维普资讯 http://www.cqvip.com



7. Adachi Y, Mimori K, Mori M, et al. Morbility after D2 and D3 gastoectomy for node - positive gastric carcinoma. J Am Coll Surg, 1997, 184(3): 240 - 244.
8. Kodama M, Koyama K, Chida T, et al. Early postoperative evaluation of pylorus - preserving gastrectomy for gastric cancer. World J Surg, 1995, 19(3): 456 - 459.
9. Tomita R, Takizawa T, Tanjoh K, et al. Physiologic effects of cisapride on gastric emptying after pylorus - preserving gastrectomy for early gastric cancer. World J Surg, 1998, 22(1): 35 - 41.
10. Nakajma T. Review of adjuvant chemotherapy for gastric cancer. World J Surg, 1995, 19(4): 570 - 574.
11. Lowy AM, Mansfield PF, Leach SD, et al. Response to neoadjurant chemotherapy best predicts survival after curative resection of gastric cancer. Ann Surg, 1999, 229(3): 303 - 308.
12. Shouji S. The effects of chemotherapy to the resection of late gastric cancer. World J Surg. 1999, 23: 284 - 292.
13. Fujimoto S, Takahashi M, Mutou T, et al. Successful intraperitoneal hyperthernic chemoperfusion for the prerention of postoperative peritoneal recurrence in patients with advanced gastric carcinoma. Cancer, 1999, 85(3): 529 - 534.
14. Averbach AM, Jacquet P. strategies to decrease the incidence of intra - abdominal recurrence in resectable gastric cancer. Br J Surg, 1996, 83(6): 726 - 733.
15. Sanchez - Bueno F, Carcia - Marcilla JA, Perez - Flores D, et al. Prognostic factors in a series of 297 patients with gastric adenocarcinoma undering surgical resection. Br J Surg, 1998, 85(2): 255 - 260.
16. Fujita T, Hara A, Yamazaki Y, et al. The value of acute phase protein measurements after cyrative gastric cancer surgery. Arch Surg, 1999, 134(1): 73 - 75.
17. Saito H, Tsujitani S, Kondo A, et al. Expression of vascular endothelial growth factor correlates with hematogenous recurrence in gastric carcinoma. Surgery, 1999, 125(2): 195 - 201.
18. Nuno R, Dos S, Raquel S, et al. Microsattellite instability at multiple loci in gastric carcinoma : clinicopathologic implications and prognosis. Gastroenterology, 1996, 110(1): 38 - 41.

(收稿: 1999-09-12)

167-169 腹股沟斜疝 修补术 高分子材料 R656.210.5

# 腹股沟斜疝修补术的研究近况

梅 峰* 凌娜佳 陈维佩**

腹股沟疝是外科常见疾病，其外科手术已有100余年的历史，近二十年来随着腹股沟三角巨微解剖的深入研究，使腹股沟疝手术日趋完善。现代解剖学强调腹股沟三角的解剖学特点，提出手术应按解剖层次进行修补，认为疝修补应着重于腹横筋膜的加强和生理防卫功能的恢复，逐渐改进了不符合解剖层次和不利于生理功能的方法，产生了以 Shouldice 法为代表的术式。近十年来，随着高分子新材料的产生和发展，由于它具有组织相容好、柔韧、抗菌等优点，使无张力加强腹横筋膜成为可能，从而开创了疝修补术的新纪元。现就近二十年来腹股沟疝修补的新观点和新方法介绍如下。

一、腹股沟疝修补术的新观点[1]

1、注重于腹横筋膜及其附件的加强

传统术式解剖重点是放在加强腹股沟管，特别是利用联合腱、腹内斜肌弓状缘和腹股沟韧带进行修补，而对腹横筋膜的修复和加强不够，首先，腹横筋膜位于腹横肌的深面，腹膜的浅面，它是防止疝发生的内层主要屏障[2]，疝一旦发生腹横筋膜首先受累，而且病理解剖学变化最严重，可因疝的压迫而更加薄弱，继而疝又进一步增大，形成恶性循环。

其次，机械地加强后壁即将联合腱、腹内斜肌弓状缘和腹股沟韧带缝合效果并不理想，有学者作过观察，发现即使手术两周以后，肌肉与韧带的愈合不佳，甚至有因张力而分开的趋势。从解剖层次的角度讲，作为腹外斜肌腱膜的折叠部分的腹股沟韧带与深层的腹内斜肌及其联合腱缝合也是不符合解剖层次的。所以现代腹股沟疝手术强调腹横筋膜的加固。

