维普资讯 http://www.cqvip.com

⑧ 重庆医科大学学报 1993年第18卷第2期
122—125

460例纤维结肠镜活检的病理诊断腺瘤分布类型与癌变的探讨

R735.302

第二医院病理科 于成银 黄立鑫 冷 志 谭光智 刘永贵

提 要 回顾性复习纤维结肠镜活检460例，716个部位。依腺瘤的腺体和腺上皮形态结构改变，数量及分布，把腺瘤分为四型。介绍大肠各型腺瘤的诊断，重点分析了腺瘤发生部位，类型与癌的关系，各型腺瘤癌变差异非常显著（$P<0.01$）

关键词 腺瘤；间变；癌变 纤结肠镜检，活检，肠肿瘤，病理
中图分类号 R443.8

近年来，由于纤维结肠镜的广泛应用，结肠粘膜活检已成为临床病检的主要组成部分及重要有效的方法。它不仅对肿瘤，也对炎症、结核、色素沉着症等的诊断有着十分重要的价值，正确指导临床治疗。我们通过对460例结肠粘膜活检的病理组织学的观察与分析，以探讨各型腺瘤的分布，间变与癌变的关系。供同道者参考。

材料与方法

我院肛肠科自1988年1月至1992年5月，经纤维结肠镜直视下采取的回肠末端以下，包括直肠在内的粘膜活检标本460例，716个部位。患者最多取6个部位，每个部位最多钳取5块组织，组织分部位瓶装编号，经10%福尔马林液固定，石蜡包埋，HE染色。少数病例作AB、PAS、GS和黑色素染色，全部复查切片。

结 果

460例肠粘膜活检中，男性235例，女性225例，男:女为1.05:1。年龄最小5岁，最大80岁，平均53.3岁。716个部位最多的直肠

表1 腺瘤类型与部位关系

部位 / 个数(%) / 类型	直肠	乙状结肠	降结肠	脾曲区	横结肠	肝曲区	升结肠	盲肠	回肠末段	合计
微小腺瘤	13 (3.38)	14 (3.64)	13 (3.38)	7 (1.82)	14 (3.64)	5 (1.38)	8 (2.08)	4 (1.04)	1 (0.28)	79
管状腺瘤	52 (13.51)	54 (14.02)	26 (6.75)	17 (4.41)	28 (7.27)	15 (3.89)	31 (8.05)	9 (2.34)	1 (0.26)	233
绒毛状腺瘤	25 (6.49)	4 (1.04)	2 (0.52)		2 (0.52)	2 (0.52)	2 (0.52)			37
混合型腺瘤	18 (4.67)	9 (2.34)	1 (0.26)	1 (0.26)	2 (0.52)	2 (0.52)	3 (0.78)			36
合 计	108 (28.05)	81 (21.04)	42 (10.91)	25 (6.49)	46 (11.95)	24 (6.23)	44 (11.43)	13 (3.38)	2 (0.52)	385

维普资讯 http://www.cqvip.com

240个，最少的脾曲区27个。

本组716个部位中，腺瘤385个，类型与分布见表1，癌变20个，癌85个，恶黑1个，息肉191个，黑色素沉着症5个，炎症38个，结核3个，溃疡3个，正常肠粘膜5个。

依据腺瘤的腺体和腺上皮形态结构改变，分布及数量、把腺瘤分为四型，各型腺瘤与间变，癌变比较见表2。

腺瘤类型与间变级别、癌变的关系见表3。各型腺瘤与间变级别，癌变相差非常显著($P<0.01$)。

表2　腺瘤类型与间变癌变的比较

腺瘤类型	个数	间变数(%)	癌变数(%)
微小管状腺瘤	79	62(78.48)	
管状腺瘤	233	210(90.13)	5(2.15)
绒毛状腺瘤	37	29(78.38)	8(21.62)
混合型腺瘤	36	29(80.56)	7(19.44)

表3　腺瘤类型与间变级别癌变的比较

腺瘤类型	无间变(%)	Ⅰ级(%)	Ⅱ级(%)	Ⅲ级(%)	癌变(%)	合　计
微小管状腺瘤	17(21.52)	61(77.22)	1(1.26)			79
管状腺瘤	18(7.72)	169(72.53)	40(17.17)	1(0.43)	5(2.15)	233
绒毛状腺瘤		2(5.41)	23(62.16)	4(10.81)	8(21.62)	37
混合型腺瘤		3(8.34)	26(72.22)		7(19.44)	36
合　计	35(9.09)	235(61.04)	90(23.38)	5(1.30)	20(5.19)	385

