

Billroth I式较 Billroth II式吻合更符合生理,可避免诸多并发症发生。但胃远端恶性肿瘤切除时已切除十二指肠球部和大部分远端胃。Billroth I式吻合,由于吻合口张力大,吻合有一定困难,故宜选用 Billroth II式。后者吻合时宜选用结肠前输入袢对小弯的重建术式,可避免横结肠系膜牵缩压迫肠管造成梗阻。全胃切除后,目前多数医师倾向于构建 J 形空肠袋与食管行 Roux-en-y 吻合,使空肠袋动力降低,从而发挥空肠袋的储袋功能和推迟食物的运转时间<sup>[5]</sup>。本组 16 例术后恢复良好。

前哨淋巴结是从原发肿瘤回流到区域淋巴系统的第一站淋巴结。如果这些淋巴结无转移,则该器官、该区域发生的恶性肿瘤转移到另外的淋巴结的可能性很小,不必进一步扩大手术范围。如果前哨淋巴结有转移,则其他淋巴结转移的危险性很大。因此需要扩大手术范围,以准确了解区域淋巴结转移情况。刘宏斌等<sup>[1]</sup>研究认为,大多数胃癌细胞首先转移至前哨淋巴结,尔后依次为 2,3 站淋巴结。本组取前哨淋巴结活检 15 例,有前哨淋巴结转移 9 例、无前哨淋巴结转移 6 例。

关于术中局部化疗:开腹后用 5-FU 10mL 作肿瘤周围浆肌层注射,可杀灭手术时由于挤压向远处扩散的癌细胞,同时随着药液向淋巴结的回流亦可杀灭残留淋巴结的癌细胞或使癌细胞数量减少。开腹后亦可向腹腔内用温热蒸馏水 200 mL 加 5-FU 500 ~ 1 000 mg 灌注用以杀灭手术时挤压、脱落或残留种植的癌细胞;同时术毕用温热生理盐水冲洗腹腔,并吸尽残留液,以减少残留癌细胞而对于降低术后复发率也有一定帮助<sup>[6]</sup>。

#### 参考文献:

- [1] 刘宏斌,韩晓鹏,孟文喆. 胃癌前哨淋巴结临床意义的研究[J]. 中国普通外科杂志,2006,15(2):82-83.
- [2] 郑磊贞. 胃癌的化学治疗现状[J]. 胃肠病学,2005,10(3):178-180.
- [3] 陈国玉. 进展期胃癌的新辅助化疗[J]. 临床外科杂志,2005,13(8):476-477.
- [4] 王德臣,袁炯,宋世兵. 48 例胃癌根治术的临床体会[J]. 中国普通外科杂志,2006,15(2):147-148.
- [5] 刘凤林,秦新裕. 重视胃癌术后并发症的预防[J]. 腹部外科,2006,19(5):269-270.
- [6] 王舒宝. 合理规范的胃癌外科治疗[J]. 临床外科杂志,2005,13(8):475-476.

文章编号:1005-6947(2008)02-0201-02

## · 病案报告 ·

# 真两性畸形合并先天性无子宫 1 例

杨顺俊<sup>1</sup>, 李维蓉<sup>2</sup>, 陈文化<sup>1</sup>, 杨增玺<sup>1</sup>, 杨玉琴<sup>1</sup>, 杨玉香<sup>1</sup>, 马伶<sup>3</sup>

(甘肃省兰州市第一人民医院 1. 普通外科 2. 妇产科 3. 病理科, 甘肃 兰州 730050)

**关键词:** 两性畸形; 诊断, 鉴别; 病例报告

**中图分类号:** R 711.1 **文献标识码:** D

**患者** 女, 72 岁。已婚。因右腹股沟发现可复性肿块 2 年, 不回纳伴疼痛 11 h, 于 2007 年 10 月 16 日入院。体查: 血压 150/90 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa), 心肺正常。

**基金项目:** 甘肃省兰州市科技局项目 (兰科 200797)。

**收稿日期:** 2008-01-22。

**作者简介:** 杨顺俊, 男, 甘肃省兰州市第一人民医院副主任医师, 主要从事普外科临床和实验方面的研究。

**通讯作者:** 李维蓉 E-mail: liwei-rong3366@163.com

下腹压痛 (+), 反跳痛 (-), 移动性浊音 (-), 肠鸣音正常。右腹股沟区可见一大约 3 cm × 4 cm 的肿块, 质软, 表面光滑, 边界清楚, 不能还纳, 压痛。B 超检查可见右腹股沟区有一约 3 cm × 4 cm 雾状回声团。白细胞  $7.9 \times 10^9/L$ , 中性: 0.81, 诊断: 右腹股沟斜疝并嵌顿。行妇科检查, 外阴已婚式, 阴道畅, 但未扪及宫颈, 顶端为盲端。入院后经充分术前准备, 决定于连续硬膜外腔麻醉下行右腹股沟斜疝修补术。术中见肿块位于右侧腹股沟管内, 腹股沟管膜性化, 与

腹腔相通, 肿块类似卵巢和子宫样结构, 有 3 cm × 4 cm × 5 cm 的与之相连肌性组织, 末端呈伞状开口, 行右侧肌性组织及部分卵巢样组织切除。分次钳夹、切断, 10 号丝线缝扎切除肿物, 残端回纳盆腔。术中因无法确定囊肿和肌性不规则来源及组织、器官, 为防止误切决定取耻骨上 3 cm 横切口另行盆腔探查, 发现盆腔无子宫, 无双附件, 膀胱位置正常。右腹股沟疝环内口约 2 cm 大小, 疝内容物为卵巢和子宫样组织自此嵌顿。切除标本。横切肌性肿块, 实性似玻璃

