

文章编号:1005-6947(2008)09-0902-06

· 临床研究 ·

胰腺实性假乳头状瘤的诊断和治疗: 附8例报告及国内文献资料分析

孙冠青¹, 陈创奇¹, 姚嘉茵², 石汉平¹, 何裕隆¹, 詹文华¹

(1. 中山大学附属第一医院 胃肠胰外科, 广东 广州 510080; 2. 中山大学中山医学院 临床医学系, 广东 广州 510060)

摘要:目的 分析国内胰腺实性假乳头状瘤(SPTP)的诊疗现状及影响预后的因素。方法 回顾性分析收治的8例SPTP和国内报道的397例SPTP的临床、影像、病理特征,并结合临床随访信息评价治疗与预后。结果 91.36%的SPTP发生于女性,平均年龄26.76岁,40.99%的患者无主观症状;术前CT在判断肿瘤性质、位置方面较B超准确,肿瘤分布于胰头颈与胰体尾的比例大致相当;手术是主要的治疗方式,3.71%患者术后发生胰瘘;95.40%的患者在一次或二次手术后可获得平均23.5月无病生存,肿瘤进展率5.02%。病理检查是SPTP的确诊方法,免疫组化特征是Vim, AAT, AACT阳性,而Ins, Glu, CEA阴性。此外,笔者收治的62.50%病例合并HBeAb阳性。结论 SPTP为主要发生于年轻女性、具有低度恶性潜能的少见肿瘤,术前主要靠CT诊断,术后免疫组化检测可以确诊,手术是主要并且有效的治疗方法,预后受性别、手术方式、肿瘤包膜完整性等因素影响。

[中国普通外科杂志, 2008, 17(9): 902-907]

关键词: 胰腺肿瘤/外科学; 实性假乳头状瘤; 预后; 综述文献

中图分类号: R 735.9 文献标识码: A

Diagnosis and treatment of solid pseudopapillary tumor of pancreas: a report of 8 cases with review of domestic literature

SUN Guanqing¹, CHEN Chuangqi¹, YAO Jiayin², SHI Hanping¹, HE Yulong¹, Zhan Wenhua¹

(1. Department of Gastrointestinal and Pancreatic Surgery, the First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University, Guangzhou 510080, China; 2. Department of Clinical Medicine, Zhongshan School of Medicine, Sun Yat-sen University, Guangzhou 510060, China)

Abstract: **Objective** To study the diagnosis, treatment and prognostic factors of solid and pseudopapillary tumor of the pancreas (SPTP) in domestic. **Methods** Eight cases with SPTP in our hospital and a review of 397 others from the literature of China were analyzed. Clinical, radiographic and pathologic features were collected, and influence factors of prognosis were evaluated. **Results** The patients (91.36% women) were of mean age 26.76 years; 40.99% of the patients were without subjective symptoms. CT was more precise than ultrasonography in determining tumor nature and location. The tumors were evenly distributed in the head/neck and body/tail of the pancreas. Surgery was the main therapeutic approach; 3.71% patients developed postoperative pancreatic fistula usually after local resection. Pathology was the definitive diagnostic method. Most tumors were positive for vimentin, α -antitrypsin and α -antichymotrysin, while negative for insulin, glucagon and CEA. Disease-free survival of mean 23.5 month was achieved in 95.40% cases after initial or second surgery. Tumor advanced in 5.02% of the patients. In our center, 62.50% of cases had

收稿日期:2008-05-26; 修订日期:2008-09-16。

作者简介:孙冠青,男,中山大学附属第一医院住院医师,主要从事营养支持治疗,创伤愈合,胰腺良性肿瘤方面的研究。

通讯作者:石汉平 E-mail:shihp38@hotmail.com

been infected by HBV. **Conclusions** SPTP mainly occurred in young females and is a potentially low-malignancy tumor. Preoperative diagnosis is made through CT exam and postoperative diagnosis is confirmed by immunochemistry and pathology. Surgery is the predominant and effective method of treatment. Probable prognostic factors include gender, surgical modality and integrity of tumor capsule.

