DOI:10.16016/j.1000-5404.2000.12.023

mdr1基因的表达。Hu等[7]的研究表明,mdr1基因可以被抗癌药物如长春新碱,阿霉素等激活,化疗药物本身可能在转录水平直接促进mdr1基因的表达。本实验中P-糖蛋白在正常膀胱粘膜表达水平较低,而在膀胱移行细胞癌表达较高,且复发与初发性膀胱移行细胞癌中的表达有明显差异,这些资料提示,膀胱移行细胞癌多药耐药的获得与后一种假说的关系可能更大。

本实验中,P-糖蛋白的阳性表达率与膀胱移行细胞癌的分级之间差异显著,而与临床分期无显著相关性,这与Beson等[5]的结果一致,而韩瑞发等[8]认为P-gp170的阳性表达率与肿瘤的分级分期相关,而且在Clifford等[4]的实验中,mdr1 mRNA的水平与肿瘤的分级分期有显著的相关性。这些差异可能与样本例数及检测方法等原因有关。

P-糖蛋白过度表达介导的MDR可能是导致化疗失败及膀胱癌复发的重要原因,联合采用耐药拮抗剂逆转MDR是克服肿瘤临床耐药、提高化疗效果的重要手段,钙离子阻断剂如维拉帕米和红霉素均为局部用药毒性极低的耐药拮抗剂,它们与抗癌药物联合应用,可能在膀胱癌治疗中有广阔的应用前景,这些是本研究目前正在开展的工作。

参考文献:

[1] Gottesman M M, Pastan I. Biochemistry of multidrug resistance mediated by the multidrug transporter[J]. Annu Rev Biochem, 1993, 62: 385—427.

[2] 王鹏飞,袁建林,于茂生,等.肿瘤多药耐药相关蛋白及其在膀胱肿瘤中的研究[J].国外医学:泌尿系统分册,1998,18(增刊):125—129.

[3] Doyle L A, Yang W, Abruzzo L V, *et al*. A multidrug resistance transporter from human MCF-7 breast cancer cells[J]. Proc Natl Acad Sci USA, 1998, 95(26): 15 665—15 670.

[4] Clifford S C, Thomas D J, Neal D E, *et al*. Increased mdr1 gene transcript levels in high-grade carcinoma of the bladder determined by quantitative PCR-basede assay[J]. Br J Cancer, 1994, 69(4): 680—686.

[5] Benson M C, Giella J, Whang I S, *et al*. Flow cytometric determination of the multidrug resistant phenotype in transitional cell cancer of the bladder implications[J]. J Urol, 1991, 146(4): 982—987.

[6] Gao L, Duchrow M, Windhovel U, *et al*. Expression of MDR1 Mma and encoding P-glycoprotein in archival formalin-fixed paraffin-embedded gall bladder cancer tissues[J]. Eur J Cancer, 1998, 34(10): 1 612—1 617.

[7] Hu X F, Slater A, Wall D M, *et al*. Rapid up-regulation of mdr1 expression by anthracyclines in a classical multidrug-resistant cell line[J]. Br J Cancer, 1995, 71(5): 931—936.

[8] 韩瑞发,吴长利,张广利,等.膀胱癌多向耐药基因P-gp170的研究[J].中华泌尿外科杂志,1994,15(6):419—421.

(编辑 谢义霞)

经验与短篇

文章编号:1000-5404(2000)12-1178-01

下腔静脉后输尿管3例报告

Report of 3 case of postcaval ureter

程 伟 (安徽省安庆市立医院泌尿外科,安庆 246004)

例1,男,38岁,右侧腰部胀痛2年,绞痛伴血尿共发作4次,于1995年5月入院。体检无异常发现,B超示右肾中度积水,泌尿系X线平片右肾盂区可见一不透光阴影,约1.2 cm×1.0 cm大小,排泄性尿路造影示右肾盂肾盏中度积水,中下段输尿管未显影,左肾正常。肾图示右肾呈梗阻曲线伴中度功能损害,未做逆行造影。诊断为右肾盂结石伴中度肾积水。按肾盂结石进行手术,术中发现肾盂以下的输尿管紧贴腰椎,平第3~4腰椎处右输尿管环绕下腔静脉,分离肾盂与输尿管连接部位上方1 cm处切断,将肾盂结石向下挤移,取出结石1枚,拉出断端,将输尿管移至腔静脉前使之复位,行对端常规吻合,在吻合口处置引流,术后恢复顺利,3周痊愈出院。

例2,女,30岁。右腰痛、尿频、血尿于1997年9月入院。逆行尿路造影表现为右肾及上段输尿管明显扩张,并向中线移位呈鱼钩状。在硬膜外麻醉下手术复位输尿管,采用Harrill方

(下转1182页)

作者简介:程 伟(1972—),男,安徽省安庆市人,医师。电话:(0556)5542664

收稿日期:2000-05-01;修回日期:2000-09-23

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

制TNF的产生及活性的双重作用[10]，减轻肝损害。

综上所述，CCl_4及低浓度酒精中毒引起大鼠肝组织超微结构发生一系列改变可能部分与肝脂质过氧化有关，IGL减轻这种肝超微结构改变可能是通过其抗脂质过氧化反应、抑制炎性反应及抑制炎性细胞因子的产生及活性的作用而发挥的。

参考文献：

[1] 高 峰，李 铣. 国产水飞蓟素的化学成分及抗脂质过氧化活性研究[J]. 沈阳医科大学学报，1997，14(2)：87－88.

