

- creatitis has a high prevalence and is associated with increased mortality. *Crit Care Med* 1998;26:2010-2015
- 8 瞿洪平, 汤耀卿, 刘伟, 毛恩强, 闵东, 秦帅, 武钧. 外科重症监护病房细菌菌群和耐药性变化. *外科理论与实践* 2000;5:257-259
- 9 Tennila A, Salmi T, Pettila V, Roine RO, Varpula T, Takkunen O. Early signs of critical illness polyneuropathy in ICU patients with systemic inflammatory response syndrome or sepsis. *Intensive Care Med* 2000;26:1360-1363
- 10 Farkas G, Marton J, Nagy Z, Mandi Y, Takacs T, Deli MA, Abraham CS. Experimental acute pancreatitis results in increased blood-brain barrier permeability in the rat: a potential role for tumor necrosis factor and interleukin 6. *Neuroscience Letters* 1998;242:147-150
- 11 Abraham CS, Deli MA, Joo F, Megyeri P, Torpier G. Intracarotid tumor necrosis factor- α administration increases the blood-brain barrier permeability in cerebral cortex of the newborn pig: quantitative aspects of double-labelling studies and confocal laser scanning analysis. *Neurosci Lett* 1996;208:85-88
- 12 Banks WA, Kastin AJ, Gutierrez EG. Penetration of interleukin-6 across the murine blood-brain barrier. *Neurosci Lett* 1994;179:53-56
- 13 Saija A, Princi P, Lanza M, Scalese M, Aramnejad E, De Sarro A. Systemic cytokine administration can affect blood-brain barrier permeability in the rat. *Life Sci* 1995;56:775-784
- 14 Charness ME, Simon RP, Greenberg DA. Ethanol and the nervous system. *N Engl J Med* 1989;321:442-454
- 15 Winslet MC, Donovan IA, Aitchison F. Wernicke's encephalopathy in association with complicated acute pancreatitis and morbid obesity. *Br J Clin Pract* 1990;44:771-773
- 16 Gallucci M, Amicarelli I, Rossi A, Stratta P, Masciocchi C, Zobel BB, Casacchia M, Passariello R. MR imaging of white matter lesions in uncomplicated chronic alcoholism. *J Comput Assist Tomogr* 1989;13:395-398
- 17 Schuster MM, Iber FL. Psychosis with pancreatitis. *Arch Intern Med* 1965;116:228-233

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2004 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

胃癌腹膜转移临床病理分析 76 例

吴泽宇, 詹文华, 何裕隆, 汪建平

吴泽宇, 詹文华, 何裕隆, 汪建平, 中山大学附属一院胃肠胰外科
广东省广州市 510080
项目负责人: 詹文华, 510080, 广东省广州市中山二路 58 号, 中山大学附属一院胃肠胰外科. wenhuazh@21cn.com
电话: 020-87755766-8211 传真: 020-87335945
收稿日期: 2004-06-08 接受日期: 2004-06-10

摘要

目的: 探讨胃癌腹膜转移的临床病理特点, 并评估手术治疗的效果。

方法: 我科 1994-09/2003-09 收治胃癌腹膜转移 76 例, 对其临床病理资料和生存情况进行回顾性分析。

结果: 中下 1/3 胃癌和瘤体直径 ≥ 5 cm 的胃癌易发生腹膜转移, 分别占 67.1% 和 82.9%; 以低分化癌(低分化腺癌、印戒细胞、低分化黏液癌)多见, 占 81.6%。术中探查发现腹水 31 例(40.8%), 浆膜侵犯 75 例(其中 Se 26 例, Si 49 例), 高达 98.7%。行手术切除 58 例术后病理资料表明, 发生腹膜转移者大多数属 T₃ 和 T₄ 期, 共 55 例(94.8%)。手术总切除率为 76.3%。术中探查无腹水者手术切除率为 86.6% (39/45), 明显高于有腹水者 60.6% (19/31, $P < 0.05$)。P1 和 P2 的手术切除率显著高于 P3 ($P < 0.001$)。生存分析表明手术切除患者的生存时间明显长于未切除者 ($P < 0.05$)。

结论: 胃癌腹膜转移与肿瘤部位、大小、分化程度、浸润深度和浆膜侵犯密切相关。P3 和合并腹水者手术切除率明显降低。手术切除可以明显延长胃癌腹膜转移术后生存时间。

吴泽宇, 詹文华, 何裕隆, 汪建平. 胃癌腹膜转移临床病理分析 76 例. 世界华

人消化杂志 2004;12(9):2241-2243
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/12/2241.asp>

