



## 前列腺疾病论坛

**开栏语:**前列腺癌的发病率近几年呈逐年上升之势。我国 2005 年数据显示,前列腺癌发病率为每 10 万男性发病 1.0 ~ 1.6 例,2009 年中国肿瘤登记中心报告发病率明显增加。前列腺癌有哪些典型症状?怎样诊疗和预防?应广大读者的要求,本报从本期起特开设“前列腺疾病论坛”系列专题讲座。

# 前列腺癌的化学预防及其治疗手段

## 前列腺癌的化学预防

前列腺癌形成过程约 20~30 年,首先是炎症改变,各种原因导致癌前病变,如增生性炎症性萎缩,前列腺上皮内瘤变(PIN)后,进入雄激素敏感阶段发展为前列腺癌。该过程提示有许多干扰前列腺癌形成的靶点,雄激素对前列腺癌的发展起了决定性作用,而 5-ARI (5 $\alpha$ -还原酶抑制剂)直接影响雄激素的转化,是阻断前列腺癌进程的关键。

非那雄胺对前列腺癌发病风险的化学预防已经比较明确。最新研究发现 PSA 升高对前列腺癌风险有预测作用,而前期活检阴性者风险低,参照这一结果,可以选择活检阳性 PSA 升高的人群化学预防。该研究证实非那雄胺对性功能影响轻微,随着用药时间的延长副作用远远小于抽烟、高血压以及衰老本身对性能力造成的影响。因此有三种情况的人可以选包括非那雄胺在内的 5-ARI (5 $\alpha$ -还原酶抑制剂)进行化学性预防:1. PSA 升高的前列腺癌高危人群;2. 良性前列腺增生进展的高危人群(PSA 升高,前列腺体积增大);3. 历史活检阴性但是有家族史,愿意接受化学预防者。

## 前列腺癌的治疗

前列腺癌的普查筛查工作对早期发现前列腺癌至关重要。在 2001 年我国上海地区前列腺癌在泌尿生殖系统癌症发病率已经从第 3 位上升到首位,由男性 10 大肿瘤原来的第 9 位上升到第 6 位。一旦发现了前列腺癌如何进行治疗呢?临床主要根据前列腺癌肿瘤分期的不同选用相应的方法。1941 年 Huggins 和 Hodges 发现手术去势(双睾丸切除)和雌性激素可以延缓转移性前列腺癌的进展,证实了前列腺癌对雄激素去除的反应性。前列腺细胞在无雄激素刺激的情况下将会发生凋亡。然后抑制雄激素活性的治疗均可称为雄激素去除治疗。在这个理论基础上前列腺癌治疗取得了突飞猛进的重大进展。

### 1 前列腺癌根治性手术治疗

是治愈早期局限性前列腺癌最有效的方法之一。主要手术方式有开放性经耻骨后前列腺癌根治术、腹腔镜下前列腺癌根治术和机器人辅助的腹腔镜前列腺癌根治术。手术要考虑肿瘤的临床分期,以没有侵犯前列腺包膜的早期患者为好,还要考虑患者预期寿命和总体健康状况。但是应当告知患者 70 岁以后伴随年龄增长,手术并发症及死亡风险率会增加。

### 2 外放射治疗

是重要的治疗方法,具有疗效好适应症广,并发症少等优点适合各期前列腺癌患者。近距离照射治疗包括腔内照射,组织间照射,是将放射源密封后直接放入人体的天然腔内或被治疗的组织内进行,治疗

如碘 131 等粒子的植入等。

### 3 内分泌治疗

包括药物去势和手术去势,是目前证明最为有效的手段之一,药物去势的优点在于免除创伤,保存男性器官,目前大多数专家认为,LHRH\_A (促黄体生成素释放激素类似物)抑制睾酮的分泌,抗雄激素类药物(Flutmine)等竞争性阻断雄激素与前列腺细胞上雄激素受体结合,已经成为雄激素去势的“标准化治疗”。主要适应以下情况:

- (1) 对于晚期前列腺癌包括淋巴结或远处转移转移的患者;
- (2) 局限早期或晚期前列腺癌由于各种原因,如严重的心肺功能障碍无法行根治性前列腺切除或放射治疗者;
- (3) 根治性前列腺切除术或根治性放疗前的新辅助内分泌治疗,

内分泌治疗可在 6~8 月内明显缩小前列腺体积,增强局部治疗效果,同时可降低对直肠和膀胱的损伤,缩小肿瘤本身也有利增加手术和放疗的效果;

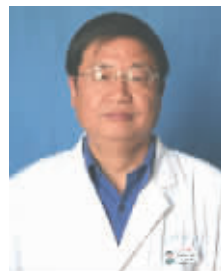
(4) 前列腺根治性切除术后或放疗后辅以内分泌治疗可以治疗切缘残余病灶,残余的阳性淋巴结,微小转移病灶,提高长期存活率。现在多数主张术后或放疗后即刻开始;

(5) 治愈的患者治疗后局部复发,无法再做其他治疗;或治愈后发生远处转移者;

(6) 对于非激素依赖性前列腺癌雄激素受体仍具有活性,因此必须继续雄激素抑制治疗。采用药物去势的患者,如血清睾酮未达到去势水平(血清睾酮应小于 50ng/ml),则应行手术去势或雌激素治疗,使睾酮达到去势水平。

## 推荐专家

吴天麟 主任医师 教授  
首届徐州市人民满意医生



对泌尿生殖系统肿瘤、肾上腺疾病、男性学及肾脏移植有丰富的理论基础和临床经验,经常受邀到苏鲁豫皖淮海经济区范围内的市县级医院讲学会诊,是本地专业及学术学科带头人之一,多次受邀参加徐州市科委、徐州医学院研究生部科技成果招投标评审、研究生论文答辩、江苏省卫生系列高级职称评审专家组答辩等。2010 年被评为徐州市人民满意医生。

