维普资讯 http://www.cqvip.com

3 讨论

3.1 切口改进

进展期贲门癌手术切除难度大，探查机率高，对切除可能性判定尤为重要。术前CT检查对贲门癌大小、周围浸润情况、淋巴结转移情况有一定帮助。但对腹腔癌播散性粟粒性小结节发现机率不高，对癌肿浸润深度及是否已无法切除较难做到准确估计。特别是在基层医院CT读片经验不足的情况下，手术探查尤为重要。如果经左胸后外侧切口径路则需切开膈肌方能清楚探查贲门癌浸润转移的情况，对探查后不能切除者切口创伤较大。如果经左上腹旁正中切口探查，明确贲门癌能切除后，经第7肋间形成"Y"形胸腹联合切口，亦有手术切口较大问题。本文对切口进行改进，术前标定切口线经第7肋间形成一直线，手术时取30～45°右斜卧位，先切开肋弓下标定切口线的腹部部份，一般长约8～10 cm可满足对腹腔的探查，对贲门癌切除可能性进行准确判定。对能切除者延长切开切口线之胸部部份，使形成的胸腹联合切口呈"/"形。本文认为胸腹联合切口可为贲门癌切除提供良好的术野显露，对淋巴结清扫和切除彻底性均更有利，与檀振波[2]的观点相似。本文对切口的改进对贲门癌经探查后不能切除者勿需开胸者，具有减小创伤，缩短切口的优点。

3.2 淋巴结清扫

淋巴结转移是影响术后生存率最重要的因素，它与癌肿浸润深度、大小、病理类型密切相关[3]。本组进展期贲门癌患者以腹部淋巴结转移为主，淋巴结转移发生率76%，第一站淋巴结转移发生率最高，当癌肿侵及浆膜和侵及邻近器官时第二站淋巴结和第三站淋巴结转移率均明显增高。癌肿浸润深度是影响淋巴结转移最重要的因素，对相关淋巴结进行清扫，是影响术后疗效的关键。对进展期贲门癌进行淋巴结清扫应常规采用D_2、D_{2+}或D_3术式[3-4]。本文认为进展期贲门癌根治术中沿腹膜后腹腔动脉干及其分支胃左动脉干周围解剖清扫疏松结缔组织使其"骨骼化"，是淋巴结清扫非常重要的步骤。当肿瘤侵及浆膜外，脾门淋巴结转移明显增高，此时切除脾脏有助于脾门淋巴结清除的贲门癌整块切除。对NO5、NO6组淋巴结转移者和癌肿浸透浆膜者行全胃切除，以及对NO10、NO11组淋巴结转移或可疑转移者联合脾脏切除，可提高淋巴结清扫的彻底性[1,3]。

3.3 联合脏器切除

进展期贲门癌常向胰体尾及脾门等处转移、浸润和粘连，使贲门癌的切除及淋巴结清扫均产生困难，有的病例因此而放弃手术治疗。本组58例患者中有11例癌肿与胰体尾浸润粘连除4例与腹腔动脉、腹主动脉周围浸润冻结，其中2例伴有腹膜粟粒样转移结节外，均通过联合脾脏、胰体尾切除（其中1例附加左肝外叶、2例附加横结肠切除）而将肿瘤整块切除并作彻底淋巴结清扫。本文认为对进展期贲门癌与胰体尾浸润粘连者术前常难准确估计切除可能性，对浸润呈非冻结状，腹腔动脉、腹主动脉浸润不重，淋巴结转移情况尚能切除清扫者，首先从脾脏外侧切开脾肾韧带经腹膜后将脾脏、胰体尾松动游离，然后游离清扫腹腔动脉周围疏松结缔组织，即能准确把握。联合脏器切除能明显提高进展期贲门癌切除率[5]。

本组患者于术中常规经鼻、残胃放置空肠营养管，并于术后48 h开始灌注要素饮食进行肠内营养。肠内营养对改善患者术后一般情况、营养状况，缩短术后负氮平衡期，防止吻合口瘘有重要的意义。

[参考文献]

[1] 徐惠绵. 进展期胃上部癌淋巴结清扫及胃切除范围[J]. 中国实用外科杂志, 2001, 21(7): 394－396.

[2] 檀振波，肖其海，翟同善，等. 经胸与胸腹联合切口治疗贲门癌结果比较[J]. 中国肿瘤临床, 2000, 27(9): 699－700.

[3] 王振宇，鲁 翀，徐惠绵. 胃上部癌淋巴结转移规律及其在外科治疗中的应用[J]. 中国实用外科杂志, 2002, 22(10): 611－612.

[4] 潘常青，薛延庆，彭志海，等. 进展期胃近侧癌的淋巴结转移和手术治疗[J]. 中国实用外科杂志, 2000, 20(10): 608－610.

[5] 黄国俊，吴英恺. 食管癌和贲门癌[M]. 上海：上海科技出版社, 1990. 272.

（编辑：余汇洋）

离心机转速的写法及相对离心力的正确表示

有的作者将离心机转速用rpm表示，这已是非法定单位写法了。正确的写法是：当低速离心时用r/min表示；当高速或超速离心时用相对离心力"×g"表示，g是斜体，前面是乘号。

（本刊编辑部）