DOI:10.16016/j.1000-5404.2004.11.036

出扩张器行皮瓣延迟术，术后根据皮瓣血运于7~14 d再行皮瓣转移术。

采用本术式虽然手术分两期进行，手术次数增加，疗程长，但它使皮瓣的应用更广泛，使每次的手术简单易行，效果好，病人痛苦小，供区继发畸形轻，是一种较好的治疗方法。

关键词：胸三角肌轴型皮瓣；面部瘢痕
中图法分类号：R622.1 文献标识码：B

参考文献

[1] 鲁开化，艾玉峰，刘春利，等. 轴型皮瓣供区预扩张术的临床应用[J]. 中华整形烧伤外科杂志，1992，8(3)：230—235.
[2] 程宁新，陈一飞. STE的基础研究进展[J]. 中国修复重建外科杂志，1993，7(1)：44—47.
[3] 陈伯华，司徒朴，徐达传，等. 真皮下血管网皮瓣成活长度的实验研究[J]. 中华显微外科杂志，1994，17(4)：280.
[4] 杨晓惠，陈 强，李容石，等. 胸三角皮瓣修复半侧颜面萎缩的临床研究[J]. 中国美容医学，2000，9(1)：24—28.
[5] 余 东，李傅健. 扩张的胸三角皮瓣修复面颊部瘢痕[J]. 中华整形外科杂志，2003，19(2)：152.

（编辑 陈聪连）

经验交流

文章编号：1000-5404(2004)11-1026-02

前列腺癌144例临床分析

Clinical analysis of 144 patients with prostate cancer

王洛夫，江 军，靳风烁，朱方强，李彦峰，姜 庆，孙中义 （第三军医大学大坪医院野战外科研究所泌尿外科，重庆 400042）

前列腺癌（prostate cancer，PC）是西方工业国家最常见的恶性肿瘤之一[1]，我国前列腺癌的发病率和检出率也呈明显上升趋势[2]。本研究对我院自1966年7月至2002年12月收治的114例前列腺癌患者进行回顾性分析，现报告如下。

1 资料和方法

收集1966年7月至2003年5月我院收治的经病理证实且资料完整的前列腺癌患者144例，对患者的年龄、临床表现、分期、病理、血清PSA及治疗方案等方面进行了统计和总结。

2 结果

年龄37~86岁，平均(67.0±21.6)岁，其中小于50岁的患者7人(4.9%)，50~59岁患者22人，占15.3%，60~79岁104例，占72.2%。

排尿困难106例(73.6%)，血尿19例，尿潴留7例，骨关节痛11例，双肾积水、肾功能不全2例，腹股沟皮肤结节(前列腺癌转移)1例，颈部包块1例，腰痛1例，尿液直肠漏1例。

前列腺质硬126例(87.5%)，其中有硬结者74例(占总病例的51.4%)，质地不硬、无硬结者18例(12.5%)。

行经直肠B超78例，示前列腺增大76例，低回声占位或不均匀回声69例(89%)。

手法指引或经直肠B超引导穿刺活检130例，活检阳性114例(活检阳性率90.3%)，16例未穿到癌组织。另外14例为偶发癌。

行PSA检测95例，PSA值范围2~160 ng。PSA<4 ng/ml 11例(11.6%)，4~10 ng/ml 40例(42.1%)，大于10 ng/ml的病例占46.3%。

行ECT检查53例，发现骨转移41例(77.3%)。

A期14例，B期26例，C期42例，D期62例。晚期(C和D期)104例，占72.2%。

低分化腺癌40例，中分化腺癌19例，高分化腺癌5例，未注明分化腺癌80例。

行前列腺癌根治23例，单纯手术去势32例，手术去势+抗雄激素药物21例，手术去势+前列腺摘除或经尿道前列腺电切38例(其中有12例加用抗雄激素药物)，手术去势+雌激素5例，药物去势+抗雄激素药物2例，放疗2例，未治21例。

3 讨论

前列腺癌是男性常见的恶性肿瘤，病因尚不完全明确，研究认为年龄、性激素水平、遗传、环境、饮食等均与前列腺癌的发生有关[1]。

3.1 前列腺癌的诊断

前列腺癌多发生于50岁以后，起病隐匿，早期通常无症状，这给前列腺癌的早期诊断带来困难。当瘤体增大阻塞尿道时，才出现类似前列腺增生的下尿路梗阻症状，此时多数病例已是晚期(本组晚期前列腺癌占72.2%)。

目前国内外诊断前列腺癌的常用手段包括直肠指检、PSA检测、经直肠B超、前列腺穿刺活检等，而CT、MRI在该病的诊断中缺乏特异性和敏感性，但对前列腺癌的临床分期有重要价值。直肠指检仍是首要的诊断步骤，简单易行。本组指检阳性

作者简介：王洛夫(1970—)，男，山东省莒南县人，博士，主治医师，讲师，主要从事泌尿外科疾病的临床和基础方面的研究。电话：(023)68757344
收稿日期：2004-02-25；修回日期：2004-05-10