460例中单发腺瘤121例，双发腺瘤31例，3个以上多发腺瘤17例，腺瘤合并息肉35例，腺瘤癌变20例(其中4例伴有息肉和癌变)，腺瘤伴癌32例(其中2例同时有息肉和癌)癌52例（其中1例为双癌），恶黑1例，息肉125例，结核3例，炎症17例，黑色素沉着症4例，正常粘膜2例。

20例癌变中单发腺瘤14例(70.00)，双发2例(10.00)，多发4例(20.00)。84例癌中52例为乳头状腺癌(61.90)，管状腺癌16例(19.05)，粘液癌2例(2.38)，印戒细胞癌3例(3.56)，低分化腺癌11例(13.10)。

讨　论

1. 大肠腺瘤的诊断、分型本文依据的标准[1,2]

（1）微小管状腺瘤的组织学改变及特点

腺瘤由1—20个腺体构成，多位于粘膜浅表层，深可达粘膜肌层，与正常肠腺排列一致。腺瘤的腺体较正常肠腺明显增粗，腺上皮底部未分化细胞增生，核增大，深染，可有异型性，累及腺管上1/2—整个肠腺，胞浆嗜碱性增强，杯状细胞减少。

（2）管状腺瘤　由圆形、不规则，大小不一，腺上皮细胞不同程度增生异型的腺管构成，腺体在21个以上，腺体直，可分枝。

（3）绒毛状腺瘤　瘤组织呈分枝状生长，乳头中央为中心索，其内纤维间质及脉管组织，乳头结构占肿瘤组织的4/5以上，中心索内没有或极少腺管，瘤细胞异形性明显。

（4）混合型腺瘤　由管状和绒毛状两种腺瘤成分组成，绒毛状腺瘤占1/5—4/5。

2. 腺瘤部位类型与癌的关系

（1）部位与癌　本文385个腺瘤分布从表1中看出。发生直肠108个(28.05)，其次

维普资讯 http://www.cqvip.com

是Z状结肠81个(21.04)；20例癌变中17例(85.00)发生在直肠；84例癌有53例(63.10)发生在直肠，可见直肠是好发部位。部位与腺瘤癌变有密切关系，由于直肠的解剖学特点和病生特性有关，直肠弯曲多，肠管狭小，壶腹部肠管膨大扩张，易于大便堆积，肠粘膜上皮隐窝直而短，肠腺下1/2—2/3处细胞易于增殖。当食糜进入大肠后，细菌大量繁殖分解，产生一些有毒物质及食物中可能含有致癌物质，随大便较长在直肠内停留与粘膜接触时间长；其二，肠道内分泌的物质转化为促癌物质或致癌物质。这样刺激肠腺底部未分化上皮细胞增生，可不经过任何中间增生阶段[2]，直接产生不分化，不成熟的细胞，即腺瘤细胞，细胞不断增生，腺管增粗，杯状细胞减少，胞浆嗜碱性增强形成小腺瘤。随时间延续，小腺瘤变为大腺瘤，出现乳头、癌变，最后变成癌。

（2） 腺瘤与癌：大肠腺瘤与大肠癌关系非常密切，认为腺瘤是结肠癌的癌前病变[3]，但各型腺瘤的癌变率差异很大；表2和表3表明，微小腺瘤无一例癌变。管状腺瘤多为Ⅰ级间变，癌变5例(25.00)，73例绒毛状腺瘤和混合型腺瘤全部间变，以Ⅰ、Ⅱ级间变居多，15例癌变(75.00)，各型腺瘤间变级别和癌变相差非常显著($P<0.01$)。有人认为，结肠癌均来自癌变的腺瘤，因许多结肠癌，癌旁可见残留的腺瘤。本组中见腺瘤旁有微小腺瘤，癌旁有腺瘤，有的正向癌组织过渡。本文90例间变Ⅰ级，5例间变Ⅱ级，20例腺瘤癌变。32例腺瘤伴发癌，我们同意这种认识。本文20例癌变中8例是乳头状腺瘤，7例是混合型腺瘤；84例癌中52例是乳头状腺癌，这表明支持绒毛状和混合型腺瘤易于癌变，变成乳头状癌的说法。

（3） 单发、多发腺瘤与癌：本文20例癌变中，单发腺瘤121例中有14例癌变(11.57)，31例双发腺瘤癌变2例(6.45)，17例多发腺瘤癌变4例(23.53)，从中显示，多发与单发腺瘤癌变率无明显差异($P>0.05$)。

