维普资讯 http://www.cqvip.com

肾实质,但肾门及肾血管与神经母细胞瘤紧密粘连,切除原发瘤时须一并切除肾脏,本组一例将肾脏切除,如肿物不能完整切除则应在安全范围内尽量切除,并取淋巴节活检以便分期,术后予以放疗及化疗,但效果不肯定。成人肾上腺神经母细胞瘤的预后比婴幼儿的差,原位杂交显示N-myc癌基因表达者预后差[4]。Ghosh等报道成人肾上腺神经母细胞瘤5年生存率为30%。

[参考文献]

[1] 董郡. 病理学[M]. 第2版. 北京:人民卫生出版社,1996. 788.
[2] 吴阶平. 泌尿外科学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 1993. 1011.
[3] 刘彤华. 诊断病理学[M]. 北京: 人民卫生出版社,1994. 360.
[4] Cohen PS, Seeger RC, Triche TJ, et al. Detection of N-myc gene expression in neuroblastoma tumors by in situ hybridization[J]. Am J pathol, 1988,131(3): 391 - 397.

(编辑:文 灿)

180例大肠癌诊治体会

Experience in diagnosis and treatment of 180 cases of large intestine carcinoma

刘世杰,刘洪荣,任艳君
(鞍山钢铁公司立山医院,辽宁 鞍山 114032)

[关键词] 大肠癌;治疗;体会
[中图分类号] R735.35;R735.37 [文献标识码] B [文章编号] 1672 - 5042(2004)03 - 0177 - 02

本文对1997年至2003年间收治的280例大肠癌(其中结肠癌116例,直肠癌64例)进行回顾性总结分析,认为该病在消化系统中仅次于胃癌,手术是首选治疗方案。结合文献复习作者总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组180例,其中男性占112例,女性占68例。发病年龄25~85岁,以50岁以上多发。发病时间距就诊时间最短15 d,最长2年。

1.2 肿瘤发生部位

结肠癌:回盲部30例,升结肠部26例,肝曲部9例,横结肠部6例,脾曲部7例,降结肠部4例,乙状结肠部34例;直肠癌64例。

1.3 症状及体征

表1 180例大肠癌的临床表现

症状体征	贫血	肠梗阻	腹痛	包块	腹泻	粘液便	粘液血便	血便
例数	130	15	258	62	39	46	58	74
百分比	47	5.4	92	20.7	10.8	16.4	20.6	25.4

1.4 辅助检查

血红细胞和血红蛋白表现不同程度贫血者共125例。对117例进行X线钡剂灌肠,结果与手术符合率达55.4%,其中有3例被误诊为肠套叠,16例被误诊为回盲部结核,4例被误诊为结肠息肉,13例被误诊为慢性阑尾炎,另有2例未发现异常改变。对248例进行电子纤维结肠镜检查除1例被误诊为结肠息肉外,其余247例完全与手术相符合,符合率达98%。

1.5 手术方式

本组有15例并发肠梗阻手术,术中有8例因为肿瘤发生腹腔转移不能做根治性手术,改做肠造瘘,其余手术切除方式如下:结肠癌右半结肠切除术52例,左半结肠切除术39例,横结肠切除术7例,乙状结肠切除术11例。直肠癌行腹会阴联合直肠癌根治术,左侧腹壁肠造瘘术(Miles术)30例,经腹腔直肠癌切除术4例,拉下式直肠癌切除术28例。

2 结果与讨论

2.1 大肠癌的早期诊断和治疗术式选择

当前由于医学科技的发展对大肠癌诊断措施也不断创新,其中以电子显微镜检查比较先进,实践证明此检查无论直视还是取活检对大肠癌的诊断阳性率较高,结果与手术符合率达98%。作者认为对大肠癌的早期诊断除了根据病人的自觉症状外(如排便习惯的改变、腹痛和便血等)还要进行电子显微镜、结肠镜检查,这样做能使诊断率更高。对大肠癌的治疗仍以手术为主,因为手术不仅切除了肿瘤,同时还可靠地阻断了从血液和淋巴转移的途径进而达到根治。但是由于肿瘤生长部位不同,手术选择的方式也不同,从本组资料看,以右半结肠切除,左半结肠切除,Miles手术和拉下式直肠切除术比较多,个别因肿瘤已广泛性转移只好做肠造瘘术[1-2]。由此可见,大肠癌的早期诊断与治疗十分重要。对直肠癌的手术,以往很多病

[收稿日期] 2004 - 02 - 18 [修回日期] 2004 - 03 - 19

维普资讯 http://www.cqvip.com

例都选择了 Miles 手术，这种术式虽然能达到根治，但由于粪便的改道给病人带来许多生活和工作上的不便和精神上的巨大痛苦，一些病人和家属也不愿接受这种手术方式，特别是随着物质文化生活水平的提高，对手术的要求不但要术后生存时间长，还要提高生存质量。手术术式的选择应是既能彻底的切除肿瘤，又能使病人获得比较满意的肛门括约肌功能。拉下式直肠癌根治术颇受病人欢迎，实践证明这种术式简单，不需要做结肠造瘘，保留肛门接近生理功能，有助于手术后排便功能恢复和护理，大大延长了病人的生存时间[3]。