[2] 王先明，房献平，文明星，等. 大鼠肝硬化门脉高压模型研究[J]. 湖南医学，1990，7(4)：204－205.

[3] Chojkier M，Houglum K，Solis-Herruzo J，*et al*. Stimulation of collagen gene expression by ascorbic acid in cultured human fibroblast[J]. J Biol Chem，1989，264(28)：16 957－16 962.

[4] 曾庆善，朱小京，谭爱玲，等. CCl_4卵内注射所致鸡肝损害的电镜观察[J]. 湖南医科大学学报，1995，20(4)：323－614.

[5] 巫协宁. 肝细胞坏死的细胞机制及临床涵义[J]. 国外医学：消化系统疾病分册，1996，16(2)：75－79.

[6] Lee K S，Buck M，Hougluk K，*et al*. Activation of hepatic stellate cells by TGF-α and collagen type I is mediated by oxidative stress through c-myb expression[J]. J Clin Invest，1995，96(34)：2 461－2 468.

[7] 蔡卫民. 抗纤维化治疗与评价[J]. 临床肝胆病杂志，1993，9(4)：48－50.

[8] Afanaser I B，Dorozhko A I，Brodski I，*et al*. Chelating and free radical scavenging mechanisms of inhibitory action of rutin and quercetin in lipid peroxidation[J]. Biochem Pharmacol，1989，38(12)：1 763－1 769.

[9] 巫协宁. 肝细胞坏死的细胞机制及临床涵义[J]. 国外医学：消化系统疾病分册，1996，16(2)：75－79.

[10] 张俊平. 水飞蓟素对小鼠肝脏炎症损伤和肿瘤坏死因子的产生及活性的影响[J]. 药学学报，1996，31(8)：577－580.

（编辑 陈聪连）

（上接1178页）

法，行端-端吻合术并应用双J支架管。2周后出院。

例3，男，52岁。右侧肾区酸胀痛3～4年，伴随尿路刺激症状2个月。尿检红细胞(＋)、白细胞(＋)。行静脉肾盂造影示右肾盂及上段输尿管明显扩张，中下段输尿管未显影，左肾正常。逆行肾盂造影示右侧输尿管紧贴并越过第3～4腰椎，呈镰刀形，受压上段及肾盂明显扩张，术中证实在第3～4腰椎处输尿管环绕下腔静脉，受压段较为狭窄。钝性分离松解，使输尿管在下腔静脉后能自行滑动，在输尿管扩张处横行切断并使其复位，应用双J支架管行端-端吻合，患者术后2周康复出院。

讨 论

下腔静脉后输尿管不在下腔静脉的外侧，而从下腔静脉的后面绕过，再回到正常的路线，亦称环绕腔静脉输尿管。下腔静脉后输尿管病列甚为少见，男性与女性患者的比例约为3∶1，由于该病临床症状与体征不明显，易被误诊和漏诊。其临床表现主要是下腔静脉压迫输尿管所致的上尿路梗阻症状，腰部酸胀不适。长期的尿流不畅可引起尿路感染，继发结石，约2/3患者出现血尿。凡原因不明的右肾积水，同时发现右输尿管移位应考虑本病。诊断除依靠病史、体征、尿检、B超、静脉肾盂造影、肾图等常规检查外，右侧尿路逆行造影更能显示右肾盂及上1/3段输尿管积液、扩张及输尿管向中线移位越过3～4腰椎而形成镰刀状或S状畸形。对可疑病例，加拍侧位照片，若造影剂或导管显示在椎体前方，则诊断明确。必要时，可同时行输尿管和下腔静脉造影以明确诊断。

治疗的主要方法为手术，采取何种手术，视肾脏受损程度而定。如果患肾严重积水，长期血尿、感染、结石伴实质重度损害，同时对侧肾功能良好者，应考虑病肾切除。若患侧肾功能尚佳，则采用Harrill方法，即在肾盂输尿管连接处以上切断输尿管，重新放置到腔静脉之前进行对端吻合。此法的优点是肾盂和近端输尿管的血运丰富，再将两断端修剪成斜形而施端-端吻合术，内置双J支架管以引流尿液，手术后吻合部位很少发生狭窄。

根据X线表现可将本病分为低袢型和高袢型，低袢型多见，Harrill方法是低袢型腔静脉后输尿管的治疗原则，而高袢型的病人一般不需要手术[1]。

关键词：下腔静脉后输尿管；诊断；治疗

中图法分类号：R322.63 文献标识码：B

参考文献：

[1] 高伯生，马腾骧，董克权，等. 下腔静脉后输尿管[J]. 中华外科杂志，1998，36(3)：136－137.

（编辑 谢义霞）

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