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

率为 87.5%。直肠指检有可疑时，应引起高度重视，及时行 PSA、B 超检查及前列腺穿刺活检，有时需要行多次穿刺活检。

PSA 是目前前列腺癌诊断中最重要的标记物，由于 PSA 对前列腺组织有特异性，而对前列腺癌并无特异性，且受到年龄和前列腺体积的影响，因此 PSA 高不一定是前列腺癌，而 PSA 低亦不能排除前列腺癌。Denis 报道 1 组前列腺癌 PSA 正常者占 25%，本组有 11 例病人的 PSA 小于 4 ng/ml，占 11.6%。

3.2　前列腺癌的治疗

抗雄激素治疗（内分泌治疗）一直是晚期前列腺癌的主要疗法。目前对晚期前列腺癌公认的标准内分泌治疗方案为药物或手术去势＋抗雄激素药物（氟他胺、比卡鲁胺等），即复合雄激素阻断治疗[3]。

前列腺癌根治术适用于 A、B 期病人，但由于多数病人初诊即为晚期（本组病例占 72.2%），失去了根治的时机，因此行前列腺癌根治术的病人数相对偏低。本组资料中行前列腺癌根治术患者 23 人，占 15.9%。随着早期诊断技术和水平的提高，相信未来前列腺癌根治术的比例会有所提高。

关键词：前列腺癌；诊断；治疗
中图法分类号：R737.25　　文献标识码：B

参考文献：

[1] Landis S, Murray T, Bolden S, *et al*. Cancer statistics 1999[J]. CA Cancer J Clin, 1999, 49(1): 8－31.
[2] 刘耀庭，李秀霞，程　伟. 泌尿外科肿瘤发病情况的变化[J]. 临床泌尿外科杂志，1997，12(1)：47－48.
[3] Balk S P. Androgen receptor as a target in androgen-independent prostate cancer[J]. Urology, 2002, 60(3 Suppl 1): 132－138.

（编辑　王　红）

文章编号：1000-5404(2004)11-1027-02

经验交流

茎突综合征的诊断和治疗

Diagnosis and treatment of styloid process syndrome

镡旭民，杨　桦，邓安春　　（第三军医大学新桥医院耳鼻咽喉科，重庆 400037）

茎突综合征又称 Eagle 综合征，Eichen 综合征和茎突过长症，发病率约为 1.6%[1]。其临床症状复杂，表现多样。本研究对我院近 10 年来收治的 86 例患者进行了回顾性分析，报告如下。

1　临床资料

1.1　病人

自 1993 年 1 月至 2002 年 10 月，86 例接受手术治疗的茎突综合征患者，男 40 例，女 46 例，年龄 35～61 岁，平均 38.7 岁。临床症状主要表现为咽异物感、咽痛、颈痛、耳痛、头痛、肩痛、胸痛、上肢痛、咳嗽等。其中接受双侧手术者 55 例，单侧手术 31 例。

1.2　诊断标准

根据我们的经验，确定下列诊断标准。①具有前述临床之一。②X 线正位照片，茎突长度≥3.0 cm。③扁桃体区触痛，或能摸到茎突尖。④扁桃体窝周围用 1%利多卡因封闭，能暂时消除或减轻症状。符合其中 3 条，则诊断为茎突综合征。

1.3　手术方法

根据情况采用局麻或全麻，经口或颈外手术径路截断茎突。

1.4　统计学处理

采用 χ^2 检验和 t 检验。

作者简介：镡旭民（1946－），男，黑龙江省哈尔滨市人，硕士，主任医师，教授，主要从事耳聋治疗、毛细胞再生方面的研究，发表论文 39 篇。电话：(023)65223249

收稿日期：2003-05-28；修回日期：2004-01-05

2　结果

茎突正位 X 线检查，平均长度右侧为（3.96±0.67）cm，左侧为（3.98±0.71）cm。左右长度差别经统计学处理，无显著性意义。茎突轴线与颅底平面垂线夹角，16 例＞40°，7 例＜20°。截取的茎突平均长度为（1.92±0.78）cm。无感染及其它合并症出现。86 例患者术后均得以随访 12 个月以上，总症状消除率为 95.3%。其中经口经扁桃体途径手术 50 例，症状消除率 94.0%。经颈外颌下径路 36 例，症状消除率 97.2%。经统计学处理，两组差别无显著性意义。

3　讨论

茎突由胚胎第二腮弓的后部上下两骨化中心发育而来。二者接合有可能发生茎突过长、形态异常和偏斜。另外受附着肌腱、韧带牵拉亦可造成异常的方位变化[2]。茎突舌骨韧带骨化也能带来茎突过长的情况。附于茎突的肌肉韧带腱鞘炎、退行性变，风湿性茎突炎，甚至更年期均可产生相关症状[1]。总之该病的病因尚不完全清楚。

国人茎突平均长 2.52 cm，X 线照片平均长度为 2.95～2.99 cm，通常将 2.5～3.0 cm 作为 X 线照片的正常长度范围。有人提出，颌骨正位全景断层照片（orthopantomography）中，若茎突小于下颌骨升支的 1/3，则认为是正常长度[1]。在颅骨正位 X 线照片上，以茎突长向为轴，与颅底平面垂直成一夹角，正常为 30°左右，＞40°或＜20°认为是茎突方向异常[3]。然而，茎突长度和角度差异均不能作为茎突综合征的唯一诊断标准。临床上

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net