2.2 大肠癌根治手术注意的问题

结肠具有肠壁薄，肠腔大，血液循环差，肠腔内粪便含细菌多的特点，其吻合口愈合差，一旦发生吻合口瘘，极易发生腹腔感染。因此，除术前充分做肠道的消炎清洁外，术中操作力求轻柔，注意切除肠断端的保护，吻合时应注意缝线的深度和紧密度。结肠腔内径大，吻合口不易发生狭窄，所以吻合时最好采用三层缝合比较牢靠（一次全层，两次浆肌层加强）这样做可加大浆肌层的接触粘连面积促进愈合。本组病历术后无一例发生吻合口狭窄和瘘，平均住院日为 21.2 d。对直肠癌的根治，无论选择那一种术式都应注意游离乙状结肠的长度要充分，保留好肠管的血液循环供应，使肠造瘘或拉下的肠管无张力，一般脱出腹壁或肛缘 5.0 cm 左右，肛门成形时可防止肠管回缩。此外，还应做好充分的扩肛。本组 15 例术后发生肛门狭窄，后经反复多次扩肛好转。

2.3 大肠癌手术根治辅以化疗

由于临床上所见到的大肠癌病人早期甚少，绝大部分为中晚期，手术治疗虽是首选方法，但是单纯手术的疗效是不够令人满意的，术后进行辅以化疗，其疗效将会更好，这样可以杀灭病人体内的微小病灶，最终达到治愈。化疗方案以 FEM 方案（联合用药，DDP, 5-FU. EPI, MMC）和 DF 方案（DDP 和 5-FU）疗效甚好，其五年成活率达 28%，十年成活率达 10% 左右。

[参考文献]

[1] 靳明林，石 彦，蔡志明. 结直肠癌与淋巴结转移的关系[J]. 第三军医大学学报，2003，25(13)：1194－1196.
[2] 郭 杰，王 徽，王 辉，等. 直肠癌淋巴结转移规律的研究：附 138 例临床分析[J]. 实用肿瘤学杂志，1998，(1)：32－35.
[3] 韩方海，吴凌云，孙争文. 低位直肠癌保肛手术的可行性探讨[J]. 普外临床，1996，11(3)：169－171.

（编辑：蒋登金）

肺癌的影像学诊断

Radiological diagnosis of lung cancer

付 平[1]，肖 湛[1]，何远宇[1]，单素平[1]，郝 伟[2]
（1. 鞍山钢铁集团公司立山医院 CT 科，辽宁 鞍山 114032；2. 鞍山钢铁集团公司弓长岭矿业公司职工医院 CT 科，辽宁 辽阳 111007）

[关键词] 肺癌；影像学；诊断
[中图分类号] R734.2；R445 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2004)03－0178－02

肺癌的诊断一直是影像学诊断的一个难题，CT、MRI 和正电子发射扫描（PET）在肺癌诊断中都取得了很大的进步，但目前 CT 仍然是主要的检查手段。CT 扫描方法包括动态扫描、快速连续扫描、高分辨成像及多平面图像重建等。近年来 CT 增强扫描已成为孤立性肺结节（SPN）定性诊断的一个重要手段。CT 增强扫描可显示病灶异常血循环特点，最大增强 CT 值作为判断病灶血供丰富与否的主要依据，但缺乏动态定量和图像细微分析，对提高病灶鉴别诊断的准确率帮助不大。增强 CT 动态扫描不仅有 CT 值增高程度变化，而且有动态及形态学方面的改变，后者对肺癌鉴别诊断和类型判断有更重要意义。

1 强化程度

局限性良、恶性病变的血管情况有明显的不同，恶性病变富于新生血管多趋于强化。一般认为 SPN 的强化程度与其直径大小无关，而与其组织学类型有关。增强值的大小是 SPN 定性诊断的一个重要依据。刘士远等[1]认为肺癌增强的幅度及模式与其血供以及微血管密度（MVD）有关。采用动态 CT 增强的方法，将图象与病理进行对照研究，发现周围型肺癌都有强化效应，增强的程度与肿瘤内小血管（0.02～0.10 mm 直径）的数量呈正相关。肿瘤间质内弹性纤维的分布状态与肿瘤增强也有相关性。动态增强在鉴别周围型非小细胞肺癌与其它良性肺结节中有意义。

2 强化类型

增强扫描结节的强化类型，可反映结节的内部结构和血供情况。由于周围型肺癌和结核球其病理基础不同，因而其强化方式及强化程度也不同。结核瘤是纤维组织包裹的干酪样坏死物，中心坏死无强化，纤维包膜如血管丰富则表现为包膜样强化。完全或周围强化是肺癌的主要强化形态，肿瘤组织内血流丰富呈完全强化，不同组织学类型的肺癌强化形态亦有差

[收稿日期] 2004－03－20 [修回日期] 2004－04－20