金属卡环的外露，颜色逼真、自然，与邻牙协调，满足了患者对美观的要求。但是双套筒冠义齿制作复杂，价格贵，大多数病人目前还承受不起；另外套筒冠义齿修复对患者牙周健康维护意识和措施要求高，本研究中9颗失败者一个最重要的原因就是因为患者牙周卫生维护不力所致。

参考文献：

[1] Langer Y, Langer A. Tooth-supported telescopic prostheses in compromised dentitions: a clinical report[J]. J Prosthet Dent, 2000, 84(2): 129-132.

[2] Kalsson G, Teiwik A, Lundstrom A, *et al*. Costs of periodontal and prosthodontic treatment and evaluation of oral health in patients after treatment of advanced periodontal disease[J]. Community Dent Oral Epidemiol, 1995, 23(3): 159-164.

[3] Saito M, Miura Y, Notani K, *et al*. Stress distribution of abutments and base displacement with precision attachment-and telescopic crown-retained removable partial dentures[J]. J Oral Rehabil, 2003, 30(5): 482-487.

[4] 张富强，杨宠莹，薛 森，等. 缓冲圆锥型套筒冠可摘义齿的支持组织应力研究[J]. 上海口腔医学, 1997, 6(1): 10-13.

[5] 陈小晖，程祥荣，钱 勤，等. 套筒冠义齿用于牙周病患牙的生物力学研究[J]. 华中科技大学学报(自然科学版), 2003, 31(12): 96-99.

[6] 张月兰. 可摘式覆盖义齿37例远期疗效观察[J]. 郑州大学学报(医学版), 2003, 38(3): 472-473.

(编辑 汪勤俭)

文章编号：1000-5404(2005)19-1987-01

个案与短篇

联合胰腺切除加温热低渗腹腔灌洗化疗治疗进展期胃癌46例分析

Combination of radical gastrectomy and pancreatectomy followed by intra-abdominal chemotherapy with heated hypotonic infusion for progressive gastric cancer

范 平 (广西壮族自治区南溪山医院普通外科，桂林 541002)

本院从1993年1月至1999年12月对46例侵犯胰腺的进展期胃癌施行联合胰腺切除并温热低渗腹腔灌洗化疗，与同期治疗的姑息切除43例比较，经5年随访观察，效果满意，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

联合胰腺切除并温热低渗腹腔灌洗化疗治疗46例，为治疗组，男21例，女25例，年龄34~69岁，平均44岁。临床分期：Ⅲ期35例，Ⅳ期11例。病理类型：腺癌21例，低分化癌15例，粘液癌10例。姑息胃切除手术43例为对照组，男32例，女11例，年龄32~70岁，平均45岁。临床分期：Ⅲ期34例，Ⅳ期9例。病理类型：腺癌19例，低分化癌15例，粘液癌9例。两组资料对比无显著性差异($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

治疗组行胃癌根治(D_2+或D_3)联合胰腺切除：其中19例癌性粘连侵及胰腺被膜和浅表组织者，联合胰腺浅表组织削除，为Ⅰ分组；11例癌侵及胰头、十二指肠、胆总胆下段者，联合胰头十二指肠切除，为Ⅱ分组；16例癌侵及胰体尾、No. 10、No. 11组淋巴结者，联合胰体尾脾切除术，为Ⅲ分组。关腹前，用43 ℃蒸馏水7 000 ml持续灌洗腹腔30 min，吸净。再用MMC 10 mg，5-Fu 500 mg溶入45 ℃ 1 000 ml生理盐水中，保留腹腔化疗，术后第1天开放腹腔引流管放出化疗液。对照组施行姑息性单纯胃切除。

1.3 统计学方法

采用χ^2检验和t检验。

2 结果

2.1 随访结果

从术后2周开始按MF方案全身化疗，并进行随访，见表1。

表1 两组1、3、5年生存情况[例(%)]

