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

维普资讯 http://www.cqvip.com

型作为该例的类型。因此，分类的组织学类型是相对的。

参 考 文 献

1. 同济医科大学，中山医科大学，合编. 外科病理学. 武汉：湖北科学技术出版社，1999. 98－102.
2. 刘彤华，主编. 诊断病理学. 北京：人民卫生出版社，1998. 68－72.

（收稿日期：2002－06－25）

螺旋CT三维成像在髋臼骨折诊断及治疗中的作用

辛 圣* 姜 冰** 黄丛春* 蒋志学*

髋臼骨折的类型及分型较复杂，在实际临床中，以往用普通X线平片及常规CT片诊断髋臼骨折基本适用，但在某些特殊情况下，需要明确骨折块的大小，位置及移位的整体情况，应用螺旋CT三维成像技术解决了上述问题，对手术入路和内固定方法的选择起到了很重要的指导作用，自2000年5月－2002年5月，本科收治的16例髋臼骨折手术的病例，均应用螺旋CT三维成像的技术，效果满意。现报告如下。

一、资料与方法

1. 临床资料

本组16例中男12例，女4例，年龄22～58岁，平均35岁，其中多为青壮年男性，几乎是爆裂伤，高处坠落和车祸所致的高能量损伤，按A0分类，A型11例、B型4例、C型1例，其中3例合并内脏损伤，2例合并坐骨神经损伤，4例合并四肢脊柱骨折，2例合并头外伤。

2. 三维成像技术

本组16例入院时均进行螺旋CT三维成像，结合X线平片能更加清楚、精确地确定骨折的类型及骨折块大小、位置，并且根据需要可以从任意角度显示骨盆的整体及局部影像，使诊断和手术入路的选择有了更客观的依据。

3. 手术方法

以后柱骨折为例，取Kocher-Langenbeck入路，逐层进入显露髋臼后柱，清理骨折断端，用髋臼复位器械配合下肢牵引复位骨折，尽可能达到解剖复位，并且重建钢板螺钉固定，合并坐骨神经损伤者，先行分离探查坐骨神经，一期修复。其它类型可采用外侧直切口或髋腹股沟入路，本组有1例采用联合双入路。

4. 术后处理

常规负压引流24～48 h，如不合并下肢骨折，可不需外固定或牵引，主张术后早期被动锻炼（应用CPM支具等）及肌肉主动静力舒缩练习，2周后可扶双拐，但不负重至3～4个月。

二、结果

本组行手术治疗的16例中，随访8～24个月，11例达到解剖复位（移位＜1 mm），术后功能恢复优良。3例复位超过2 mm者，术后轻中度创伤性关节炎（OA），但基本生活自理及从事一般工作，2例粉碎骨折者，功能恢复差，优良率87.5%，其中2例坐骨神经不全损伤者于术后6～8月恢复，本组尚无螺钉误入关节及死亡病例。

三、讨论

1. 髋关节是人体最坚固的杵臼关节，造成髋臼骨折的均为高能量损伤，多为车祸或高处坠落伤[1-4]。

2. 常规骨盆前后位X线片可以从整体上显示骨折所在的大致位置及移位情况，但因髋臼的特殊解剖位置、很多情况下，很难清楚显示骨折线形状及前后位置，这就需要CT扫描，而螺旋CT三维成像就更能准确、立体、直观地显示骨折线位置及骨折碎块的大小及移位情况，能更精确指导手术入路及选择内固定物，并可以从任意角度呈现骨盆的整体情况及很难发现的骨折块。

3. 三维成像的前景，既然CT三维成像，在髋臼骨折得到了很好的利用，那么将其推广对骨盆骨折的其它部位如耻、坐骨支、及骶髂关节骨折的成像，以及骨盆以外的如胫骨平台区复杂骨折等，都将得到广泛的应用。

4. 髋臼骨折的复位是否精确，将直接决定术后髋关节功能的恢复，影响髋臼骨折疗效的因素有[5]：(1)年龄＜45岁；(2)无创伤所致股骨头后脱位；(3)术前牵引使股骨头血运改善，缓解软骨压力；(4)术后残存移位≤3 mm；(5)尽量坚强内固定，以便使髋关节早期活动；(6)防治异位骨化，以免发生Brooker Ⅱ、Ⅳ级病理改变；(7)随访2年未见股骨头坏死影像学证据；(8)无创伤关节表现及渐进性发展趋势。

5. 入路的选择[6]：首先根据骨折的类型选择理想的手术入路，前柱、前壁骨折以及前方移位为主的横骨折，应选用髋腹股沟入路。后柱、后壁骨折应选用K-L入路，双柱T形和前柱合并后半横行骨折，应选择髂腹股沟，延长髂股或双入路。其次根据伤后手术时间选择理想的手术入路，如某些累及负重区的横行或T形骨折、伤后距手术时间在2周以内，应选择髂腹股沟或K-L入路，2周以上者则复位难度显著增加，必须选用双入路或延长髂股入路、对髋臼粉碎严重，无法固定者、可用自体游

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学第二附属医院骨科
** 佳木斯市中医院