样变,送冷冻切片病理检查。病理诊断:1.(右)阔韧带囊肿;2.(右)纤维

结缔组织中见发育不良的睾丸曲细精管及卵巢皮质组织,符合真两性畸

形(图1)。遗传染色体为46,XX,46,XY。术后10 d痊愈出院。

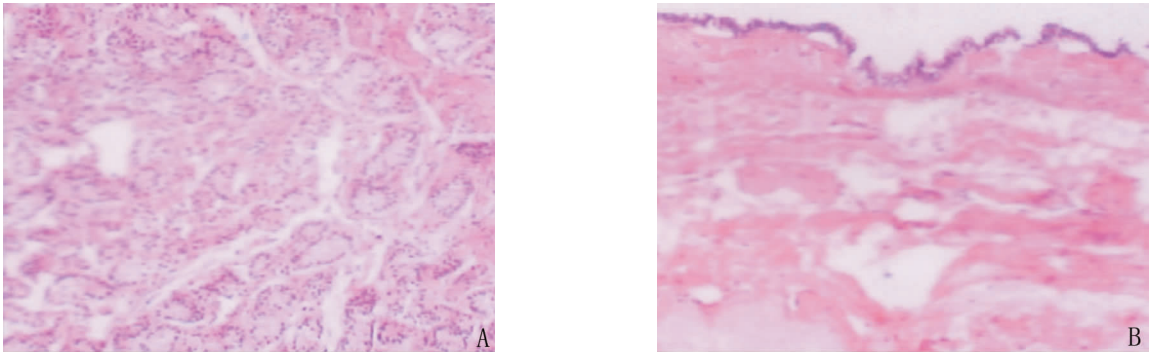


图1 病理诊断结果(HE×10) A:发育不良的曲细精管;B:阔韧带囊肿

**讨论** 真两性畸形也称性分化异常,临床比较罕见,发病率约为1/20 000。根据 Raspa 统计,1899 年以来世界文献共报道 499 例,其中 25% 在 20 岁以后才被确诊<sup>[1-2]</sup>。其特点为同一人体内兼有睾丸和卵巢组织,患者可表现为女性或男性表型,染色体核型可为 46,XX,46,XY 或 46,XX/46,XY。其中 46,XX 约占 60%,而其中 90% 的 SRY 为阴性。真两性畸形的性腺按 Himmans 法分类可分为:(1)双侧型,即两侧均为双重性腺-卵巢(占 20%);(2)单侧型,即双重性腺在一侧(占 40%);(3)分侧型,即一侧性腺为卵巢而另一侧为睾丸(占 40%),染色体核型为 46,XX 的患者,一般盆腔内均有发育完全或不完整的子宫或卵巢存在。男女性别可根据性染色体、性腺、内外生殖器及第二性征加以区别。但有些患者性器官,尤其是外生殖器可能具有男女两性特征,称为两性畸形<sup>[3-4]</sup>。正常女性染色体组型为 46XX,正常男性染色体组型为 46XY。Y 染色体决定性腺向睾丸发育,无 Y 时则发育成卵巢,而性腺的内分泌又影响着内外生殖器及第二性征的发育。本患

者经妇查外阴为已婚式,阴道畅,但未扪及宫颈,顶端为盲端,表明其发育异常。

性别决定机制较为复杂,真两性畸形最终诊断需手术或活检证实同时存在卵巢和睾丸组织。虽然解剖结构上正常穿行腹股沟管的结构有男性的精索与女性的圆韧带;组织器官的发生学上,一个睾丸或卵巢可能处于睾丸正常下降的途中,但卵巢绝大多数在其正常位置不变,偶有子宫疝出,亦必需有睾丸成分的牵引(如卵巢)。因此,国内外常将这一特点作为鉴别诊断腹股沟睾丸(或卵巢)与卵巢的一个重要特征<sup>[5-6]</sup>。本例肛查和 B 超检查均未显示有子宫,在术前高度怀疑嵌顿的肠管的可能性比较大,但术中却意外发现卵巢样组织在腹股沟而不在盆腔,而且无子宫,经组织活检病理学证实为(右)阔韧带囊肿以及发育不良的睾丸曲细精管及卵巢皮质组织,符合真两性畸形。提示,对一个腹股沟肿物,应高度警惕有异常子宫、卵巢或睾丸的可能性,术中应慎重处理嵌顿肿物。

## 参考文献

- [1] Shiraiishi K, Naito K. True hermaphroditism [J]. *Nippon Rinsho.*, 2006, 28; (Suppl 2): 511-514.
- [2] Jaubert F, Nihoul-Fékété C, Lortat-Jacob S, et al. Hermaphroditism pathology [J]. *Ann Pathol.*, 2004, 24(6): 499-509.
- [3] Maier EM, Leitner C, Löhns U, et al. True hermaphroditism in an XY individual due to a familial point mutation of the SRY gene [J]. *J Pediatr Endocrinol Metab.*, 2003, 16(4): 575-580.
- [4] Ortenberg J, Oddoux C, Craver R, et al. SRY gene expression in the ovotestes of XX true hermaphrodites [J]. *J Urol.*, 2002, 167(4): 1828-1831.
- [5] 田秦杰,郭丽娜,郝娜,等. 罕见的卵巢腹股沟异位 1 例分析 [J]. *中华妇产科杂志*, 2004, 39(12): 826-827.
- [6] 杨玉石,林尚伟,周庆明. 两性畸形并子宫、附件疝 1 例 [J]. *中国普通外科杂志*, 2002, 5(11): 292.