

浆细胞浸润和散在分布的 Russell 小体, 病变组织中未见到恶性迹象, 结合病史、临床表现及免疫组化, 常规切片诊断并非特别困难。但是需要注意的是, 在冰冻切片中, 浆细胞显得肥胖, 核偏位和染色不明显, 类似上皮样细胞, 若不注意到 Russell 小体, 易误诊为胸腺瘤。

局限性 CD 的治疗相对简单, 只要明确诊断就是手术适应证, 众多报道均认为通过手术切除可治愈。由于肿块界限清楚, 对于纵隔胸腔部位, 除了常规开胸手术外, 胸腔镜也可安全切除肿块^[6]。本例患者是在胸腔镜下取出肿块, 手术顺利, 目前患者一般情况良好。若切除不彻底, 则可能复发, 复发者可再次行手术切除。也有报道小儿腹腔内局限性 CD 采用化疗治愈的^[2]。对于系统性 CD 则缺乏理想的治疗方法, 目前多认为采用手术、化疗、放疗等多种方法联合应用。对于淋巴结肿大显著且可手术切除者, 多建议手术治疗, 对受累广泛、粘连无法切除者, 酌情给予放、化疗。张连斌等^[7]认为, 用泼尼松或者联合化疗可使部分患者病情缓解, 但是缓解时间短, 多数在数月或数年内合并感染或演变为恶性肿瘤而死亡。

【参考文献】

- [1] 潘旭东, 王翎, 李洁. 肺门 Castleman 病一例[J]. 江苏医药, 2008, 34(7): 756.
- [2] 张忠德, 奚政君, 吴湘如, 等. Castleman 病 9 例报道及文献复习[J]. 实用儿科临床杂志, 2005, 20(5): 450.
- [3] 朱梅刚. 恶性淋巴瘤病理诊断学[M]. 广州: 广东科技出版社, 2003: 86.
- [4] 廖松林. 肿瘤病理诊断与鉴别诊断学[M]. 福州: 福建科学技术出版社, 2006: 790.
- [5] 回允中. 外科病理学[M]. 第 9 版. 北京: 北京大学医学出版社, 2006: 1905.
- [6] Seirafi P A, Ferguson E, Edwards F H. Thoracoscopic resection of castleman disease case report and review[J]. Chest, 2003, 123(1): 2280.
- [7] 张连斌, 孙玉鹏. 纵隔巨大淋巴结增生症的诊断及外科治疗[J]. 中华胸心血管外科杂志, 2001, 17(1): 19.

(2009-09-29 收稿 2009-11-15 修回)

(责任编辑 尤伟杰)

包皮过长三种手术方式效果比较

曲龙嘉^{1,2}, 王禾², 刘贺亮², 王文¹

【关键词】 包皮环切器; 包皮环切术; 效果

【中国图书分类号】 R697.12

包皮环切术是治疗包皮过长及防止其并发症的有效方法, 去除多余的包皮以显露龟头, 并尽可能减少患者的痛苦是实施包皮环切术的目的^[1]。常用的方法有传统背侧切开包皮环切术及利用一次性包皮环切器实施包皮环切术。在我国, 采用韩国 GM 商社生产的一次性包皮环切器实施包皮环切术已经开展了 10 年^[2]。对于包皮过长患者, 因为利用包皮环切器实施包皮环切术可以不需要麻醉、止血、缝合、拆线、换药等专业医疗操作技术, 因此此手术可以由患者自行完成, 且患者为自己实施手术, 可以节省大量费用。为了探讨患者使用一次性包皮环切器自我实施包皮环切术的可行性及效果, 我们将包皮过长患者分成 3 组, A 组为患者利用一次性包皮环切器自我实施包皮环切术, B 组为由医师使用包皮环切器实施包皮环切术, C 组为由医师实施传统背侧切开包皮环切术, 对 3 组疗效进行比较。

