维普资讯 http://www.cqvip.com



通过巨噬细胞表现的 Fn 受体促进和加强巨噬细胞的吞噬功能，故脾切除后 Fn 等调理素含量下降，外周血中吞噬细胞活性自然降低。所以脾切除后血中 Fn 含量下降和吞噬细胞活性降低，削弱了机体免疫功能，是病人容易发生 OPSI(脾切除后凶险性感染)的重要原因。

脾脏在抗感染中的作用已毋庸置疑，但移植脾由于血流量不足，组织结构变化等原因，其在抗感染中的作用和功能还有争议。我们以前的实验资料显示[2,3]，大鼠移植脾组织虽然在再生重量及组织结构等方面与原脾相差较多，但在抗感染过程中也起了作用。本实验资料也表明，各移植组特别是移植量大于25%原脾重量时，PFn 血中吞噬细胞活性明显高于脾切除组，提示移植脾产生调理素，促进吞噬细胞活性等方面的功能是明显的。

本实验中可能由于测定方法不够敏感，血中 Fn 和吞噬细胞活性各移植组之间没有明显差异，但从25%脾移植组的 PFn 与脾切除组之间没有明显差异，提示当移植量太少时，再生移植脾的功能恢复也不够理想，当临床情况允许的条件下，可适当增加移植量。

## 参 考 文 献

1. 雷新，陈维佩. 脾损伤自体脾组织移植的研究进展. 国外医学外科学分册，1994，21(1)：5.
2. 雷新，陈维佩. 不同量自体脾组织移植中脾小体数量和面积的观察. 第三军医大学学报，1997，19(1)：112.
3. 雷新，陈维佩. 不同量自体脾组织移植抗肺炎双球菌感染的实验研究. 中华实验外科杂志，1996，13(1)：5.

(收稿：2000-01-03)

# 巨大膀胱结石一例

谢绍聪*

一、临床资料：患者男性，26岁。二月前无明显诱因出现排尿困难，尿频，尿急，尿痛，间中有血尿；曾以"尿道炎"多方治疗无效而就诊。问诊：几年前曾出现类似症状，经当地乡医治疗症状消失。查体：腹平软，膀胱区轻度隆起，触及质硬无移动性肿物约 10cm×9cm。B 超检查：膀胱腔内见一 10cm×9cm×8cm 巨大椭圆形强回声光团，后伴明显声影；膀胱壁明显增厚，毛糙，左侧壁局部呈囊袋状向外突出，囊壁光滑，深约 2.6cm，开口约 1.7cm；双肾盂均见分离液性暗区，最宽处 2.7cm。B 超诊断：①巨大膀胱结石并慢性膀胱炎、膀胱憩室；②双肾轻度积水。X 线检查：膀胱区见一 10cm×9cm 高密度影。X 线诊断：巨大膀胱结石。

手术所见：切开膀胱后，吸尽尿液，见膀胱内巨大结石，约 11cm×8cm×8cm，取出结石称重约 615g。

二、讨论：膀胱结石常见，多为上尿路下移所致，结石均较小，此例膀胱结石如此巨大，且症状不明显，实属罕见。分析原因：膀胱刺激症状反复发作未引起患者重视，未到正规医院作检查，以致延误了诊断及治疗，使小结石在膀胱内随时间推移而逐渐增大。此例形成时间估计有 5 年以上。

(收稿：2000-05-31)

* 作者单位：529600 广东省阳春市人民医院

2f1-2f2 高寒地区 前列腺增生症 治疗 65

# 高寒地区前列腺增生症治疗体会

孙复正* 何俊龙*

R697.320.5

在高寒地区，前列腺增生症(BPH)患者多并发慢性支气管炎、肺气肿、肺心病。手术是治疗 BPH 的主要方法。在冬季有上述合并症的病人行前列腺摘除风险较大。由于进行正确围手术期治疗，控制合并症并恰当地选择手术时机，大大地提高了手术安全性。我院从 1990 年 1 月至 2000 年 1 月手术治疗前列腺增生 136 例，术后效果良好。现报告如下。

一、临床资料

本组 136 例，年龄 50～86 岁，平均 68.3 岁。病程 3 月至 10 年之间。以排尿困难入院 98 例，急性尿潴留入院 38 例。通过直肠指诊，B 超检查，膀胱造影测定，Ⅰ°28 例，Ⅱ°72 例，Ⅲ°36 例。

136 例中伴有慢性支气管炎、肺气肿、肺心病例数及比率见表 1，治疗方式见表 2。

**表 1 前列腺增生症伴有呼吸系统疾病比较表**

| 并发症 | 例数 | 比率(%) |
|---|---|---|
| 单纯慢性支气管炎 | 28 例 | 20.59% |
| 肺气肿 | 14 例 | 10.29% |
| 肺心病 | 8 例 | 5.88% |

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯市佳木斯铁路医院泌尿外科

维普资讯 http://www.cqvip.com



表2 前列腺增生症治疗方式比较表

| 手术方法 | 例数 | 比率(%) |
|---|---|---|
| 耻骨上经膀胱前列腺摘除术 | 120例 | 88.23% |
| 耻骨后前列腺摘除术 | 12例 | 8.82% |
| 膀胱造瘘术 | 4例 | 2.94% |