擅长各种泌尿外科肿瘤的综合治疗,前列腺男科疾病的临床诊治,泌尿系统疑难杂症的诊治,慢性肾功能衰竭的外科治疗、肾脏移植等。

专家门诊时间:周一、三全天  
咨询电话:18952172029

脑动脉瘤并非实质性肿瘤,它是供应大脑的动脉血管在生长发育过程中发生异常,经血流长期冲击,局部血管壁变薄,逐渐膨出而产生的。从外形上看就好像动脉上长出了一个气球样的“瘤子”,因此得名“动脉瘤”。

# 发病急危、病情凶险的脑动脉瘤

## 脑动脉瘤破裂之前的症状

由动脉瘤小量出血所造成的突发剧烈的头痛,常常病人描述为“撕裂”、“炸开”样痛;其次是因动脉瘤增大压迫邻近神经组织而引起症状如眼睑下垂、一侧眼睛睁不开、复视、偏盲、视力丧失以及面部疼痛等。另外亦有因血管痉挛而出现缺血症状等。

## 脑动脉瘤破裂出血临床表现

1. 动脉瘤一旦破裂出血,临床表现为严重的蛛网膜下腔出血,头痛剧烈,形容如“头要炸开”。频繁呕吐,大汗淋漓,体温可升高;颈强直,克氏征阳性。也可能出现意识障碍,甚至昏迷。部分病人出血前有劳累,情绪激动等诱因,也有的无明显诱因或在睡眠中发病。约 1/3 的病人,动脉瘤破裂后因未及时治疗而死亡。多数动脉瘤破裂口会被凝血封闭而止血,病情逐渐稳定。随着动脉瘤破口周围血块溶解,动脉瘤可能再次破溃出血。二

次出血多发生在第一次出血后 2 周内。部分病人出血可经视神经鞘侵入玻璃体引起视力障碍。蛛网膜下腔出血后,红细胞破坏产生 5-羟色胺、儿茶酚胺等多种血管活性物质作用于脑血管,发生血管痉挛,发生率为 21%~62%,多发生在出血后的 3~15 天。局部血管痉挛只发生在动脉瘤附近,病人症状不明显,只在脑血管造影上显示。广泛脑血管痉挛,会导致脑梗死发生,病人意识障碍、偏瘫,甚至死亡。

2. 局灶症状:取决于动脉瘤的部位、毗邻解剖结构及动脉瘤大小。动眼神经麻痹常见于颈内动脉-后交通动脉瘤和大脑后动脉的动脉瘤,表现为单侧眼睑下垂、瞳孔散大,内收、上、下视不能,直、间接光反应消失。有时局灶症状出现在蛛网膜下腔出血之前,被视为动脉瘤出血的前兆症状,如轻微偏头痛、眼眶痛,继之出现动眼神经麻痹,此时应警惕随之而来的蛛网膜下腔出血。大脑中动脉的动脉瘤出血如形成血肿;或其他部位动脉瘤

出血后,脑血管痉挛脑梗死,病人可出现偏瘫,运动性或感觉性失语。巨大动脉瘤影响到视路,病人可有视力视野障碍。动脉瘤出血后,病情轻重不一。为便于判断病情,选择造影和手术时机,评价疗效。

## 脑动脉瘤的检查

如果发生蛛网膜下腔出血怀疑有动脉瘤,应立即住院,通常需进行以下检查:1. CT 扫描:可以敏感看到蛛网膜下腔出血。2. 腰椎穿刺(已被临床放弃)。3. 血管造影:CTA。4. 磁共振成像, MRA。5. DSA: 仍是诊断动脉瘤的“金标准”。

## 脑动脉瘤的治疗

### 开颅夹闭术

在相应的部位切除部分颅骨,探查脑和血管的情况,在发现动脉瘤后,小心地将它与周围的脑组织分离开来,然后用动脉瘤夹夹在动脉瘤的颈部,使之与供血动脉隔

离。随着手术显微镜的发明、显微外科技术的发展以及新型动脉瘤夹的使用,夹闭术逐渐成为动脉瘤的标准治疗方法,不过,它仍然是一种侵入性的、技术上相对复杂的操作过程。

### 血管内弹簧圈栓塞术

GDC 是一种由钛合金制成的柔软的金属螺旋线圈。首先在腹股沟部位做一小切口,在股动脉插入一根导管,沿着血管一直延伸到脑动脉瘤的部位,通过导管将 GDC 放入动脉瘤腔内。这时,瘤腔内的血流速度明显减慢和停滞,逐渐形成血栓而阻塞动脉瘤腔。目前该项技术已经成熟。

## 专家提示

脑动脉瘤首发症状多为蛛网膜下腔出血。如突发头痛伴一侧动眼神经麻痹者应想到本病。药物对动脉瘤无直接作用,可开颅行直接动脉瘤夹闭术;亦可根据情况,选用放射血管介入的方法栓塞动脉瘤。

## 推荐专家



郑成  
市中心医院神经外科副主任  
主任医师

1989 年毕业于徐州医学院临床医学系,1996 年进修于北京医科大学附属人民医院神经外科,2007 年于南京军区总医院神经外科学习。发表省级以上论文 10 余篇,承担市级科研课题 1 项。

擅长颅脑外伤、脑肿瘤、脑出血的显微手术治疗,对微创手术和立体定向放射治疗有丰富的临床经验。

专家门诊时间:  
周三全天  
咨询电话:  
18952171133