[Chinese Journal of General Surgery, 2008, 17 (9) : 902 - 907]

Key words: Pancreatic Neoplasms/surg; Solid Pseudopapillary Tumor; Prognosis; Review Literature

CLC number: R 735. 9

Document code: A

胰腺实性假乳头状瘤 (solid pseudopapillary tumor of pancreas, SPTP) 是一种少见的胰腺肿瘤, 发病率低, 占有胰腺肿瘤的 1% 以下^[1]。1996 年 WHO 命名为胰腺实性假乳头状瘤^[2], 认为此名称能代表肿瘤的主要特征, 即组织学上均由实性区、假乳头状区及两者的过渡区组成, 生物学行为未定或具有交界性恶性潜能。近年国内报道的 SPTP 逐渐增多, 然而该病术前诊断率极低, 常被误诊为胰腺囊腺瘤/囊腺癌、胰岛细胞瘤或腺泡细胞癌, 从而扩大手术切除范围、增加术后并发症发生率和患者的心理负担, 或因误诊为胰腺假性囊

肿在囊肿-空肠吻合术后需要二次手术, 因此提高对本病的认识具有十分重要的临床意义。现对我院收治的 8 例和国内文献报道的 397 例 SPTP 的诊疗资料进行分析。

1 资料来源

1.1 本院资料

1996 年 1 月—2008 年 2 月间我院共收治 SPTP 患者 8 例 (表 1), 所有患者均通过本院病理检查确诊为 SPTP。术后均由本院进行电话随访, 随访截止日期为 2008 年 2 月 1 日 (表 1)。

表 1 本院 2000—2008 年收治 SPTP 患者基本情况一览表

例序	性别	入院时间	年龄(岁)	肿瘤部位	性质	长径(cm)	手术方式	肿瘤细胞免疫组化													随访时 间(月)	随访 结果		
								Vim	AAT	NSE	CgA	Syn	PR	ER	S-100	CK	CD10	CEA	Som	Glu			Ins	
1	女	2000-12-7	17	胰颈体	实性	6	胰腺节段切除	-	-	-	-	(±)	(+)	(-)	-	-	-	-	-	-	-	-	0	失访
2	女	2003-4-11	33	胰体尾	囊实性	13	胰体尾脾切除	-	(+)	(+)	-	(-)	(+)	(±)	-	+	-	(-)	-	-	-	-	58	未复发
3	女	2003-1-3	39	胰体尾	囊实性	15	胰体尾脾切除	-	-	-	-	-	-	-	(+)	(+)	-	-	-	-	-	-	54	未复发
4	女	2003-8-20	19	胰头	囊实性	12	胰十二指肠切除	(+)	-	(+)	(-)	-	(±)	-	-	-	-	(-)	-	-	-	-	52	复发
5	男	2004-10-22	37	胰体尾	囊性	5	肿瘤切除	(+)	(+)	(-)	(-)	-	(+)	(-)	-	(-)	-	-	(-)	(-)	(-)	(-)	39	未复发
6	女	2005-8-22	17	胰尾	实性	17	肿瘤切除	-	-	-	-	-	(+)	(+)	-	-	-	(-)	-	-	-	-	30	未复发
7	女	2005-11-9	13	胰头	囊实性	7	胰十二指肠切除	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27	未复发
8	女	2007-12-25	38	胰颈体	囊实性	5	胰腺节段切除	-	(+)	-	-	-	-	-	-	-	(-)	(+)	-	-	-	-	1	未复发

1.2 国内文献报道的资料

通过计算机文献检索中文数据库 (CNKI), 收集国内 1996 年 1 月—2008 年 2 月公开发表的有关 SPTP 的病例报告, 采用篇名检索方法进行, 检索词为实性假乳头状瘤。纳入标准为 1996 年—2008 年间国内公开发表的 SPTP 病例和个案报告, 排除标准: (1) 重复发表的文章; (2) 研究的病例已经包含在其他报告的病例中。重复发表的文章取最近发表的 1 篇, 但如果研究的病例不同则可以都入选。检索完毕后根据研究目的提取临床资料、影像学检查结果、术式和病理结果

等数据, 综合本院病例数据进行分析。

1.3 统计学方法

组间构成比的比较采用卡方检验, 理论数过小时, 用 Fisher 确切概率法 (Fisher exact test), 研究影像、病理表现与肿瘤进展的关系, 并比较不同术式的并发症发生率与肿瘤进展率差异, $P < 0.05$ 时认为具有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料