1 对象与方法

1.1 对象 因患者选择手术方式不同, 采用非随机对照研究方法。选择 2008-12 至 2009-06 在我院门诊部诊断为包皮过长, 并自愿在医师指导下用一次性包皮环切器自我实施包皮环切术的 30 例作为 A 组, 同时期由医师使用包皮环切器实施包皮环切术的 30 例作为 B 组, 由医师实施背侧切开包皮环切术的包皮过长 30 例作为 C 组。因包茎或包皮粘连需要麻醉后切开或分离包皮, 18 岁以下患者无完全民事行为能力, 均作为排除标准。A 组 30 例, 平均(30.9 ± 6.7)岁; B 组 30 例, 平均(31.7 ± 7.0)岁; C 组 30 例, 平均(29.6 ± 6.9)岁。3 组患者年龄差异无统计学意义。

1.2 材料及方法 (1) A 组采取在医师的指导下利用一次性包皮环切器自我实施包皮环切术的方法。选择韩国 GM 商社生产的 CDS 一次性包皮环切器, 根据冠状沟处直径选择合适尺寸的包皮环切器, 指导患者自行将包皮后退, 消毒术区, 将内环置于冠状沟处, 将过长的包皮复位, 用外环将包皮卡在内外环凹槽处, 调整环切器位置后, 张力线 2 根, 每根 2 圈结扎, 确定牢固后去除外环, 术后 2 d 剪去坏死包皮, 术后 7 d 拆除张力线及内环^[2]。以上操作由同一医师指导, 均由

作者简介: 曲龙嘉, 男, 1978 年出生。硕士研究生在读, 医师。主要从事泌尿外科临床工作。

作者单位: 1. 116001 大连, 武警辽宁总队医院大连分院门诊部; 2. 710032 西安, 第四军医大学西京医院泌尿外科

患者自己实施。(2)B组由医师使用包皮环切器实施包皮环切术,材料及手术方法同A组。操作均由同一医师实施。(3)C组采取传统背侧切开包皮环切术^[3],手术操作由同组2名医师实施。

1.3 观察及分析指标 术中观察3组患者手术时间,术后观察患者疼痛时间、包皮内板或系带是否水肿、切口是否出血,术后随访1个月,观察切口是否美观并统计患者总共治疗费用。手术时间、术后疼痛时间、患者总共治疗费用为计量资料;包皮内板是否水肿、切口是否出血,切口是否美观为计数资料,观察及评定由同一名医师完成,其中美观情况是根据术后1个月时切口光滑度、整齐度、对称度及包皮保留长度综合评价分级,切口美观情况分为1~3级,1级为不美观,2级为较美观,3级为很美观。通过上述几项比较3组术式近期临床效果。

1.4 统计学处理 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 的形式表示,整体比较

采用方差分析,组间比较采用 q 检验;计数资料采用 χ^2 检验,全部数据应用SPSS 11.5软件进行统计学分析,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

A组患者术后疼痛时间与B组相比差异无统计学意义,A组患者手术时间长于B组,总共治疗费用少于B组,差异有统计学意义;A组患者手术时间,术后疼痛时间短于C组,手术总共花费少于C组,差异有统计学意义(表1)。A组患者术后包皮内板或系带水肿、术后切口出血及术后1个月切口美观情况与B组相比差异无统计学意义;A组患者术后包皮内板或系带水肿、术后切口出血比例少于C组,术后1个月切口美观度好于C组,差异有统计学意义(表2)。

表1 包皮过长三组患者手术时间、术后疼痛时间、总共治疗费用比较 (n=30; $\bar{x} \pm s$)

比较项目	A组	B组	C组	F	P
手术时间(min)	13.8 ± 2.73	8.5 ± 1.25 ^①	24.5 ± 4.16 ^②	218.97	0.000
术后疼痛时间(h)	2.6 ± 1.32	2.3 ± 1.11 ^①	12.2 ± 5.56 ^②	80.79	0.000
总共治疗费用(元)	123 ± 13	505 ± 9 ^①	451 ± 35 ^②	2501.22	0.000

