维普资讯 http://www.cqvip.com

检：距肛缘8cm直肠右后壁触及一1.0×0.8cm肿块突出于肠腔，表面光滑，无蒂，质硬，无触痛，界清，活动好，指套未染血。行手术局部切除，冰冻切片报告类癌，基底部有散在癌细胞。遂立即行直肠局部扩大切除至肌层，再次冰冻切片未找到癌细胞。免疫组化示：SYN(+)，NSE(+)，CGA(+)，EMA(-)。该患者随访尚只有2月，存活。

二、结果和讨论

类癌是一种神经内分泌肿瘤，主要分泌5-HT，其他还可以分泌血管舒缓素、组织胺、前列腺素、促肾上腺皮质激素，导致阵发性皮肤潮红，水样腹泻，支气管痉挛所致的哮喘，多汗，心瓣膜功能障碍，称类癌综合征。本文中只有两例有类似症状，并且不是很典型，因为直肠在胚胎发育时来源为后肠，后肠来源的类癌细胞多属非亲银性，不产生或较少产生5-HT等物质，既往认为不产生类癌综合征[3]。但近年已有报告[4,5]。

在本文中例3肺、直肠两个部位先后发现类癌，是由转移所致还是原发灶，以及转移的次序，尚待探讨。例1为直肠腺型息肉合并类癌，亦极为罕见，经免疫组化染色：SYN(+)，S-100(+)，特种染色：嗜银纤维染色(+)，均为阳性，又经浙江省病理质控中心确认，确系直肠腺型息肉合并类癌。由此可见，类癌本身就很少见，其病理以及临床表现又很多样和隐匿，有的只有便频和轻微的里急后重感。临床医生须提高警惕。

类癌的诊断目前主要依靠内窥镜，对于低中位的直肠类癌，直肠指检不失为一种简便经济的有效检查方法。本文中有5例是以肛检发现，但因类癌肿块较小，要求术者细心检查，思路要广，指检时与直肠癌相比较，类癌肿块特点是质地较硬韧和光滑，而前者一般肿块较大，呈菜花状，质脆易出血。另外，多发性的直肠类癌亦有报道，术前检查宜细致，以正确指导治疗方案。病理上，除常规HE染色外，嗜银染色，亲银染色，免疫组化染色对于病理上的确诊，极有意义[6]，本文有两例就是靠其最后确定。

直肠类癌的治疗应以手术为主，对于术式的选择，多数学者[6,7]认为肿瘤在小于1cm时，类癌很少发生转移，可以简单的局部切除即可，如肿瘤大于2cm，有肌层侵犯、局部切除或扩大切除术后复发者、多发性直肠类癌者应作根治术。对于直径在1～2cm的肿瘤，目前争议很多，我们认为可以结合冰冻切片，扩大切除局部直肠病变部位，切除肿块周围正常组织2cm，同时取类癌下的肌层组织送病理检查，明确有无受侵，无须行淋巴结清扫术，疗效同样令人满意。本文中有三例肿块大于1cm，即以此处理。

类癌的预后应该说比较满意的，本文除一例失访外，余均存活，最长的6年。但类癌毕竟是一种恶性肿瘤，放化疗效果均不敏感，手术切除为首选治疗方法，因此临床上应慎重对待，及时发现和处理，以免延误治疗时机。

参 考 文 献

1. 汤钊猷，主编. 现代肿瘤学. 上海：上海医科大学出版社，1993. 549.
2. Modlin IM, Sandor A. An analysis of 8305 cases of carcinoid tumors. Cancer, 1997, 79(4): 813－829.
3. Soga J. Carcinoids of the rectum: an evaluation of 1271 reported cases. Surg Today, 1997, 27(2): 112－119.
4. Saegesser F, Gross M. Carcinoid syndrome and carcinoid tumours of the rectum. Am J Proctol, 1969, 20(1): 27－32.
5. Saegesser F, Gross M, Vecerina S. Carcinoid tumors of the rectum and carcinoid syndrome. Rev Med Suisse Romande, 1968, 88(9): 597－609.
6. Soga J. Diagnosis and treatment of carcinoids of the large intestine. Gan To Kagaku Ryoho, 1986, 13(7): 2 318－2 324.
7. 姚鉴琳，单光圻. 中华肿瘤杂志，1992，14(3)：216.

