维普资讯 http://www.cqvip.com

结肠肿瘤；绒毛状腺瘤；病理；外科手术

局解手术学杂志 1995 年第 4 卷第 1 期总第 13 期

离胆囊，最后再于三角区内显露胆囊动脉和胆囊管。还可以切开胆囊壁，从胆囊腔内将结石取出，最后理清胆囊管与胆总管关系后，常规切除胆囊。或从胆囊腔内探索胆囊管走向，然后进行结扎。在本组 513 例胆囊切除术中，有 464 例采用顺逆结合术式，即先结扎胆囊动脉和胆囊管，然后从底部开始剥离胆囊，最后横断胆囊管。另外，本组 49 例由于炎性粘连严重，胆囊三角区解剖不清，而采用了胆囊颈部结扎术或胆囊切开和胆囊部分切除术，术后同样取得了良好的效果。

在胆囊三角内有关变异的副肝管，手术时应仔细辨认，妥善处理，以免损伤而发生胆汁漏。所以，这就要求术中分离胆囊颈和胆囊管时注意观察有无副肝管存在。对于较粗的副肝管应尽量予以保护，较细的副肝管如影响手术操作，可结扎切断。手术完毕时，应仔细检查三角区有无胆汁渗出。本组手术病例中，有 1 例损伤了副肝管，术后出现了胆汁漏，应引以为戒。

（本文承蒙西安医科大学马兆龙教授审阅，特此致谢）

## 参考文献


1. 冉瑞图，等主编．胆道手术学第 1 版．沈阳：辽宁科学技术出版社 1987：7.
2. 杨则飞，等．胆囊三角解剖 81 例临床观察报告．实用外科杂志 1982：4（7）：199.
3. 河北新医大学编写组．人体解剖学（上册）第 1 版．北京：人民卫生出版社 1977：644.
4. 肖乾虎．预防胆囊切除术中胆管损伤．局解手术学杂志 1993：2（4）：5.


（收稿：1994—11—07）

7—9

# 10 例结肠绒毛状腺瘤并恶变的病理与手术

南京市第一医院外科 郑裕隆 任慧贤

（江苏南京，邮政编码 210000）

R735.35

绒毛状腺瘤易恶变，我院收治结肠绒毛状腺瘤并恶变 10 例，均经手术及病检证实，特简要报道。

## 临床资料

本组男女各 5 例，年龄 19～80 岁，平均 42.4 岁。病理最长 4 年，平均 12.7 月。主要症状为腹泻并粘液血便 7 例，腹痛 6 例，里急后重、食欲减退、贫血各 2 例，腹胀、腹块、恶心呕吐、不排便排气、体重减轻各 1 例。体检示腹部压痛 3 例，触及肿块 2 例。乙状结肠镜及直肠指检发现肿物 6 例。钡灌肠 6 例，见结肠充盈缺损 4 例，狭窄及套叠各 1 例，术中见肿物位于盲肠 2 例，降结肠 1 例，乙状结肠 4 例，乙状结肠及直肠 3 例，单个 7 例，多发 3 例，直径 1.5～6cm，平均 3.8cm。伴盲结型肠套叠并阑尾套叠及乙状结肠扭转各 1 例。作结肠部分切除 7 例，腹会阴联合根治 2 例，结肠造瘘 1 例。病检均示绒毛状腺瘤，其中良性 1 例，间变 1 例，原位癌 2 例，浸润癌 6 例。术后随访良性及间变者术后 8～4 年未见复发，原位癌 2 例术后 1～3 年健在，浸润癌 6 例，其中 1 例术后 6 月转移死亡，1 例 3 年后吻合口肿瘤复发，再次切除后 1 年死亡，1 例术后 8 年健在，2 例半年良好，1 例失访。