2、注重生理性防卫功能的恢复

斜疝的发生与腹股沟管有密切关系。由于腹股沟管是一解剖裂隙，并非管状，加之各层之中有的又有缺损，构成了正常的解剖薄弱点，使斜疝的发生成为可能。但正常情况下人体具有生理防卫功能。即当用力或腹内压增高时，腹壁各层肌肉收缩，凹间韧带被牵拉向上移位，腹内斜肌弓状缘张力增加而向下移动，二者同时作用，内环得以关闭，可以认为凹间韧带有类似括约肌的功能，腹内斜肌弓状缘有掩闭功能。防卫功能低下是斜疝发生的重要因素，同时疝发生又进一步损害防卫功能。传统手术只机械地加强腹股沟管的前后壁，以求通过封闭疝的出路而达到治疗效果，但却未能恢复正常的防卫功能，疝复发就不能避免。因此，这就要求术者除机械修补缺损外，应尽可能恢复正常的生理防卫功能，除非病人局部已发生不可逆损伤。

3、注重解剖层次

传统疝修补手术偏重于腹壁缺损在投影上的修补，现代疝

* 作者单位：400038 重庆市第三军医大学学员旅三队
** 第三军医大学外科应用解剖与手术学教研室

维普资讯 http://www.cqvip.com



手术更加注重按解剖层次进行修补，按照疝发生的病理生理变化，由腹壁的深层向浅层，逐层修复、以求病理解剖和病理生理恢复正常。

几乎所有腹股沟疝修补术的改进和创新都是围绕降低复发率而展开。影响复发的因素很多，除先天性因素和手术的因素外，与患者腹壁各层结构的结缔组织异常有密切关系[3]。Stanley发现疝患者腹股沟区结缔组织内羟脯氨酸含量降低，成纤维细胞数量减少，胶原合成减少，分解增强[4]，Friedman进一步发现Ⅰ型/Ⅲ型胶原合成比例失调可能是造成该区结缔组织薄弱和组织愈合能力下降的原因[5]。此外与患者的年龄，有无腹内压升高，术后是否进行重体力劳动等都有一定关系。所以术者一方面要根据实际情况选择适合的术式，以降低复发率，另一方面对于复发疝应慎重处理。

二、腹股沟疝修补术的新方法

腹股沟疝修补术普遍采用的术式有Bassini法、Halsted法、Mecvay法、Ferguson法等。这些经典的方法都是以加强腹股沟管后壁及前壁为重点，但这些术式有欠妥之处，因而复发率还是较高，而且有术后牵张疼痛等不良反应。现代腹股沟疝手术以巩固腹横筋膜为原则，并且注重其正常防卫功能的恢复，于是探索了一些新的手术方法。

1、Shouldice法[6]及其改良术式

Shouldice法被国外学者视为现代疝修补的最佳术式，并被称为疝修补的金标准。可见Shouldice法在现代疝修补术中具有举足轻重的地位。经典的手术方法如下：常规显露，回纳疝囊内容物，疝囊高位结扎。探查内环，自内环至耻骨结节切开腹横筋膜，并使其与腹膜外脂肪分开。将腹横筋膜的外侧叶游离缘缝至内侧叶深面，使腹横筋膜重叠连续缝至内环，使内环缩小到仅容一指尖通过，将内侧叶的边缘缝在腹股沟韧带上，随后将腹内斜肌及联合腱也缝在腹股沟韧带上，把精索复位，缝合腹外斜肌腱膜，重建外环。

经典的Shouldice法加强了腹横筋膜，较传统术式有了较大突破，但经典的Shouldice法中也存在一些不足之处：肌肉与腹股沟韧带缝合，愈合不佳，且易造成肌肉萎缩，渐少采用；内侧叶边缘缝合在腹股沟韧带上和联合腱与腹股沟韧带缝合，由于不符合正常的解剖层次，已渐被改进。有的学者提出只保留腹横筋膜重叠缝合，和内环口张力缺陷修补[7]；又有学者认为肌肉与韧带的缝合最好避免，而韧带、筋膜、肌膜组织之间的缝合是可行的[4]。这些在原术式基础上作了适当改进的方法即为改良Shouldice法。

2、网片无张力腹股沟疝修补术

高分子材料的产生和发展使无张力修补术得以实现。无张力疝修补术因操作简便，分离解剖少，损伤轻，且是无张力缝合，复发率低，越来越受重视，被誉为疝手术的里程碑，它包括了网片平铺式修补腹横筋膜缺损法(Lichtenstein法)和伞状网片充填式修补腹横筋膜缺损法(Gilbert法)，这两种方法的适用范围不一样，前者适合任何类型的腹股沟疝，而后者仅用于内口较小(小于4cm或5cm)的腹股沟疝。