国内标题含有“胰腺实性假乳头状瘤”并被

CNKI 收录的文献共有 64 篇,其中病例 ≥ 8 例共 26 篇,连同本院 8 例共 405 例,其中女性 370 例 (91.36%),男性 35 例 (8.64%);年龄 7 ~ 65 (平均 26.76) 岁。病程 2 d 至 5 年不等,平均病程 7.69 个月,急诊入院患者 6 例 (1.48%),分别因急性胰腺炎 (2 例) 和腹部创伤后急腹症 (4 例) 入院。最常见症状依次是上腹部疼痛 (104 例,25.68%),腹胀 (64 例,15.80%),恶心呕吐 (12 例,2.96%),另有 166 例 (40.99%) 无主观症状。除报道血/尿淀粉酶有 2 例升高,CA199 及 AFP 各有 1 例升高外,所有病例的血/尿淀粉酶,血糖,CA199,CA125,CA50,CEA,AFP,CA242 水平均正常。本院病例中 HBcAb 阳性 5 例 (62.50%,5/8),其中 4 例为乙肝小三阳 (50.00%,4/8)。

2.2 影像学检查

405 例中行 B 超检查 75 例,肿瘤长径 3.2 ~ 12.0 cm,平均 6.90 cm,均为单发。42 例报告了肿瘤位置:肿瘤位于胰头、胰体尾、胰体、胰尾、胰外分别占 52.38% (22/42),2.38% (1/42),14.29% (6/42),19.05% (8/42),11.90% (5/42)。肿瘤实性、囊性为主和囊实性相仿分别占 17.39%,10.14%,72.46% (图 1-2)。所有肿瘤均有包膜 (100%),除 3 例外边界均清楚 (96.00%)。肿瘤内部有血流信号占 78.38%。行 CT 检查 180 例,肿瘤长径 2 ~ 17 cm,平均 7.45 cm,均为单发。肿瘤位于胰头颈、胰头、胰颈分别占 3.33% (6/180),44.77% (77/180),4.44% (8/180),胰体尾、胰体、胰尾分别占 17.22% (31/180),8.33% (15/180),19.44% (35/180),胰外 4.44% (8/180)。肿瘤性质为实性、囊性、囊实性分别占 22.50%,18.75%,58.75% (图 1-2)。有关肿瘤包膜的描述均报道有包膜 (100%),包膜完整者 54 例,包膜不完整者 13 例,包膜完整例数:不完整例数 = 4.2:1,除 2 例外均报道肿瘤边界清楚 (96.92%)。此外,肿瘤合并胆管扩张 2 例 (1.11%),胆囊肿大 2 例 (1.11%),胰管扩张 4 例 (2.22%),肝转移 2 例 (1.11%),2 例肿瘤包绕肠系膜上动静脉 (1.11%)。所有 CT 检查均未发现异常淋巴结影。所有增强扫描显示肿瘤实质轻度强化,囊性部分始终不强化。

本院和国内资料记录了 84 例术前诊断结果,术前诊断为 SPTP 仅 10 例 (11.90%),其他诊断包括胰腺囊腺瘤 (23 例,27.38%),胰岛细胞瘤

(11 例,13.10%),神经内分泌肿瘤 (9 例,10.71%),胰头癌 (4 例,4.76%),胃平滑肌瘤 (3 例,3.57%),胰腺假性囊肿 (2 例,2.38%),畸胎瘤 (1 例,1.19%),囊腺癌 (1 例,1.19%)。另有 20 例 (23.81%) 术前诊断为胰腺良性肿瘤或腹膜后肿瘤,未进一步明确诊断。