## 讨 论

一、病理：绒毛状腺瘤在大肠肿瘤中占 1～3%，多位于下行结肠，距肛门 25cm 以内，约 2/3 发生于直肠，1/3 在结肠，后者 2/3 见于乙状结肠，上行结肠顺次递减，盲肠甚少，OLsen[1] 综合大肠绒毛状腺瘤

维普资讯 http://www.cqvip.com



1330 例，位于直肠 68.8%，乙状结肠 23.4%，降结肠 3.1%，横结肠 1.5%，升结肠 3.2%，多单个，偶数个，瘤体较息肉为大，直径多超过 3cm（0.5～20cm），色灰红，多宽基，仅 10%附短蒂，无蒂者呈菜花状，亚蒂者呈绒球状，附蒂者呈葡萄状，少数可环状生长，易狭窄、梗阻，多数质软，血运丰富，易出血，表面粗糙，含大量绒毛，由许多纤细小乳头及密集绒毛状突起组成，绒毛结构在 75%以上，含分泌细胞较多，能大量分泌粘液致丢失蛋白质、水及电解质（钾、钠、氯等），尤其位于直肠者，位于右半结肠者，其分泌可被重新吸收。

绒毛状腺瘤一般可分为：良性绒毛状腺瘤，包括不典型增生及部分间变；绒毛状腺瘤伴非浸润性癌，包括早期限于粘膜内基底膜上原位癌及侵及粘膜肌层的局灶癌；绒毛状腺瘤并浸润性癌，早期穿透粘膜肌层，但仍保持绒毛状腺瘤特征，晚期几完全变为癌瘤，组织学上绒毛状腺瘤特征消失[2]，Wilson165 例中分别占 57.6%，23.6%。18.7%。癌变率为 30～70%，其中浸润性癌较非浸润性癌为多，较管状腺瘤及管状绒毛状腺瘤的癌变率为高，Coutsoftides[3]综合大肠绒毛状腺瘤 1458 例，癌变率 29.8%，而管状腺瘤 9659 例癌变率 4%。Morson[4]也指出绒毛状腺瘤恶变倾向较管状腺瘤大 5～10 倍，管状腺瘤癌变 4.8%，管状绒毛状腺瘤 22.5%，绒毛状腺瘤 40.7%。恶变率与所含绒毛数量成比例；各部位癌变率也有差异，Welch[5]258 例中直肠 21%，乙状结肠 40%，横结肠 31%，升结肠 70%，盲肠 27%；较大肿瘤也易恶变，Jahadi[6]谓肿瘤＜2cm 的恶变率大于＞2cm 的 2 倍；此外恶变多发生于无蒂肿瘤。不典型增生显著、多发、复发、老年、病程长、分叶多、生长迅速者。本组 10 例中有 8 例恶变，其中浸润性癌 6 例，原位癌 2 例。

二、诊治　性别无差异，发病年龄较腺瘤为大，常见于老年。病程多较长，本组平均为 12.7 月。少数症状不显，多数腹泻并粘液血便，腹部隐痛，食欲减退，体重下降。钡灌肠，气钡造影，乙状结肠及纤维结肠镜检多能发现病灶。活检易遗漏恶变，Taylor[7]1216 例大肠绒毛状腺瘤活检，术前均示良性结构，但术后证实 35.5%已恶变，故活检应选择较大肿瘤，于质硬部位，基底部或中心部，多处取材，并应有足够深度，必要时短期间隔后重复活检，并以石腊切片及整个肿瘤病检为准，本组 2 例于第 3 次活检时方证实癌变，但病情延误，肿瘤已转移。

由于绒毛状腺瘤癌变率高，分化差，转移早，易复发，故治疗上应积极。根据肿瘤组织改变、大小、部位及周身情况酌情处理，良性或间变者可行结肠部分切除，单纯摘除基内镜烧灼易切除不全而复发。对较大肿瘤、多发灶、复发病例，显著间变及已恶变者均应作根治性结肠切除，并辅以化疗。鉴于绒毛状腺瘤有 15～30%伴有其他癌瘤，故术前及术中应仔细检查以免遗漏，术后也应定期随访，以防复发。

