维普资讯 http://www.cqvip.com

成脑缺血、脑卒中的三大要素[7]，对其中任何环节的干预，势必影响病情的发展和预后。从本文资料可以看出，灯盏花素注射液，对血液流变学及血管因素均是有利影响，不但改善血液黏度，降低血 Fibg，抑制血栓形成，而且降低 IR，增强红细胞变形能力，有利于缺血脑组织对氧的提取利用。已公认高脂血症是动脉硬化脑梗死的独立危险因素，目前认为低密度脂蛋白的增高和高密度脂蛋白的降低，影响中风的发展。研究表明，高脂血症能促进动脉硬化形成。而灯盏花素注射液能降低血 Chol 及 TG，并提高 HDL 水平，从而可预防梗死发生，改善预后。与丹参比较，灯盏花素降低 TG 的作用较强，而丹参提高高密度脂蛋白作用更明显些，其药理学机制有待于进一步研究。本文资料显示，灯盏花素注射液能显著改善脑梗死病人 rCBF，中央部最为明显。根据药理学研究，灯盏花素注射液能扩张血管，增加血中 cAMP 含量，从而增加 rCBF，改善微循环。因此，治疗后顶、中央 rCBF 明显增加，与文献报道一致。

小结：本研究结果表明，1、灯盏花素注射液治疗急性脑梗死在起效时间及治疗有效率方面均明显高于丹参注射液。2、药理学研究表明灯盏花素注射液具有显著改善脑梗死患者血液流变学情况、增加脑血流量，改善微循环，降低血管阻力和抗血小板凝集，促进纤溶活性等功能，并且以上作用优于复方丹参注射液。对缺血性脑血管疾病有积极的预防和治疗作用。

参 考 文 献

1. 匡培根. 缺血性脑血管病的治疗进展. 国外医学脑血管病分册，1994，2：30.
2. petty GW, Survial and recurrence after first cerebral infection. Neurology, 1998, 50：208.
3. 郭淑贤. 中药灯盏花及其同属部分植物的研究概况. 中成药研究，1987，8：30.
4. 张路平. 灯盏花注射液治疗不稳定心绞痛 39 例. 临床荟萃，1996，11(22)：1050.
5. 范华昌. 云南灯盏花注射液治疗脑血栓形成 345 例临床疗效及毒副反应观察. 中成药，1993，7：37.
6. 乔香兰. 灯盏花素改善脑梗死病人血液流变学、甲皱襞微循环的临床研究. 第二届灯盏花素注射液应用研讨会论文集，1998. 46.
7. 史玉全，主编. 实用神经病学. 上海：上海科学技术出版社，1994. 619.

（收稿日期：2002-05-16）

切断精索疝修补术治疗 18 例老年腹股沟斜疝

李银良* 黄凤瑞* 孙学军* 褚海波* 韩殿冰*

老年人患腹股沟斜疝并非少见，疝修补术的方式很多，但多存在着一些复发因素。本院自 1988 年 10 月至 1998 年 12 月采用切断精索疝修补治疗 18 例老年较大腹股沟斜疝和复发疝，效果较好，现报告如下。

一、资料与方法

1. 临床资料：本组 18 例均为男性，年龄 60～76 岁，平均 66.5 岁。病程 8 个月～26 年。疝位于右侧 14 例，左侧 4 例，其中 2 例曾行双侧疝修补术，复发疝 4 例，合并高血压 1 例，慢性支气管炎 1 例，冠心病 1 例。

2. 手术方法：常规麻醉及选择切口，切开皮肤、腹外斜肌腱膜后，再将提睾肌及精索内筋膜纵行切开，找到疝囊，切开疝囊，以手指探查腹壁下动脉的位置，并注意有无并存的股疝、直疝。剥离疝囊并高位结扎。游离精索，在内环口及外环口处横断精索，两端双重结扎。将联合腱和腹内斜肌腱膜缝合于腹股沟韧带上，腹外斜肌腱膜外侧叶重叠缝合于内侧叶上，内侧最后一针缝合固定于耻骨结节上，缝合关闭内环口及外环口，缝合皮下组织及皮肤，手术完毕。

二、结果

全组 18 例，术后 17 例患侧睾丸轻度肿大，轻微疼痛；有 1 例术后睾丸肿大较明显，经理疗等对症治疗，20 d 后逐渐消退。术后 7～9 d 拆线，切口均Ⅰ期愈合。术后随访 6 月～8 年，16 例患侧睾丸萎缩不明显，2 例萎缩较明显，疝无一例复发，无第二性征改变。

三、讨论

睾丸及附睾由睾丸动脉、输精管动脉及提睾肌动脉分布。睾丸动脉从睾丸后缘进入，营养睾丸和附睾。输精管动脉自附睾尾进入，并与睾丸动脉相吻合。提睾肌动脉亦与睾丸动脉相吻合。此外，阴部外动脉和阴囊后动脉均有细支与睾丸动脉及输精管动脉相吻合，因此，临床上在结扎一动脉后，可以建立睾丸侧支循环，而不致收起睾丸缺血坏死[1]。本文采用切断精索疝修补术 18 例，未发生睾丸坏死，因侧支循环的建立，大部分睾丸萎缩并不明显。

在进行腹股沟疝修补时应加强后壁，因老年人腹壁薄弱，经常咳嗽或便秘而致腹内压增高，一般修补容易复发。传统的腹股沟斜疝修补术，其复发率各家报道不一，但一般在 10% 左右[2]。复发的手术原因主要有：(1)疝修补术重建腹股沟管内