组别	例数	1年生存	3年生存	5年生存
治疗组	46	35(76.1)	19(43.1)	13(28.3)
Ⅰ分组	19	16(84.2)	9(47.4)	7(34.8)
Ⅱ分组	11	8(72.3)	4(36.4)	2(18.2)
Ⅲ分组	16	11(68.5)	6(37.5)	4(25.0)
对照组	43	31(74.4)	7(16.3)	2(4.7)
P值		>0.05	<0.05	<0.05

2.2 术后并发症

治疗组近期并发症8例(17.4%)膈下脓肿2例，肺炎1例，胸腔积液2例，切口裂开1例，切口感染2例。对照组近期并发症6例(14.0%)，切口感染2例，肺炎2例，肠粘连1例，切口裂开1例。所有病例均无吻合口瘘，无手术死亡。两组对比，术后并发症发生的差异无显著意义($P>0.05$)。

3 讨论

胃癌病灶、受侵器官及相关的淋巴结群的整块切除是近年来对胃癌手术根治性的认识。当胃癌侵犯胰腺时，只有将受累

(下转1989页)

作者简介：范 平(1964-)，男，广西壮族自治区桂林市人，副主任医师，主要从事胃肠肿瘤方面的研究。电话：(0773)3840967

收稿日期：2004-11-28；修回日期：2005-07-28

干后置管得到大鼠肠淋巴液，以后国内外均有学者在他的基础上改进，如 Edwin 通过将肠淋巴管剪开，让淋巴液流入腹腔，再用海绵吸出淋巴液，或收集切除了肠系膜淋巴结的大鼠胸导管（the thoracic ducts of mesenteric lymphadenectomized rats，XTDLs）淋巴液进行研究[3]；天津张静等[4]自制金属针引流淋巴液；第三军医大学彭毅志等[5]成功制成肠淋巴瘘模型。这些学者在动物模型制作过程中，除部分需自制工具、先期对大鼠实施手术外，均强调要分离肠淋巴干，而分离过程对手术技巧要求极高，普通研究者很难顺利完成。

本组人员均有从事普通外科或动物实验 10 余年的资历，按上述文献报道方法操作能顺利引流肠淋巴液的大鼠不足 50%（9/20），而且需两人协作。一是因为淋巴管本身是由多层上皮细胞构成，壁薄、易碎，不易无损伤分离出来；二是因为肠淋巴干与肠系膜上动脉距离近，有些分支缠绕动脉，分离时肠系膜根部易出血，开始收集的淋巴液会含血液成分，分离中和分离后大鼠血压等生命体征有较大波动，难以立即进行下一步的实验，增加了实验不确定因素。据此我们对手术方法进行了改进，主要强调两点：①不分离肠淋巴干；②改结扎固定使用 ET 医用胶固定。通过改进置管成功率在 80%（33/40）左右，顺利收集 SD 大鼠体克前后的长达 6 h 的肠淋巴液，满足实验要求。一位普通实验员只需 20 min 就可顺利置管引流，甚至在大鼠休克后肠淋巴干不清楚的情况下同样可以引流淋巴液，而且肠系膜根部可以完全无出血，大鼠生命体征无明显变化，可直接进行后续的实验。肠淋巴干收集部分空肠、全部回肠、近端 1/3 结肠的淋巴回流，淋巴液量、所含成分同动物全身状态、肠道局部血流量、肠内容物多少密切相关，实验中发现大鼠肠淋巴液在补液、失血、引流、进食等处理后流量和所含物质的浓度均有较大的变化，因此本实验只给出正常大鼠置管后第 1 小时内淋巴液量（0.78 ml/h，与彭毅志等[5]报道的 14～19 ml/d相近）及所测总蛋白、总胆固醇及甘油三酯的值。其它病理生理情况下的改变有待进一步研究。

关键词：肠淋巴液；引流；大鼠

中图法分类号：R-332　　文献标识码：B

参考文献：

[1] Deitch E A, Adams C, Lu Q, *et al*. A time course study of the protective effect of mesenteric lymph duct ligation on hemorrhagic shock-induced pulmonary injury and the toxic effects of lymph from shocked rats on endothelial cell monolayer permeability[J]. Surgery, 2001, 129(1): 39－47.