## 参考文献


1. Olson RV et al. Villous adenomas of the colon benign or maligoant. Arch Surg 1969; 98 (4): 487.
2. Milson SEDGordon HE. Excision of rectallesions by the Karaske approach. Amer J Surg 1969; 118 (2): 213.
3. Coutsoftides T et al. Colonoscopy and the management of the polys containg invasive carcinoma Ann Surg 1978; 188 (5): 638.
4. Morson E W et al. Evolution of cancer of colon Cancer 1974; 34: 845.
5. Welch J P DWelch C E. Villous adenomas of the colerectum. Amer J Surg 1976; 131 (2): 185.
6. JahadiMd Baldwin A, Villous adenomas of the

维普资讯 http://www.cqvip.com

阑尾炎，切除术，回盲部，解剖

局解手术学杂志 1995 年第 4 卷第 1 期总第 13 期

colon and rectum. Amer J Surg 1975; 130 (6): 729.

7. Taylor EW et al. Dis Colond Rectum 1981; 24: 259.

（收稿：1994—10—24）

9—12

# 试述回盲部局部解剖与阑尾切除术

沈阳职工医学院 田 力
沈阳市第一人民医院 范妮娜
铁岭市妇婴医院 高翠萍

（辽宁沈阳，邮政编码 110000）

R656.805
R602

阑尾炎是外科常见病，居各种急腹症的首位，1886 年 Fity 首先命名，并由 McBurney 于 1889 年提出外科治疗本病的观点后，阑尾切除术一直是治疗阑尾炎的重要方法之一，但是由于回盲部解剖关系不清以及对阑尾异常了解不够，在阑尾切除术中增加了很多困难，甚至于误诊、误切或术后残端大出血等。为了更好顺利地完成阑尾切除术。本文结合实际工作和阅览大量临床资料进行了回盲部解剖与阑尾切除术的研究，现叙述如下：

## 一、回盲部解剖

1. 回盲剖的范围：回盲部是解剖和临床上的常用的名词，目前一般教材书和文献上尚没有十分明确的范围。根据尸检、CT 及临床观察，结合回结肠动脉的分布，其范围包括：回肠末段（约 10cm）、盲肠、阑尾和升结肠起始部（约 1/3），见图 1。

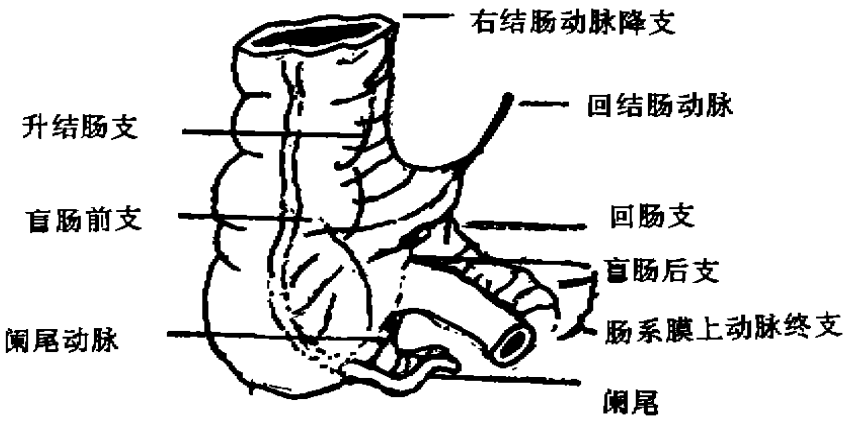



图 1. 回盲部

2. 回盲部的组成范围及回结肠动脉的分布

（1）阑尾形态：阑尾的形态各报导和传统认识相似，即阑尾附着于盲肠后内侧壁的盲管状器官，近端开口于盲肠，远端为盲端，直径 0.5～0.7cm，长 2～20cm，平均