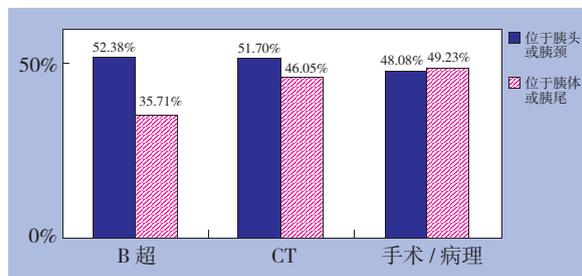


图 1 各种检测方法提供的肿瘤性质

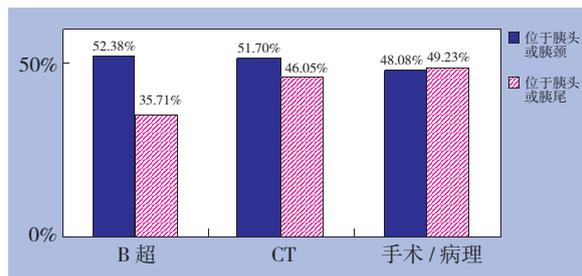


图 2 各种检测方法提供的肿瘤部位

2.3 手术治疗

除 1 例因肿瘤侵及肠系膜血管放弃治疗外,405 例中 404 例患者接受全麻下的开腹手术 (本院 1 例入院时因合并梗阻性黄疸,于开腹手术前 1 个月行 PTC 胆管引流术)。文献中描述了术中肿瘤情况者 260 例,术中见肿瘤位于胰头颈 2 例 (0.77%),胰头 111 例 (42.69%),胰颈 10 例 (3.85%),胰颈体 4 例 (1.54%),胰体 30 例 (11.54%),胰体尾 44 例 (16.92%),胰尾 52 例 (20.00%),腹膜后 4 例 (1.54%),肠系膜 2 例 (0.77%),左肾上腺 1 例 (0.38%) (图 2)。肿瘤长径 (以病理结果为标准) 3 ~ 22 cm,平均 7.79 cm。3 篇文献 (共 36 例) 描述肿瘤均起源于胰腺边缘、呈外向性生长。

肿瘤侵犯周围脏器及组织共 21 例 (8.08%),包括侵犯十二指肠 5 例,门静脉 4 例,脾脏 4 例,脾静脉 2 例,肠系膜上静脉 2 例,胃壁 2 例,横结肠 1 例,左肾 1 例。此外肝转移 3 例 (1.15%),其中 1 例合并腹腔广泛转移;腹膜后淋巴结肿大

3例(1.15%),其中1例病理确诊淋巴结转移(0.38%)。所有手术病例未见腹水。

本院和国内资料记录了196例SPTP的手术方式,其中肿瘤局部切除66例(33.67%),肿瘤节段切除加胰肠或胰胃吻合18例(9.18%),胰头切除2例(1.02%),胰头联合部分十二指肠切除4例(2.04%),胰十二指肠切除41例(20.92%),胰体尾联合脾切除37例(18.88%),胰体尾切除17例(8.67%),胰尾切除3例(1.53%),胰尾脾切除4例(2.04%)。因出现转移或与重要脏器粘连无法根治而采取姑息切除(减瘤术)4例(2.04%),其中2例术后接受肝动脉栓塞化疗和 γ -刀放疗。

2.4 治疗结果

术后主要的并发症是胰痿(15例),发生率为3.71%。其他短期并发症有胰腺炎(3例,0.74%),切口愈合障碍(3例,0.74%),胃瘫(2例,0.50%),胆痿(1例,0.25%),上消化道出血(1例,0.25%)。后期并发症有脂肪泻(3例,0.74%)和糖尿病(1例,0.25%)。239例获得随访,随访时间由半个月至25年不等,平均31.04个月。220例(92.05%)获得根治,无瘤生存平均时间23.5个月。10例(4.18%)术后出现肿瘤局部复发,中位复发时间24个月;2例(0.84%)术后出现肝转移,转移时间分别为3个月和46个月。10例复发患者中8例接受第二次根治手术,无瘤生存平均时间21.6个月;2例转移患者1例未予治疗,1例发现转移后失访。复发/转移后未予治疗的3例连同前述4例肿瘤姑息性切除患者带瘤生存9~62个月,中位时间25个月。一篇文献报道了3例死亡病例(1.26%(3/239)),分别在术后12,20,25个月死于SPTP。

2.5 病理

本院和国内资料记录了197例SPTP的病理检查结果,肿瘤呈实性、囊性、囊实性分别占29.57%,18.82%,51.61%(图1)。131例肿瘤内部有出血坏死(66.50%)伴泡沫样细胞聚集,16例出现钙化(8.12%)。肿瘤有完整包膜、不完整包膜、包膜受侵犯和无包膜分别占78.68%,16.75%,13.71%,4.57%。高倍镜下,肿瘤细胞核分裂像罕见,18例出现细胞异形性(9.14%,18/197)。

肿瘤细胞浸润血管5例(2.54%,5/197),浸润神经11例(5.58%,11/197),向外主要侵犯

胰腺,共34例(17.26%,34/197),其他侵犯或转移的脏器有脾(1.02%,2/197),十二指肠(2.03%,4/197),膈肌(0.51%,1/197),肝(1.52%,3/197),大网膜(1.02%,2/197)。淋巴结转移(1.52%,3/197),其余送检淋巴结均为反应性肿大。