[2] Bollman J L, Cain J C, Grindlay J H. Technique for the collection of lymph from the liver, small intestine, or thoracic duct of the rat[J]. J Lab Clin Med, 1948, 33(7): 1349－1351.

[3] Deitch E A, Shi H P, Feketeova E, *et al*. Hypertonic saline resuscitation limits neutrophil activation after trauma-hemorrhagic shock[J]. Shock, 2003, 19(4): 328－333.

[4] 张　静，刘艳凯，姜　华，等. 肠淋巴液对大鼠血压的影响[J]. 生理学报，1997，49(4)：433－438.

[5] 彭毅志，肖光夏，马　利，等. 大鼠肠淋巴瘘的制作[J]. 第三军医大学学报，1995，17(5)：420.

（编辑　薛国文）

（上接 1987 页）

的胰腺切除，才能达到根治的目的[1]。近年来，胃癌联合胰腺切除手术逐渐增多，而且取得了较好成绩。詹文华[2]报道 14 例胃癌联合胰头十二指肠切除的 1、3 年生存率分别为 60.9% 和 36.5%。万远廉等[3]介绍 69 例胃癌联合脏器切除（其中胰十二指肠切除 5 例，胰体尾脾切除 14 例）的 5 年生存率达 34.1%，均明显高于姑息组。我院积极开展联合脏器切除术，46 例进展期胃癌联合胰腺切除 1、3、5 年生存率分别为 76.1%、41.3%、28.3%。远期生存与临床分期、根治程度有关，其中 19 例分期较早，癌肿仅侵犯胰腺浅表组织者，行联合脏器根治术后愈后较好，1、3、5 年生存率达到 84.2%、47.4%、34.8%。施行胃癌联合胰腺切除手术，掌握好适应证非常重要，我们控制的标准有两条：①进展期胃癌侵及胰头或胰体尾，而无远处转移（左锁骨上淋巴结转移、血行转移和腹腔种植）。②身体状态良好，无心肺肝肾等重要脏器病变。对年老体弱营养较差者列为手术禁忌。本组病例均严格按上述原则进行。

陈峻青[4]研究认为：43 ℃低渗液将癌细胞浸泡 20 min 可使癌细胞失活。李景武[5]研究认为腹腔化疗是消灭腹腔内游离癌细胞，预防和减少胃癌复发的最佳方法。同时，温热和化疗有明显协同作用。据此我们把这两种疗法结合，应用到胃癌根治术中。经临床 5 年观察，治疗组 1、3、5 年生存率均高于对照组，其中 3、5 年生存率明显提高（$P<0.05$）。

本组病例少，需进一步积累病例并进一步观察疗效。我们认为联合胰腺切除并温热低渗腹腔灌洗化疗治疗进展期胃癌值得尝试。

关键词：胃肿瘤；胰腺切除术；腹腔灌洗

中图法分类号：R735.2　　**文献标识码**：B

参考文献：

[1] 张雪峰，宗修锟，蒋会勇，等. 胃癌侵及胰腺的外科治疗[J]. 中华胃肠外科杂志，2003，6(2)：82－84.

[2] 詹文华. 胰十二指肠切除术在进展期胃癌的应用[J]. 中国实用外科杂志，2001，21(7)：398－399.

[3] 万远廉，刘玉村，何坚强，等. 脏器联合切除治疗 T4 期胃癌 69 例分析[J]. 中华外科杂志，2003，41(8)：594－596.

[4] 陈峻青，王舒宝，徐惠绵，等. 胃癌根治切除并温热低渗液腹腔灌洗的疗效分析[J]. 中华医学杂志，2001，81(12)：730－732.

[5] 李景武，梁　寒. 胃肠恶性肿瘤的腹腔化疗[J]. 国外医学肿瘤学分册，2003，30(5)：378－381.

（编辑　薛国文）