（收稿：2000-10-08）

经膀胱前列腺切除术治疗良性前列腺增生的体会

王 斌* 郭 闯* 李旭明* 李元仲*

良性前列腺增生症（BPH），是老年男性常见疾病之一，其治疗方法很多，在基层医院经膀胱前列腺摘除术仍然是最有效的方法。我科1996年10月～2000年10月用此术式治疗BPH 59例，疗效满意，报告如下。

一、临床资料

本组病例59例，年龄62～78岁，平均68岁，病史3年以上，均有进行性排尿困难，不同程度尿频、排尿等待、尿流变细等。残余尿量80～330ml，平均150ml，42例有1次或多次急性尿潴留发生。镜下血尿31例，肉眼血尿20例，指检前列腺Ⅱ°以上增大，经腹部"B"超，测算前列腺均重于50g。排泄性尿路造影提示上尿路积水2例，膀胱憩室5例，膀胱结石18例。22例尿动力学检查均示前列腺增生，膀胱流出道梗阻。按国际前列腺症状评分（Ⅰ-PSS）20～35分，生活质量评分5分以上。12例伴高血压，3例伴轻度慢性支气管炎。肝功正常，无手术禁忌证。

手术方法：下腹正中切口，在腹壁外纵行切开膀胱前壁，仔细检查膀胱内壁，悬吊膀胱，沿膀胱颈后唇作弧形切口，深达前列腺，将食指伸入切口内，在增生的腺体与"外科包膜"之间游离腺体，到达前列腺尖部尿道，紧贴腺体剪断尿道，剜出前列腺，用热盐水纱布填入前列腺窝压迫5分钟，直视下缝扎或电

* 作者单位：401220 重庆市长寿县医院泌尿科

维普资讯 http://www.cqvip.com

凝止血，拆除悬吊膀胱缝线，从尿道放入F18～22号Foley尿管，导尿管气囊置于膀胱内，并适当牵引尿管，留置膀胱造瘘管。缝合膀胱，耻骨后间隙置烟卷引流条，关腹，术后持续膀胱冲洗2～5天，并给预止血及预防感染等治疗[1]。

二、结果

术后因大出血，再次手术1例；尿道狭窄1例；轻度尿失禁2例；膀胱造瘘管延迟拔出4例。术后平均<7.5分。生活质量评分0～2分57例，5分2例。

三、讨论

耻骨上经膀胱前列腺摘除术是简便、安全、有效的治疗BPH的常用术式，同时可以治疗膀胱内病变如结石、肿瘤、憩室等，但因手术是非直视下进行，对粘连严重及前列腺过小者操作困难，前列腺窝不易暴露，止血较困难[2]，易并发术后大出血，尿道狭窄，尿失禁等。我们认为只要注意以下几点可以预防或减少以上并发症及后遗症，达到良好的治疗效果。

1.把握手术指证：我们认为以下几点可以作为参考：①有明显的排尿梗阻症状，I-PSS>20分，生活质量评分5分以上；②肛门指检前列腺Ⅱ°以上增大；③"B"超等影像学测算增生的前列腺重量超过60g；④尿动力学测定，残余尿>60ml，并提示明显的前列腺段尿道梗阻；⑤前列腺增生合并膀胱内病变[1]。