0 引言

腹膜转移是影响胃癌预后的重要因素, 如何有效治疗胃癌腹膜转移已成为胃癌外科治疗的重要任务之一, 也是进一步提高综合治疗疗效的关键问题之一。我科 1994-09/2003-09 收治胃癌腹膜转移 76 例, 回顾性分析其临床病理资料, 旨在探讨胃癌腹膜转移的临床病理特点, 并评估手术治疗的效果。

1 材料和方法

1.1 材料 我科 1994-09/2003-09 胃癌手术共 616 例, 术中探查有腹膜转移者 76 例, 占 12.3%。男 40 例, 女 36 例, 年龄 21-89 (平均 53) 岁。本组病例均行手术治疗, 术中探查有腹水 31 例(40.8%)。腹膜转移(P)和浆膜受侵情况(S)按日本胃癌处理规约表述。其中 P1(接近病灶的腹膜转移)38 例(50%), P2(远处腹膜少数转移)22 例(28.9%), P3(远处腹膜多数转移)16 例(21.1%); 浆膜受侵情况为 S0(完全没有侵出浆膜)1 例, Se(侵出浆膜)26 例, Si(侵及其他脏器)49 例。

1.2 方法 手术切除 58 例, 手术切除率为 76.3%。姑息性手术包括单纯胃空肠吻合术 8 例, 空肠造瘘术 2 例, 胃造瘘 2 例和横结肠造瘘 1 例, 共 13 例。另 5 例(26.7%)仅行剖腹探查、组织活检术。肿瘤位置: 胃上部 1/3 者 13 例, 中部 1/3 者 32 例, 下部 1/3 者 31 例。肿瘤直径:

瘤体直径 <5 cm 25例, ≥ 5 cm 51例. 组织学类型及分化程度: 低分化腺癌43例, 中分化腺癌14例, 印戒细胞12例, 低分化黏液癌7例. 肿瘤浸润深度: 行手术切除58例术后病理结果显示T₂ 3例, T₃ 5例, T₄ 50例. 随访时间1-101 mo. 58例手术切除患者生存时间为1.2-101(中位15.1) mo, 存活5a以上4例. 18例未切除患者生存时间1-57.8(中位5.9) mo, 无1例存活至5 a. 临床病理资料的分析用 χ^2 检验. 生存分析采用Kaplan-Meier法, Log-rank检验分析组间差异. $P<0.05$ 认为差异有显著性.

2 结果

本资料表明, 中下1/3胃癌和瘤体直径 ≥ 5 cm的胃癌易发生腹膜转移, 分别占67.1%和82.9%; 以低分化癌(低分化腺癌、印戒细胞、低分化黏液癌)多见, 占81.6%. 术中探查发现腹水31例(40.8%), 浆膜侵犯75例(其中Se 26例, Si 49例), 高达98.7%. 行手术切除58例术后病理资料表明, 发生腹膜转移者大多数属T₃和T₄期, 共55例(94.8%). 手术总切除率为76.3%. 术中探查无腹水者手术切除率为86.6%(39/45), 明显高于有腹水者60.6%(19/31, $P<0.05$). 按日本胃癌处理规约表述腹膜转移, P1和P2的手术切除率显著高于P3($P<0.001$). 手

表1 胃癌腹膜转移手术切除和未切除组临床病理比较

	切除(n)	未切除(n)	
男	30	10	$P > 0.05$
女	28	8	($\chi^2=0.081$)
有腹水	19	12	$P < 0.05$
无腹水	39	6	($\chi^2=4.608$)
肿瘤直径 < 5 cm	19	6	$P > 0.05$
肿瘤直径 ≥ 5 cm	39	12	($\chi^2=0.002$)
胃部上1/3	10	3	
胃部中1/3	24	8	$P > 0.05$
胃部下1/3	24	7	($\chi^2=0.054$)
中分化	13	1	$P > 0.05$
低分化	45	17	($\chi^2=2.598$)
P1	35	3	
P2	15	7	$P < 0.001$
P3	8	8	($\chi^2=12.177$)

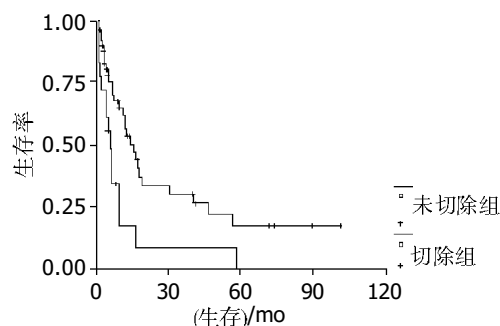


图1 Kaplan-Meier生存分析曲线图.