免疫组化结果(括号内为阳性例数/总例数):PSA(prostate specific antibody, 1/1), Vim(183/194), AAT(136/145), CD117(7/8), AACT(α -antichymotrysin, 77/94), NSE(111/146), CD56(21/32), CD10(24/38), PR(83/140), Syn(83/156), α -SMA(4/8), AE1/AE3(23/56), pS2(6/20), CK(30/101), PCNA(4/17), act(actin, 4/17), CgA(38/160), S-100(12/56), Glu(8/55), EMA(10/71), Ki-67(1/10), ER(9/88), Ins(8/114), CD34(1/40), CEA(0/34), Gas(Gastrin, 0/42)(图3)。

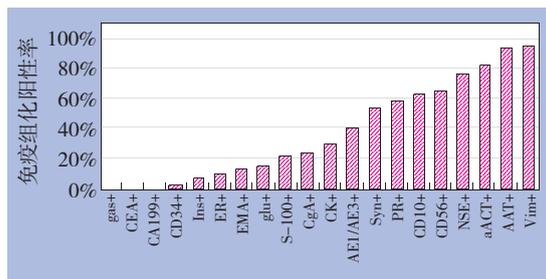


图3 SPTP 免疫组化结果

3 讨论

SPTP的主要发病机制是细胞骨架分子 β -catenin基因3号外显子34位点的甘氨酸残基变为精氨酸或缬氨酸残基^[3],该突变导致 β -catenin无法降解、聚集于胞浆、胞核内,促进cyclin D1和MYC等原癌基因的转录,从而导致肿瘤发生,但SPTP细胞也高表达抑癌基因产物p27和p21,而使肿瘤呈惰性发展^[4]。SPTP细胞的catenin, E-cadherin异常地集中在细胞核内^[3],而细胞膜反而缺乏这两种分子,导致细胞之间缺乏黏附,肿瘤细胞容易脱落形成间隙和空腔,从而使肿瘤在B超和CT上表现为囊实性肿物、病理上表现为乳头状结构。

本院SPTP病例中,62.50%合并HBV感染,50.00%为乙肝小三阳。Hohenberger^[5]报道7%的胰腺癌患者胰腺腺泡上皮和导管细胞表达并分

泌 HBsAg,提示胰腺是 HBV 的靶器官;Cha 等^[6]发现 HBV 病毒蛋白 HBx 可以使肿瘤细胞过度表达 β -catenin。虽然以上报道提示 HBV 感染与 SPTP 发病机制有一些共同点,但因缺乏相关研究,SPTP 与 HBV 的关系尚待进一步证实。

SPTP 起源于胰腺边缘,呈膨胀性生长,所以大多病例起病隐匿,本院和国内文献均有 40% 左右病例缺乏主观症状,其他患者因肿瘤体积较大,出现腹痛、腹胀等症状而入院,说明 SPTP 症状多与周围脏器压迫有关。

SPTP 好发于年轻女性,男性患者仅占少数。国内文献报道的 3 例淋巴结转移病例中 2 例为男性,2 例脾转移中 1 例为男性,网膜种植的 2 例则全部是男性,提示男性性别与 SPTP 恶性程度增高有关,机制尚不清楚,笔者认为可能因肿瘤细胞表达 PR,孕激素与 PR 结合可以促进 p21 和 p27 的表达,抑制肿瘤细胞增殖^[7]。而男女性别体内孕激素水平差异导致了 SPTP 的增殖速度和疾病预后不同。所以有学者建议男性 SPTP 患者手术方式不应保守,术后随访应更密切^[8]。

本院 B 超和 CT 检查结果显示,CT 对于 SPTP 的术前确诊较 B 超帮助更大,在肿瘤的定位、性质判断方面均较 B 超准确,从国内文献也可以看出 CT 检查结果更接近手术和病理结果(图 1-2),此外 CT 还可以判断肿瘤与周围脏器的关系从而决定术式,因此对于临床考虑 SPTP 的患者,术前 CT 检查是必不可少的。包膜是 SPTP 的 CT 检查特征。CT 显示包膜不完整的 13 例中出现 1 例肝转移和 1 例局部复发,而包膜完整的 54 例中无一复发或转移,肿瘤进展差异具有统计学意义($P=0.035$),提示肿瘤突破包膜与复发/转移关系密切。与之相符,病理提示无包膜的 9 例病例亦有 1 例局部复发,而有完整包膜的 155 例无一复发或转移,差异亦具有统计学意义($P<0.001$)。