注:①:A组与B组比较手术时间、术后疼痛时间、总共治疗费用 q 值分别为13.233,0.458,112.339,对应 P 值分别为0.000,0.679,0.000;②:A组与C组比较手术时间、术后疼痛时间、总共治疗费用 q 值分别为24.697,14.656,96.459,对应 P 值为分别为0.000,0.000,0.000

表2 包皮过长三组患者术后包皮内板或系带水肿、切口出血、美观情况比较 (例)

组别	A组	B组	C组	χ^2	P
术后水肿情况比较					
有水肿	5	4 ^①	16 ^②	14.73	0.001
无水肿	25	26	14		
术后出血情况比较					
有出血	1	0 ^①	6 ^②	9.604	0.016
无出血	29	30	24		
切口美观情况比较					
1级	1	1 ^①	5 ^②	20.305	0.000
2级	10	7	19		
3级	19	22	6		

注:①:A组与B组比较术后包皮内板或系带水肿、切口出血、美观情况 χ^2 值分别为0.0,0.752,对应 P 值为1,1,0.687;②:A组与C组比较术后包皮内板或系带水肿、切口出血、美观情况 χ^2 值分别为8.864,2.258,12.854,对应 P 值为0.003,0.108,0.002

3 讨论

医学界把包皮覆盖住全部阴茎头和尿道口但包皮仍可上翻称为包皮过长^[4]。对于包皮过长患者,传统的背侧切开包皮环切术和利用包皮环切器实施包皮环切术是临床较为常用的手术方式。因为手术时间短、术中及术后出血少,切口美观,利用一次性包皮环切器实施包皮环切术效果要优于传统背侧切开包皮环切术^[5]。传统的背侧切开包皮环切术由于阴茎血管较多,一旦止血不彻底,很容易形成血肿;阴茎淋巴管被切断后淋巴液回流障碍,术后包皮水肿较明显;术后尿液浸渍敷料容易造成切口感染和裂开;拆线时有剧烈疼痛;由于切口不整齐,两侧切除的包皮不对称,影响了阴茎的

美观,给患者带来很大痛苦。而利用包皮环切器实施包皮环切术是利用结扎线阻断血管致使多余包皮缺血干性坏死,自然脱落,具有微创的特点,它克服了传统包皮环切手术时间过长、术后疼痛、出血、感染及包皮内板或系带水肿等不足。

利用包皮环切器进行包皮环切术,没有麻醉、结扎止血、缝合、换药、拆线等患者无法完成的操作,所以患者可以自己进行手术及术后处理。国内也曾有过患者利用一次性包皮环切器自我实施包皮环切术的报道^[6]。为此,我们设计了让患者使用一次性包皮环切器自我实施包皮环切术的方案。根据试验结果可以看出,患者使用一次性包皮环切器自我实施包皮环切术可以达到医师亲自操作的效果,并且好于传统包皮环切术的效果,此外,患者自我实施包皮环切术,只需要负担

包皮环切器材料费,不收取手术费,还可以为患者节省很多医疗费用。所以说包皮过长患者使用一次性包皮环切器自我实施包皮环切术安全、简单、可行、效果好、费用低。不足之处是患者的操作没有医师娴熟,所以手术时间较长,并且对于想通过包皮环切器进行包皮环切术的包茎及包皮粘连的患者,因手术需要麻醉,所以只能由医师亲自完成手术。

现实生活中,对于医疗这个特殊的行业环境,患者在诊疗过程中经常处于被动地位,在就医过程中,患者没有主动权,患者会有种把自己的命运交给医师的想法,这就使患者产生忧虑、害怕、害羞、焦躁等心理,不利于患者的治疗与康复。患者也有自尊,由于包皮手术是在人的隐私部位进行,尤其是术者中有女性时,患者会因为害羞变得不自然,造成手术不必要的紧张。如果手术可以由患者主动完成,则可以减少患者的心理负担,对于大多数患者,他们也愿意为自己完成手术。

