划分方法不一, 亦难以统计; 中医证型名称涉及71种之多。

#### 1.2 方法

1.2.1 文献检索 网络检索和光盘检索了1999-01/2002-08中文期刊网及中国生物医学数据库所收录有关中医药研究CAG的学术论文610篇(个案、护理类除外), 查阅了139种学术刊物(其中中医药79种、现代医/药学54种及中西医结合6种), 撷取了含临床证型分类具体病例统计数据的论文53篇; 刊物出版地覆盖27个省、市、自治区。

1.2.2 证型归纳 文献载录不同名称临床证型种类达71种, 独立证型52种、兼夹证型19种; 将52种独立证型按异名同类及主症、次症、苔、脉的描述进行归纳, 以执简驭繁, 总结出一般证型9种共9563例, 少见和偶见证型10种共170例, 再将10种少见和偶见证型与19种兼夹证型的262例合称其他证型共432例, 分成10个证型组进行构成比比较。

统计学处理 运用同组中2个构成比的 $\chi^2$ 检验法<sup>[1]</sup>, 分析各证型组构成比的差异。

### 2 结果

2.1 9995例CAG临床证型构成分布 表1显示, 9995例CAG中, 构成比居于前3位、超过16%的依次为肝胃不和、气滞血瘀、肝胃郁热型; 低于前3型而超过