二、结果

术后随访110例，随访时间1～10年，其中6例发生尿道内口狭窄经再次治疗治愈。1例腺体残留，2年后再次手术。有上述合并症病人均平安度过手术期，术后排尿通畅。

三、讨论

1.高寒地区BPH患者特点

我市处于高寒地区，冬季长达五年月，气温低达零下40°C。BPH患者多在冬季病情加重，多为老年病人。由于气候寒冷，慢性支气管炎是这里常见病及多发病。当慢支发展到一定程度多合并有阻塞性肺气肿。此时当病变侵入大气道时，肺通气功能明显障碍、肺组织弹性减退，肺泡回缩障碍、肺通气不良。产生通气与血流比例失调，使换气功能障碍，可引起缺氧和二氧化碳潴留。最终可能出现呼吸衰竭。慢支并发肺气肿最终导致肺动脉高压形成，导致心脏病变即肺心病。多合并上述疾病是本地区BPH患者一大特点。

2.术前准备及治疗

详细询问病史，全面体检，完整的实验室检查及特殊检查，以便准确了解病人全身状况。对于合并慢支、肺气肿、肺心病患者行肺功能检查，还向其说明手术必要性争取病人的配合，并采取一系列必要措施，包括有肾功不良留置导尿、改善肾功，戒烟保暖、避免受凉。改善环境卫生、消除及避免烟雾、粉尘和刺激性气体对呼吸道的影响。伴有慢支、肺气肿病人术前选用抗生素；肺气肿病人术前给予氧疗。伴有肺心病病人行心功能测定了解有无心衰，能否承受手术。给予改善心功能药物，为手术创造方便条件。

3.手术时机及手术方法选择

对于慢支反复发作，抗感染治疗无效。我们决定暂给予定期留置导尿、口服药物。等待春夏季气候温暖、病人咳、痰、喘得到控制再行手术治疗。对于肺心病并心衰患者不适于长时间卧床、我们采用膀胱永久造瘘。对于全身情况良好、梗阻明显、前列腺体积大、并发膀胱结石及肿瘤病人；一般采取经膀胱前列腺摘除术。

4.选择适宜的麻醉

对于有上述合并症病人为了保持呼吸道通畅，保证足够的血氧浓度均采取全麻，以保证手术顺利进行。

5.术后治疗

无合并症病人按术后常规处理。有呼吸系统合并症病人术后加强护理，对于合并慢支病人我们选用合适抗生素抗感染，定时雾化吸入、防止病人剧咳，腹压增加引起术后大出血。有肺气肿病人给予定时吸氧、并随时测定血氧浓度。有肺心病心衰病人术后心电监护，不定时给予强心利尿药，术中腺窝止血要彻底。做到出血少，减少膀胱冲洗，减少输液量，以便早日康复。

总之，由于术前、术后采取正确的治疗，病人成功的接受了手术。我们认为只有选择手术时间短、打击小、卧床时间短、出血少。才能更适宜有上述合并症病人的治疗。因此，我们迫切需要掌握经尿道前列腺电汽化术、前列腺热疗等新技术。

（收稿：2000-05-31）

# Caroli氏病并肝内外胆管结石一例

郑裕隆*

一、临床资料

患者女性，32岁，因右上腹饱胀、隐痛10月余入院。查体：皮肤及巩膜无明显黄染，腹平软，右上腹深压痛。Hb 134g/L、RBC $4.7\times10^{12}$/L，WBC $4.52\times10^{9}$/L、N 0.62，L 0.37，E 0.01。AST 22μ/L，ALT 8μ/L，BIlit 1.36 mg/dl，(HI) BILID 0.28mg。B超示肝内外胆管结石、胆总管囊状扩张、慢性胆囊炎。PTC见胆总管及肝管高度扩张，并有多数圆形或卵圆形充盈缺损，肝总管呈圆形扩张达6cm×6cm，胆囊显影。术中见胆囊大5cm×3cm，壁厚，粘连，无结石，在肝外侧呈5cm×5cm囊性扩张，并扪及结石，右肝后叶也呈囊性扩张并有结石，肝外胆管呈柱状扩张4cm×3cm，内含多个结石、肝总管开口处直径约2cm。作左肝外叶大部切除，胆囊切除，胆总管及肝总管切开取石，左肝内胆管和肝外胆管大口径、双口，人工套叠胆肠Roux Y型吻合。术后恢复良好。病检示慢性胆囊炎，草莓样胆囊、胆石呈岩层状叠层，以胆固醇为主混合石，肝内胆管结石，结石周围肝组织萎缩，出血，中央静脉周围有大量中性球浸润，部分汇管区小胆管增生，管腔扩张，少量炎细胞浸润。

二、讨论

此症为一种罕见家族畸形，呈常染色体隐性遗传，属先天性肝脏囊性纤维性病变，肝内胆管扩张以双侧为多、次为左侧，右侧较少，扩张多呈囊状，少数柱状。肝内胆管扩张约70%伴肝外胆管扩张。肝内外胆管扩张和胆汁滞留所致胆管急慢性炎症、感染。胆石形成、恶变潜势为其病理及临床特征。肝内胆管结石伴Caroli氏病者多达34.1%，结石可持续刺激胆管致癌物-甲基胆恩类的形成，另维生素K缺乏易诱发鳞状上皮细胞变性，也可能致癌原因，且先天性细胞失常致肝内外胆管扩张畸形，在胆汁淤滞，刺激下具癌变倾向。因此，Caroli氏病若伴有肝内外胆管结石以早手术为宜。外科处理原则是尽可能切除肝内外胆管扩张，消除胆汁淤滞及炎症、感染、恶变等并发症，建立通畅胆肠内引流。

（收稿：2000-06-05）

* 作者单位：210006 南京医科大学附属南京第一医院