①Lichtenstein法[9]：常规暴露后，寻找疝囊，分离后直接还纳腹腔，疝囊较大者于中部切开疝囊，还纳内容物后，近端游离并作疝囊颈结扎，残端推入腹横筋膜后，远端止血后旷置。取网片(6×8cm)在内环对应处剪一钥匙孔(直径4mm)以允许精索通过。网片于腹外斜肌腱膜深面缝合固定，内侧缝至耻骨结节，并与腹直肌外鞘缝合，下缘与腹股沟韧带和髂耻束缝合，外侧超过内环口上方3厘米，上缘与腹外斜肌的背侧缝合、同时内环边缘应与网片缝合，以免术后发生疝经内环外突至网片后。该术式的最大优点是局部疼痛轻微，且复发率低。②Gilbert法[10]：常规暴露后，寻找疝囊，高位分离疝囊至内环口，疝囊太大可中部离断后分离、但要关闭近端疝囊离断口，将疝囊推入腹腔、从疝环口塞入锥形填充物，并充分推入腹腔，填充物叶瓣与内环周围的腹横筋膜缝合。最后在精索后方把修补网片平整地覆盖在腹横筋膜表面，网片预留孔穴正好让精索通过，精索前缝合腹外斜肌腱膜和皮肤。该术式不仅有局部疼痛轻微，复发率低的优点，而且步骤简便，易操作。

网片无张力腹股沟疝修补术虽有诸多优点，但因网片、填充物价格昂贵，暂不能推广。当然要重建后壁也可采用自体材料。如：带蒂股薄肌转移[11]、自体阔筋膜移植[12]、利用自体疝囊修补腹股沟管后壁[13]等方法，效果也较好。

采用腹腔镜腹股沟疝修补术[14]：该术式是为了避免广泛解剖带来的不利影响而产生的，它把在腹壁上进行的手术，改在腹腔内或腹前间隙进行，开辟了疝修补术的新途径。虽然它有损伤小、恢复快、复发率低等优点，但手术对术者腹腔镜技术要求高，手术时间长，费用昂贵而不能推广。随后一些学者又提出：按一定标准将身体条件好、病情较轻的病人筛选出来，不切开外环，仅高位结扎疝囊和缩小内环口[15]，显然这种方法也只适用于少数患者。

总之，腹股沟疝修补术的观点和方法都要在实践中进一步完善，最终会达到痛苦少、低复发的目的。

## 参 考 文 献

1. 黄涟庭. 腹股沟疝修补术的近代观点. 普外临床, 1987, 2: 241 - 245.
2. 刘承训. 腹横筋膜在腹股沟疝修补中的应用. 普外临床, 1988, 3: 142 - 145.
3. 张柏和, 吴孟超. 腹股沟疝复发问题. 普外临床, 1988, 3: 129 - 131.
4. Stanley D. An approach to groin hernia. Surg Clin North Am, 1984, 64: 197.
5. Friedman D, Boyd CD, Norton P, et al. Increases in type Ⅲ collagen gene expression and protein synthesis in patients with inguinal hernias. Ann Surg, 1993, 218: 754 - 760.
6. Wante GE. The canadian repair: Personal observations. World J Surg, 1989, 13: 516 - 521.
7. 苏健, 邓雪峰. 改良Shouldice法修补腹股沟斜疝. 中国普通外科杂志, 1999, 8: 28.

维普资讯 http://www.cqvip.com



8.荣大庆,刘承训.改良 Shouldice 手术治疗成人腹股沟疝.临床外科杂志,1995,3:116.
9.裴少敏,彭开勤,朱岭等.腹股沟斜疝 Lichtenstein 修补术的技术要点.腹部外科,1999,12:245－246.
10.高之阳,高瞰非,任作航.疝环充填式无张力疝修补术.腹部外科,1999,12:249－250.
11.樊立,张克尽,王以强.带蒂肌薄肌转移修补复发性腹股沟疝.普外临床,1988,3:152－153.
12.杨森华,杨一 ,张抒.应用自体阔筋膜条修补特殊的腹外疝.普外临床,1988,3:141.
13.汪兆军,夏光民,梁钊.利用疝囊修补腹股沟管后壁缺损.腹部外科,1999,12:247－248.
14.陈训如,罗丁.腹腔镜腹股沟疝修补术.临床外科杂志,1995,3:119－120.
15.汪训实,汤聪,张兆林等.腹股沟斜疝的"五六评分法"与微创手术.中国普通外科,1999,12:245－246.