术切除率在性别、肿瘤位置、大小及分化程度间不存在差异($P>0.05$, 表1). 手术切除患者的中位生存时间为15.1 mo, 明显长于未切除者(5.9 mo, $P<0.05$, 图1).

3 讨论

胃癌是我国常见的恶性肿瘤之一, 腹膜转移是影响胃癌预后的重要因素. 腹膜转移早期由于缺乏特异临床表现诊断较为困难. 晚期出现腹水和肠梗阻, 治疗困难, 预后极差. 我科1994-09/2003-09胃癌手术共616例, 术中发现有腹膜转移者76例, 占12.3%. 平均发病年龄53(21-89)岁, 男:女约为1:1. 腹膜转移按日本胃癌处理规约表述, P1(接近病灶的腹膜转移)38例, P2(远处腹膜少数转移)22例, P3(远处腹膜多数转移)16例. 本组病例术中探查有腹水者比率较高, 占40.8%, 因此, 作者认为术前检查(包括体格检查、B超检查及CT检查等)发现腹水者应警惕腹膜转移的可能.

腹膜转移与肿瘤浸润深度、浆膜侵犯密切相关^[1]. 本组浆膜侵犯75例(其中Se 26例, Si 49例), 占98.7%. 行手术切除58例术后病理资料表明, 发生腹膜转移者大多数属T₃和T₄期, 共55例(94.8%). 作者认为随着肿瘤浸润深度加深, 癌细胞自浆膜脱落形成腹腔内游离癌栓, 黏附并降解腹膜细胞外基质, 着床于腹膜间皮组织并增生, 可能与腹膜转移的形成有关. 另外, 本组资料还表明腹膜转移与肿瘤部位、大小和分化程度密切相关. 中下1/3和瘤体直径 ≥ 5 cm的胃癌易发生腹膜转移. 组织学类型及分化程度以低分化胃癌(低分化腺癌、印戒细胞、低分化黏液癌)多见, 占81.6%.

近年来, 随着对胃癌生物学行为研究的深入, 胃癌外科治疗已进入既扩大、又缩小的合理化新阶段, 但是如何有效治疗胃癌腹膜转移是胃癌治疗领域极富挑战性的难题, 也是进一步提高进行期胃癌手术效果的关键. Yoshikawa *et al*^[2]报道128例胃癌腹膜转移患者总中位生存时间为188 d. 行手术切除患者的中位生存时间(259 d)明显长于行旁路手术和剖腹探查术者(中位生存时间分别为173 d, 108 d). 多因素分析认为CT检查发现第2或第3站淋巴结转移、远处转移、腹水和术后全身情况是影响预后的主要因素. 本组76例胃癌腹膜转移行手术切除58例, 手术切除率为76.3%. P3和合并腹水是影响手术切除的2个主要因素. 生存分析显示行手术切除患者的中位生存时间(15.1 mo)明显长于未切除者(5.9 mo, $P<0.05$). 作者认为对于腹膜已有转移的患者如果全身情况允许, 应力争切除原发病灶的同时尽可能切除腹膜转移肿瘤, 可延长术后生存时间. 腹膜切除术(peritonectomy)是近年来针对胃癌腹膜转移外科治疗提出的一个新概念, 系指对有明显转移灶的腹膜施行区域性腹膜切除, 其适应证为转移性病灶在腹膜分布有限而无肝转移和远处淋巴结转移. 初步临床研究结果表明, 腹膜切除术与常规手术相比, 在治疗腹膜复发和延长术后生存时间方面有较显著改善, 但作为一种

新的术式,其具体操作和要求在不同国家和地区仍有差异,有待进一步探讨和完善,使其标准化和具有可比性。

目前,对胃癌腹膜转移的其他治疗正进行着非常广泛的研究,如化疗、基因治疗、免疫治疗等,但尚处于摸索阶段,疗效尚待评价。Kim *et al*^[3]报道手术切除+术后腹腔温热灌注化疗(IHCP)可以有效地预防和治疗腹膜转移,延长术后生存时间。Nakayama *et al*^[4]最近报道1例行治愈性全胃切除联合腹膜切除的胃癌腹膜转移患者术后应用UFT(300 mg/d)和蘑菇多糖(lentinan, 2 mg/wk)治疗获得长期存活,至今生存已68 mo,仍无复发。Tanaka *et al*^[5]报道细胞间黏附因子1(ICAM-1)转染肿瘤细胞可有效地治疗胃癌腹膜转移。胸苷磷酸化酶(dThdPase)可以促进肿瘤血管生成, Konno *et al*^[6]最新研究发现胃癌腹膜转移dThdPase表达阳性率为76.9%,明显高于未见腹膜转移胃癌的23.1% ($P<0.05$)。研究认为dThdPase促进胃癌腹膜转移的发生,而dThdPase抑制剂的临床应用将有助于抑制胃癌腹膜转移的发生,可改善预后、延长术后生存时间。总之,