2.术中注意：①切开膀胱后将膀胱临时悬吊于切口腹直肌前鞘层、降低前列腺窝的深度，利于暴露止血。②剥离前列腺腺体时，食指尖紧贴腺体，防止损伤前列腺"外科包膜"，减少术后出血，及直肠损伤等并发症。③剥离腺体达前列腺尖端尿道时，紧贴腺体，用剪刀剪断尿道，禁忌撕扯。这样可以防止尿道膜部损伤，降低尿道狭窄，及尿失禁的发生。④彻底止血，前列腺动脉从膀胱颈下方5点、7点位置进入前列腺[3]，因此，在剜出前列腺后，在该部位用可吸收线作深层贯穿缝扎，有效止血，防止术后大出血。在止血时，不宜在膀胱颈及前列腺窝内盲目过多缝扎，以避免膀胱颈狭窄。⑤有效隔离前列腺窝：用Foley尿管的气囊将膀胱腔与前列腺窝隔离，防止前列腺窝内的渗血及腺窝内的血块进入膀胱，引起尿管或造瘘管阻塞。气囊内注水25～30ml，以气囊不滑入前列腺窝为宜。

3.术后处理：①术后保持膀胱冲洗通畅，有效镇痛，缓解膀胱痉挛，防止术后继发性出血。术后留置硬膜外麻醉导管48小时，定时硬膜外腔注入小剂量吗啡或留置镇痛药泵，是防止膀胱痉挛最有效的方法[4]。②术后导尿管牵引，应注意力度和时间，男性尿道膜部生理弯曲固定，如果牵引力度过大，时间过长，会压迫该弯曲引起组织变性、坏死，增加尿道狭窄及尿失禁的发生，我们认为术后8小时，如果冲洗液无明显出血，可以逐渐松解牵引。

参 考 文 献

1.愈天麟，金锡御，主编.手术学全集·泌尿外科卷.北京：人民军医出版社，1996.353－360.
2.刘国栋，主编.泌尿外科医师进修必读.北京：人民军医出版社，1999，9：246－248.
3.愈天麟，主编.实用泌尿外科手册.北京：人民军医出版社，1995.26.
4.宋 波，金锡御，熊恩庆，等.硬膜外注射吗啡在前列腺摘除术后的应用.中华泌尿外科杂志.1991，12：452－454.

（收稿：2000-12-04）

·文 摘·

肝总动脉穿过胰实质的解剖变异

Furukawa H, et al

了解肝动脉的解剖变对胰腺肿瘤的外科手术很重要。发自肠系膜上动脉的肝总动脉或右肝动脉是常见变异，根据Michels的解剖分析，前者发生率为4.5%，后者为11%。这些位置变异的动脉通常先从胰头后面经过门静脉侧面，然后从肝总管后外侧进入肝十二指肠韧带右边。我们遇到一例胰腺癌病人，肝总动脉起于肠系膜下动脉，在进入肝十二指肠韧带之前先从胰头实质中穿过。

病例：一71岁男性患者因阻塞性黄疸收入我院，CT显示胰头有一少血管团块，肝外胆管和胰管扩大，一变异的肝总动脉穿过胰头实质，但内脏血管造影显示此肝总动脉起于肠系膜下动脉，胰头无明显血管侵入。开腹后，经触诊和手术证实此血管穿过胰头实质。

讨论：胰腺切除术时因未充分考虑血管变异而导致相当数量的血管损伤。结扎变异的肝动脉可致肝坏死和病人死亡。因此，仔细评价肝和胰周血液供应对降低胰切除术的失败率和死亡率有帮助。当前，CT最常用于壶腹周围肿瘤的诊断和分期，它同时还可以显示许多的肝动脉变异。血管造影虽可使我们了解变异肝动脉的解剖情况，但它不能揭示胰实质内血管的穿过。我们的病例强调了手术前使用CT和USG等手段取得横切面图以了解胰周血管解剖情况。放射科医生和外科医生在胰切除术前不仅要明白血管变异的存在，还要清楚主要血管的位置。

重庆第三军医大学学员旅三队刘进军，王同力摘译，章 玲校

摘译自[Surgery，2000：711]
（收稿：2000-10-12）