由以上病例观察可以得出以下结论：(1)直肠是癌肿好发部位。(2)绒毛状和混合型腺瘤间变级别高，同时易发生癌变。(3)各型腺瘤均可发生癌变不可忽视，为临床提供早期诊断及早期治疗的依据。

参 考 文 献

[1] 叶学海，等．临床与实验病理学杂志1989；3(5)：159

[2] 宫恩聪、等．中华病理学杂志1983；1(12)：44

[3] 石秋念，等．中华病理学杂志1983；1(12)：48

（收稿日期1992-11-11）

A STUDY OF THE PELATIONSHIP OF DISTRIBUTION AND HISTOLOGCAL TYPES WITH CANCERATION OF ADENOMA OF PATHOLOGICAL DIAGNOSIS OF COLONFIBERSCOPE BIOPS IN 460 CASES

Yu Chengyin, et al

Dept · of Pathology, The Second Hospital

This paper analyseh the results of Colonofiberscope in 460 cases and in 716 site. Our basis morphologica changes of numher and distribution of adenoidal bodies and glan dular epithelium were divided into 4 the types. We defined diagnostic criteria of the diagnosis and the anaplasi with the canceration of different Colon-

维普资讯 http://www.cqvip.com

⑨
125-127

重庆医科大学学报 1993年第18卷第2期

治疗大隐静脉曲张手术式的改良
——高位瓣膜环缩成形术

R654.3

第一医院普外科 张依仁 时 德 郁解非 白麟祥 刘象和 兰东长

提 要 本文介绍了治疗大隐静脉曲张的改良手术式，即大隐静脉高位瓣膜环缩成形术。此术式仅剥脱小腿曲张静脉，大腿大隐静脉则通过环缩缝合纠正高位瓣膜功能，而不予高位结扎和剥脱。1987年9月起采用高位属支汇入口下瓣膜环缩成形术32条患肢，1989年9月以后采用隐股瓣膜下环缩成形术35条患肢，共计治疗54例，获良好效果

关键词 大隐静脉；静脉曲张；环缩缝合 血管外科手术
中图分类号 R654.3

治疗大隐静脉曲张，多年一直采用大隐静脉高位结扎加剥脱的手术式。据临床发现，绝大多数病例大隐静脉曲张都发生在小腿，而大腿段大隐静脉仅轻度扩大，无明显病理改变，极少发生曲张。针对这一现象，我们设计了一种改良手术式，即大隐静脉高位瓣膜环缩成形术，纠正高位瓣膜功能，保留大腿段大隐静脉，不予高位结扎和剥脱，而只剥脱小腿曲张静脉。1987年9月～1992年10月我们采用此法治疗大隐静脉曲张54例，获得良好效果。

临床资料

一般资料 本组男34例、女20例，年龄22～71岁。患肢共计67条，左侧43条、右侧24条，其中双侧14例。静脉曲张限于小腿者60条，累及膝以上5cm内者7条、近卵圆窝处呈囊状扩张2条、伴小腿溃疡7条。全组均无深静脉血栓形成病史，患者大隐静脉瓣膜功能试验全部阳性，交通支瓣膜功能试验阳性18条、深静脉通畅试验均阴性。

大隐静脉高位属支汇入口下瓣膜环缩成形术32条，其中一次成功者26条，2次以上成功者6条，另2条因大隐静脉上段已呈囊状扩大，环缩后瓣膜功能未能恢复，而改行高位结扎兼全程剥脱术。

隐股瓣膜下环缩成形术35条，其中1条失败后改行属支汇入口下瓣膜环缩成功。

67条中除2条高位结扎兼全程剥脱外，其余65条仅剥脱小腿曲张静脉、保留大腿段大隐静脉，18条交通支瓣膜功能不全者加行筋膜深面交通支结扎。

手术方法 腹股沟韧带下沿大隐静脉走向作长约6cm皮肤切口，显露大隐静脉，分离各高位属支，分别切断结扎。充分游离大隐静脉后测试大隐静脉高位瓣膜功能：在术野下端用平镊阻断大隐静脉回流，另用一平镊挤压阻断以上静脉内的血液，待其排空后放开近端平镊，排空的血管迅速被倒流血液充盈者表明高位瓣膜功能不全[1]。

属支汇入口下瓣膜环缩成形术：在属支下方0.2～0.3cm处（相当瓣膜下缘水平）用带针5-0或

adenoma. The empnasis about the relationship sites, types and Cancer was analysed. Adenoma of different to Carcinomatous have significance statistically($P<0.01$)

KEY WORDS Adenoma; Anaplasia; Canceration