(收稿:2000-02-21)

# 前列腺非典型增生与早期浸润癌

叶明福* 郭光金**

早在本世纪40年代人们对前列腺非典型增生(Prostatic atypical hyperplasia,PAH)就有所认识[1]并陆续以不同的名称描述了这种病变,如非典型原发性增生(Atypical primary hyperplesia)、非典型上皮增生(Atypical epithelial hyperplasia)、非典型腺体增生(Atypical glandular hyperplasia),细胞非典型性(Cytologic atypia)、导管－腺泡发育异常(Duct－acinar dysplasia)、腺体非典型增生(Glandular atypia)、导管内发育异常(Intraductal dysplasia)和大腺泡非典型发育异常(Large acinar atypical dysplasia)等[2]。由于前列腺非典型增生因其有潜在的恶性而逐渐受到医学界重视,病理学研究发现PAH常伴有或可发展成同样类型的癌[3]。直至80年代末及90年代初,人们把这些名称各异的前列腺非典型增生性病变归结描述为两类:一类是前列腺组织中现存的前列腺导管－腺泡上皮细胞的增生,命名为前列腺上皮内肿瘤(Prostatic intraepithelial neoplasia,PIN);另一类是前列腺组织中有新的腺体形成,称其为非典型腺瘤样增生(Atypical adenomatous hyperplasia,AAH),此类病变很象分化好的前列腺腺癌,常易造成临床外科病理诊断的误诊。目前,这两种分类已得到了世界病理学界的认可。此外,近年来有人对前列腺基底细胞增生及/或前列腺非典型基底细胞增生也作了较多报道[9,10]。本文着重对上述不同类型前列腺非典型增生性病变的形态学特征、PAH与癌前病变及期浸润癌的关系予以综述分析。

## 一、病理组织学类型与形态特征

(一)前列腺上皮内肿瘤(Prostatic intraepithelial neoplasia,PIN)[4,5,6]系指在外科手术摘除的前列腺组织中没有发现新腺体的形成,而是在原有的前列腺导管－腺泡结构的基础上发生导管上皮及腺泡的异常增生,多表现为上皮细胞层增多或呈乳头状非典型增生。诊断PIN的形态学标准主要依据以下几点:1.前列腺组织中原有的导管－腺泡单位的上皮层数增多,细胞排列拥挤;2.上皮细胞变大,嗜碱性增强,胞核重叠且有异型性,核仁由小变大;3.少数病例腺体虽只被复单层上皮,但该上皮细胞核异型明显,核仁清楚可见;4.上皮细胞增生的腺体可扭曲、扩张或腺体变小,但基底膜均完整存在。

PIN的病理分级与形态特点:

根据前列腺上皮细胞的增生程度,将PIN分成三级:即$PIN_1$、$PIN_2$、$PIN_3$,这与轻度、中度及重度前列腺非典型增生相对应。

$PIN_1$:是轻度前列腺上皮细胞的肿瘤样增生,表现为腺体的上皮细胞层次增多,细胞排列轻度紊乱,腺管腔面不规则。胞核轻度异型,核仁稍大但不明显。

$PIN_2$:是中度前列腺上皮内肿瘤样增生,腺上皮细胞层次较$PIN_1$多或有乳头状增生、增生上皮细胞大小不等,形状不一,胞核明显增大,中度异型性,部分胞核极向丧失,核染色质明显增加,较多细胞核仁明显。

$PIN_3$:属重度前列腺上皮内肿瘤样增生,其增生的上皮细胞可在前列腺导管或腺泡内形成乳头或筛状结构。细胞核染色质较$PIN_2$多,核更多而深染,核仁明显,或核仁、胞核极向丧失。腺体的基底细胞不连续或节段缺失。研究认为$PIN_3$与前列腺早期浸润癌关系密切。

(二)前列腺非典型腺瘤样增生(Atypical adenomatous hyperplasia of the prostate,AAH)[7,8]

前列腺非典型腺瘤样增生(AAH)是一种在显微镜下易与前列腺高分化腺癌混淆的小腺泡增生。从概念上讲这是一类有新的腺体形成,簇状增生的腺体形成境界清楚的结节,腺体之间可有很少的间质成分,增生的腺体大小和形态不太一致。腺体被复立方或柱状上皮,胞浆常透明,胞核的核仁不清楚,部分腺体可见基底细胞,但可不连续。AAH结节常在前列腺导管－腺泡小叶结构的基础上形成。目前认为AAH是前列腺的癌前病变,且常易合并早期浸润癌。

(三)前列腺基底细胞增生(Basal cell hyperplasia of the prostate,BCH)[9,10]

正常前列腺上皮常显示基底细胞围绕在前列腺导管、小管及腺泡的周缘,1－2层短梭形或梭形基底细胞长轴常与基底膜

* 作者单位:400037 重庆市第三军医大学新桥医院病理科
** 400038 第三军医大学外科应用解剖与手术学教研室