维普资讯 http://www.cqvip.com

常值，有很多作者进行了探讨，各个实验室条件不同，结果略有差异。本文所测的青年组的ANAE值为72.13±4.49%与肖彭年[3]、施秀琴[4]等的报道的相似。青年组与老年组ANAE相比，具有显著性差异，$P<0.05$。两组之间的IgG、IgA、IgM无明显改变，说明随年龄的增长，细胞免疫功能降低，而体液免疫功能相对较恒定，因此，老年人易患各种疾病，如结核、癌症、感染等，建议对正常老人应加强免疫支持治疗，预防疾病的发生。

本文肺心病患者发作期ANAE明显下降，体液免疫中IgA升高较明显，IgG、IgM无明显改变，经改善缺氧、二氧化碳潴留及抗感染等治疗后，ANAE上升，IgA下降，说明肺心病患者T淋巴细胞酯酶活性降低经治疗后回升，主要因肺心病患者有不同程度的缺氧及二氧化碳潴留，从而影响细胞酶的功能。体液免疫变化较慢，检测体液免疫不如ANAE敏感，IgA升高可能是由于呼吸道粘膜反复感染有关。由于肺心病患者多系老年人，原已存在免疫功能低下或紊乱，易致细菌、病毒感染，加重细胞免疫功能低下或紊乱，使疾病难以治愈，从而形成恶性循环。临床医生在治疗肺心病患者时，除改善心、肺功能及抗感染外，还应加强免疫治疗，提高机体免疫力，改善机体状况，阻断恶性循环，减少疾病的发生频率，缩短病程。因此，检测ANAE对判断患者的细胞免疫功能和观察治疗前后细胞免疫状态作为临床治疗的参考指标不失为一种简易的检测手段。

参考文献

1.吴文漪，等.江苏医药1991;5:247.
2.林台城.中华医学检验杂志 1981;4(2):121
3.肖彭年，等.徐州医学院学报 1989;2:97
4.施秀琴，等.中华结核和呼吸系统疾病杂志 1988;11(6):358
5.谢瑶芸，等.新疆医学院学报 1991;2:113

(收稿日期 1996-06-17)

粘膜和粘膜下直肠癌31例分析

临床学院普外科 殷玉炳*

提 要 本文分析了31例粘膜和粘膜下直肠癌，其临床特点为：①便血26例(83.9%)；②直肠中，下段30例(96.8%)；③息肉状或隆起型病灶；④除绒毛状腺瘤恶变外，肿瘤直径<2cm。并对其诊断和治疗进行了讨论。

关键词 直肠癌；早期癌；粘膜
中图分类号 R735.37

我国直肠癌约80%位于腹膜返折以下，因各种原因，大多数病人住院已属中、晚期，致使术后5年生存率仍徘徊于50%左右。若能早期发现，早期诊断，可使直肠癌5年生存率达90%以上。早期直肠癌系指癌的肠壁侵润深度限于粘膜(m)或粘膜下层(sm)的原发癌。我院从1972年5月至1994年5月共收治直肠癌881例，其中早期直肠癌31例，现报告如下：

1 临床资料

1.1 一般资料

性别和年龄 男17例，女14例。年龄22～77岁，平均47.8岁。临床症状 首先症状以便血多见，本组26例(83.9%)，其次有粘液便12例(38.7%)，肛门肿块10例(32.5%)，以及腹泻、腹痛、里急后重等。肿瘤部位 直肠上段1例(3.2%)，直肠中段5例(16.1%)，直肠下段25例(80.6%)。其中直肠中、下段共30例(96.8%)。

1.2 病理情况

肉眼类型 全部病例均为隆起型，其中有蒂6例，广蒂16例，无蒂9例。组织类型 类癌9例，高分化腺癌16例(其中绒毛状腺瘤恶变8例)，中分化腺癌6例。侵润深度 粘膜内18例，粘膜下13例。肿瘤大小 直径<1.5cm16例18灶均