展望未来,如果进一步完善包皮环切器的使用说明书,包皮过长患者完全可以通过医院、药房、甚至网络等渠道购买包皮环切器,即可在家中按照说明书为自己进行包皮环切术,但

必须在医师指导下进行。

【参考文献】

- [1] Yi Fengpeng, Yue Cheng, Guo Yaowang, *et al.* Clinical application of a new device for minimally invasive circumcision[J]. *Asian J Androl*, 2008;10(3):447-454.
- [2] 王刚,吴士良,徐文峰,等.采用包皮除去环行成人包皮环切术[J]. *中华泌尿外科杂志*, 2001, 22(6):369.
- [3] 俞天麟,金锡御. *手术学全集(泌尿外科手术学)* [M]. 2版.北京:人民军医出版社, 2004:459-461.
- [4] 郭应禄,胡泉礼. *男科学* [M]. 北京:人民卫生出版社, 1994:1-17.
- [5] 张艳庆.包皮环扎与包皮环切术的临床疗效分析[J]. *中国现代药物应用*, 2008, 2(15):91-92.
- [6] 施问国.包皮过长患者采用包皮环自我施行包皮环切术[J]. *医学创新研究*, 2008, 5(9):7-8.

(2009-11-20 收稿 2009-12-27 修回)

(责任编辑 梁秋野)

胰管结石 6 例诊断与手术治疗

杨绥冲,王刚,聂勇,黄建峰,常浩生,路晓林

【关键词】 胰管结石;诊断;外科

【中国图书分类号】 R364.25;R657.51

胰管结石是慢性胰腺炎的一种并发症,临床比较少见。近年来随着内镜逆行胆胰管造影术(edoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP)的成熟,尤其是无创磁共振胆胰管造影术(magnetic resonance cholangiopancreatography, MRCP)技术的发展与应用,胰管结石的检出率不断增加^[1]。我科于2003-09至2008-11收治6例胰管结石患者,均经外科手术治愈。

1 临床资料

1.1 一般资料 6例中,男5例,女1例;年龄23~56岁,平均43.6岁。病史1~8年,伴慢性胰腺炎6例,伴胆总管下段结石1例,伴胆囊结石1例,5例有长期饮酒史。临床表现:上腹疼痛6例,消瘦5例,腹泻4例,伴黄疸1例,血糖升高2例,血、尿淀粉酶高于正常3例。

1.2 影像学检查 B超检查6例均提示主胰管不规则扩

张,其中最大直径2.6 cm,显示胰管结石5例。CT检查提示:胰腺实质不均匀增大或萎缩,呈慢性胰腺炎改变,主胰管扩张,5例胰头、体扩张的胰管内可见高密度灶,呈“串珠样”征象(图1);1例高密度灶位于胰头部,远端胰管扩张。MRCP检查提示:6例患者胰体、尾胰管扩张,伴局限性狭窄,胰管内可见充盈缺损(图2),1例胆总管下段见充盈缺损。

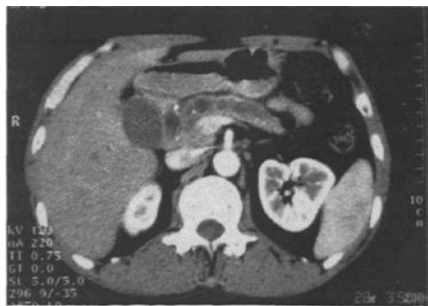


图1 胰管扩张,胰管内多发结石

作者简介:杨绥冲,男,1969年出生。本科学历,副主任医师,科主任。主要从事普通外科临床工作。

作者单位:100037 武警北京总队第二医院普外科