* 作者单位：261021 山东潍坊市解放军 89 医院普外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

环口及外环口过大;(2)腹股沟管前后壁修补不完善。采用本方法的优点:(1)切断精索有利于加强腹股沟腹壁防止复发。(2)消除了疝复发的解剖薄弱点,腹股沟斜疝形成和术后复发很大程度上,是因精索穿行于腹股沟管内,而造成腹股沟区腹壁薄弱点,尤其在腹内压增高时引起。本法切除精索后,腹股沟管及内外环口均缝合关闭,消除了腹股沟区薄弱点。有文献报道采用切除睾丸及精索行疝修补术,效果佳[3]。但患者往往在心理上不易接受。

在切断精索行疝修补术时应注意:(1)不要将睾丸拉出阴囊外,防止睾丸扭转;(2)防止切除下端过多精索以免影响睾丸侧支循环。术后及时治疗引起腹内压增高因素,如咳嗽、便秘、排尿困难等是防止老年人腹股沟斜疝术后复发的有利保证。

参 考 文 献

1.韩永坚,刘牧之,主编.临床解剖学丛书.腹.盆部分册.北京:人民卫生出版社,1992.461.
2.Khawaiter SA. Inguinal in Sandi Arabia. Am J Surg. 1985, 149: 691.
3.张兆杰,刘广庆,刘德华,等.睾丸切除在老年性腹发疝患者手术中的应用.中国现代手术学杂志,2000,4(1):35.

(收稿日期:2002-04-24)

胃癌临床病理分析

姜庆久* 魏 秋* 庄 荣*

胃癌是人类最常见的恶性肿瘤,1980年全世界约有67万胃癌病例,占全部恶性肿瘤的10.5%,居首位。我国目前尚无全国性的胃癌发病率统计资料,据上海市胃癌标化发病率统计,男性为47.1/10万~63.2/10万,女性为20.1/10万~24.8/10万,分别占恶性肿瘤第1、2位,历年来发病率基本持平而略有下降趋势[1]。现将本院2001年1月至12月全年胃癌病例报道如下。

一、资料与方法

1.本组83例标本取自本院病理科2001年1月至12月全年门诊及手术室送检标本。其中男性58例,占69.9%。女性25例,占30%,年龄最大者79岁,最小者31岁,50岁以上者60例,约占72.3%。

2.本组83例标本均采用10%甲醛溶液固定、石蜡包埋、常规HE染色。

二、结果

本组83例病例中,发生部位有胃窦部39例,胃小弯19例,胃体部12例,胃大弯8例,贲门5例。本组胃癌病例组织学类型如下:

1.管状腺癌:24例,腺管结构明显,癌细胞呈柱状或立方形。

2.乳头状腺癌:19例,癌细胞向胃腔或扩张的腺腔内生长,形成分枝的乳头状结构,癌细胞为柱状或立方形,多层凌乱排列,核大小不一,分裂像多见。

3.低分化腺癌:18例,腺管结构不明显或几乎没有腺管结构,粘膜层或肌层纤维组织增生明显。

4.印戒细胞癌或粘液细胞癌:9例,各个癌细胞产生多量粘液、显示出印戒细胞的形状、一般没有腺管结构。

5.未分化癌:8例,无腺管结构,癌细胞核大、浓染、分裂像多,弥漫浸润于胃壁组织,无明显癌巢。

6.粘液腺癌:4例,腺癌细胞的粘液产生特别强而显示出粘液结节,在粘液中往往混杂着脱落下来的癌细胞。

7.早期胃癌(粘膜内癌):1例,此例为凹陷型管状腺癌。

三、讨论

胃癌是常见的恶性肿瘤之一,在消化道中占第一位,胃的任何部位都可发生[2]。本组中好发部位依次为胃窦、小弯、胃体、大弯、贲门。我国目前尚无全国性的胃癌发病率统计资料,但估计每年约有近20万新发胃癌,占全部恶性肿瘤发病的17.2%,居首位。胃病的病因十分复杂,目前尚无一种单一因素被证明是人类胃癌的直接病因。有关因素包括诱发胃癌的化学致癌物为多香环香烃类化合物和亚硝基胺类化合物。饮食因素是一组多元因素,受自然地理、气候条件、民族文化风俗、社会经济状态等多种因素影响。幽门螺杆菌感染与人类慢性萎缩性胃炎、胃溃疡及胃癌的关系日益受到重视。有些胃癌患者在直系亲属中、发生胃癌者较多,提示与遗传因素有关。癌前疾病(慢性萎缩性胃炎、胃息肉、慢性胃溃疡等)可发生癌变。胃癌患者年龄多见于50~70岁,但年龄较轻者也可发生,文献上有报道21岁妇女、18岁男子、16岁女子、甚至9岁男孩胃癌病例。男女发病比例为3:1或2:1[2]。本组年龄多见于50岁以上(60例),年龄最小者31岁、最大为79岁,男女发病比例为2.32:1。在胃癌的组织学分类中,管状腺癌24例,乳头状腺癌19例,低分化腺癌18例,印戒细胞癌9例,未分化癌8例,粘液腺癌4例,各类型之间往往存在着移行形态,而且在同一病例的不同部位,甚至在同一切片上、往往可以看到不同组织学类型的癌组织,所以组织学分类主要是以占支配地位的癌组织类

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯大学第一附属医院