* 男，1946—07出生，副教授

维普资讯 http://www.cqvip.com

为粘膜内，≥1.5cm15例16灶，除8例绒毛状腺瘤恶变外，其余7例8灶均侵入粘膜下层。

1.3 诊断

本组27例通过直肠指检可触肿块，仅4例因位置较高未能触及，可见直肠指检对早期发现直肠癌极为重要。

1.4 治疗

全组均施行外科手术治疗，施行根治性手术13例，其中Dixon手术8例，Miles手术5例。局部切除18例，其中1例采用电凝切除。

1.5 随访

本组随访2～24年，复发2例，1例局部切除于术后3月复发，再行局部切除，现3年健在。另1例行Dixon手术，于术后8年腹腔转移死亡。

2 讨论

2.1 临床特点

早期直肠癌的症状不甚明显，首发症状以便血多见，其次为粘液便，肛门肿块、腹泻、腹痛、里急后重等。肉眼形态多数为息肉状或隆起型病变，其粘膜内癌多呈息肉状，有亚蒂或广蒂。而粘膜下癌多呈扁平隆起型。形成溃疡者大多数已侵犯肌层。本组31例均为息肉状性起型病变，表面无溃疡形成。有蒂6例，广蒂16例，无蒂9例。其肿瘤大小，除绒毛状腺瘤恶变外，其早期直肠癌约75%肿瘤直径在2cm以内，大于3cm早期癌少见。且肿瘤大小与侵犯深度呈正相关[1]。本组除8例绒毛状腺瘤恶变外，直径均<2cm，其中直径在1.5cm以内16例18灶均在粘膜内。

2.2 早期发现和早期诊断

因早期直肠癌无特异表现，加之对本病认识不够，警惕性不高，致使患者未能及早求治，延误诊断。国内文献报告，直肠癌误诊率达50～80%。多数误诊误治达半年以上，有的竟达两年，致使早期直肠癌的发现率仅有2～10%[1]。本组病例占我院同期直肠癌3.5%。有记载误诊误治情况18例，误诊率为58.1%。为了提高早期直肠癌的发现率，必须采取积极措施，提高警惕性，对高发人群开展定期直肠指检。直肠指检不但能及早发现病变，还能了解肿瘤的质地，表面性状及预测肿瘤侵犯的深度。Beynon在预测癌肿侵犯固有肌层的精确度方面比较几种诊断手段发现，肛指检查为68%，CT82%，直肠内B超91%[2]。当对某些症状不能作出满意解释时，应作直肠或乙状结肠镜检查，通过内窥镜检查，不仅能直接观察病变，同时可做活检进行组织学诊断，还可以发现某些良性息肉，使之得到及时处理。但内窥镜咬取活检存在着局限性，特别是息肉样隆起型病变，因有的是腺瘤内癌，会给组织学检查造成假阴性。据武藤徹一郎报告[1,3]，单凭咬取活检其阳性诊断率只有40～60%，况且这种检查不能判断癌侵润深度，因此，多数学者主张对可疑早期癌的隆起型病变，应做肿瘤全切除，局部切除范围需要超出病变的正常组织1～2cm，基底至固有肌层，切除标本应进行连续切片检查，以便正确判断病变性质和侵犯深度，为指导临床提供可靠依据。本组有6例门诊咬取活检，诊断腺瘤间变，切除再次病理才证实为癌肿。

2.3 治疗和预后

早期直肠癌最有效治疗方法仍为手术切除。正确选择手术方式，几乎100%可获得治愈。确定手术方式主要根据病变的部位，范围、大小、深度，分化程度等决定。①肿瘤距肛缘8cm以下；②肿瘤直径<3cm，尤以息肉状或隆起型；③肿瘤限于粘膜或粘膜下；④低度恶性肿瘤；⑤直肠类癌，且肿块直径<2cm。对这类病人可考虑经肛门的局部切除。国外1977年Morson[4]报告119例，5年生存率92%，1988年Grigg[5]报告16例，5年生存率100%。本组局部切除18例，除1例术后3月复发局部再切除，现健在3年无复发，其余病人均健在。其中生存20年者3例，15年2例，10年6例，5年3例，3年2例，2年2例。当恶性程度高，病变范围大，又不能判断有无深层扩散或淋巴结转移者，则必需施行根治性手术。本组采用根治性手术13例，其中Miles手术5例，Dixon手术8例，除1例术后8年腹腔转移死亡外，其余均健在，其中生存20年2例，15年5例，5年6例。

参考文献

1.赵廷忠.哈尔滨医科大学学报 1987;21(2):61
2.Beynon J,et al.Br J Surg 1986;73:1015
3.武藤徹一郎.大肠ポリープその病理と临床 南江堂 东京 1979:62
4.Morson BC,et al.Gut 1977;18:1045
5.Grigg M,et al.Dis Colon Rectum 1984;27:81

(收稿日期 1996－11－28)