综合治疗是今后改善疗效的努力方向。

4 参考文献

- 1 Jansen M, Buchin P, Dreuw B, Fass J, Minkenberg R, Mehning M, Schumpelick V. Prognostic factors for development of peritoneal carcinosis in stomach carcinoma. *Chirurg* 2001;72:561-565
- 2 Yoshikawa T, Kanari M, Tsuburaya A, Kobayashi O, Sairenji M, Motohashi H, Noguchi Y. Should gastric cancer with peritoneal metastasis be treated surgically? *Hepatogastroenterology* 2003;50:1712-1715
- 3 Kim JY, Bae HS. A controlled clinical study of serosa-invasive gastric carcinoma patients who underwent surgery plus intraperitoneal hyperthermo-chemo-perfusion (IHCP). *Gastric Cancer* 2001;4:27-33
- 4 Nakayama H, Aoki N, Hayashi S, Wakabayashi K, Karube H, Ogata H, Aoki H, Sakamoto N, Masuda H, Hemmi A. A case of long survival with UFT and lentinan treatment in a patient with peritoneal metastasis of gastric carcinoma. *Gan To Kagaku Ryoho* 2004;31:241-243
- 5 Tanaka H, Yashiro M, Sunami T, Ohira M, Hirakawa YS, Chung K. Lipid-mediated gene transfection of intercellular adhesion molecule-1 suppresses the peritoneal metastasis of gastric carcinoma. *Int J Mol Med* 2002;10:613-617
- 6 Konno S, Takebayashi Y, Higashimoto M, Katsube T, Kanzaki A, Kawahara M, Takenoshita S, Aiba M, Ogawa K. Thymidine phosphorylase expression in gastric carcinoma as a marker for metastasis. *Anticancer Res* 2003;23:5011-5014

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2004 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

肠系膜上动脉栓塞2例

张宗明, 邢海林, 李英杰, 龚 凯, 韩洪杰, 徐卫国

张宗明, 邢海林, 李英杰, 同济大学附属同济医院普外一科 上海市 200065
龚凯, 同济大学附属同济医院普外二科 上海市 200065
韩洪杰, 徐卫国, 同济大学附属同济医院放射科 上海市 200065
项目负责人: 张宗明, 200065, 上海市新村路389号, 同济大学附属同济医院普外一科。zhangzongming@yahoo.com
电话: 021-56051080 传真: 021-66366080
收稿日期: 2004-05-07 接受日期: 2004-06-17

摘要

目的: 探讨提高肠系膜上动脉栓塞(superior mesenteric arterial embolism, SMAE)诊治水平的方法。

方法: 通过对本院近期2例术中发现广泛小肠、右半结肠呈紫黑色而不宜行肠切除的SAME患者的诊治体会, 结合文献, 对其病因、临床表现、诊断、治疗进行分析, 重点探讨其治疗方法。

结果: 1例术后给予尿激酶溶栓、吉派林抗凝治疗2 wk, 对比肠系膜上动脉造影发现治疗后肠系膜上动脉主干及主要分支再通, 治愈出院, 迄今随访近2 mo, 健康; 另1例术后未给予溶栓、抗凝治疗者49 h后死亡。

结论: 对于SAME治疗, 如果术中发现广泛肠管发绀而不

宜行肠切除, 术后积极溶栓、抗凝治疗可能起到奇迹般的治愈作用。

张宗明, 邢海林, 李英杰, 龚凯, 韩洪杰, 徐卫国. 肠系膜上动脉栓塞2例. 世界华人消化杂志 2004;12(9):2243-2245

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/12/2243.asp>

0 引言

肠系膜上动脉栓塞(SMAE)是一种较罕见的急腹症, 发病急, 病情进展迅速, 症状、体征不典型, 误诊率、死亡率很高。对术中发现广泛肠管发绀而不宜行肠切除的SAME患者, 治疗十分棘手, 近期我院收治2例, 现结合文献做初步探讨。

1 病例报告

例1男, 74岁, 因中上腹阵发性剧烈疼痛2 d入院。既往有风湿性心脏病、高血压、房颤病史6 a。查体: T 37℃, P 82次/min, R 20次/min, BP 23/12 kPa, 神志清楚, 双肺未闻及罗音, 心率110次/min, 律不齐, 心音强弱不等, 腹平软, 中上腹轻压痛, Murphy征阴性,