根据 CT 等影像学资料,SPTP 术前最常被诊断为胰腺囊腺瘤。与 SPTP 的治疗特点类似,胰腺囊腺瘤恶性程度低于胰腺癌,手术切除机会较大,根据肿瘤部位标准术式应选择胰十二指肠切除或胰腺节段切除或胰体尾切除(即使对于恶性程度较低的浆液性囊腺瘤亦是如此^[9]),术后不需放疗或化疗。这些治疗上的相似点使得术前鉴别两者的意义不大。

手术切除是 SPTP 的主要治疗方法。关于手术范围有两种看法:(1)有学者认为^[10-11],SPTP

的复发/转移率 5%,国外报道更高,应行根治术以避免肿瘤复发或转移;(2)另有学者认为^[12-13],肿瘤即使出现复发或转移,再次手术也能收到良好的效果,患者也能获得长期生存,所以应尽量行单纯肿瘤切除术,以避免扩大切除范围带来的并发症。国内文献统计,64 例肿瘤局部切除者有 8 例发生胰痿,35 例胰体尾联合脾切除者有 3 例发生胰痿,39 例胰十二指肠切除者有 1 例发生胰痿,术后并发症发生率无显著差异($P>0.05$);后期并发症方面,66 例肿瘤局部切除者有 4 例出现肿瘤局部复发,78 例胰体尾联合脾切除和胰十二指肠切除者仅 1 例复发($P=0.179$)。所以笔者认为,胰体尾切除或胰十二指肠切除不仅有降低肿瘤复发率的趋势,而且不增加并发症如胰痿、糖尿病的发生率,应成为 SPTP 的标准术式。

国内文献和本院的结果提示 Vim, AAT, AACT, CD10(提示腺泡细胞来源),NSE, Syn, CD56(提示神经内分泌来源),PR(提示生殖细胞来源)阳性,Ins, Glu, CEA 阴性是 SPTP 的免疫组化特征。所以有学者认为 SPTP 可能来源于左侧生殖脊细胞,在发育过程成为胰腺组织的一部分,从而与卵巢上皮细胞有一些共同的免疫组化特征如 Vim, PR, ER, CK 阳性^[14]。

本篇报道 SPTP 术后肿瘤进展率为 5.02%,与国内较早时期统计的 5% 相符^[15],低于国外统计的 10%~15%^[8]。因为国内近几年才开始逐渐认识 SPTP 这种疾病,平均随访时间较短,仅为 31 个月,而 SPTP 的倍增时间约 25.5 个月^[16],肿瘤的中位复发/转移时间为 24 个月,最长复发时间达 18 年,所以目前的随访结果还不足以反映 SPTP 真正的预后情况。随着时间推移,可能复发、转移 SPTP 病例的报道会有所增加。

综上所述,SPTP 是一种起源于生殖脊细胞的胰腺肿瘤,91% 发生于女性,肿瘤可来源于胰腺的任何部分。起病隐匿,症状多与周围脏器压迫有关,术前 CT 检查可以初步明确肿瘤的位置范围及生物学特性。手术是主要的治疗方式,术式可采用胰体尾切除或胰十二指肠切除术,以减少术后复发和转移。病理检查是 SPTP 的确诊方法,免疫组化特征是 Vim, AAT, AACT 阳性,而 Ins, Glu, CEA 阴性。95% 的患者在一次或二次手术后可获得长期无病生存,即使出现局部复发或肝转移也能长期带瘤生存。男性性别、CT 检查肿瘤

包膜不完整、病理检查肿瘤无包膜提示预后较差。SPTP与HBV的关系尚待证实。

参考文献:

- [1] Sclafani LM, Reuter VE, Coit DG, *et al.* The malignant nature of papillary and cystic neoplasm of the pancreas [J]. *Cancer*, 1991, 68(1):153-158.
- [2] Kloppel G, Solcia E, Longnecker DS. Histological typing of tumors of the exocrine pancreas [C]. New classifications of pancreatic neoplasms from the World Health Organization, New York; Springer, 1996.
- [3] El-Bahrawy MA, Rowan A, Horncastle D, *et al.* E-cadherin/catenin complex status in solid pseudopapillary tumor of the pancreas [J]. *Am J Surg Pathol*, 2008, 32(1):1-7.
- [4] Tiemann K, Heitling U, Kosmahl M, *et al.* Solid pseudopapillary neoplasms of the pancreas show an interruption of the Wnt-signaling pathway and express gene products of 11q [J]. *Mod Pathol*, 2007, 20(9):955-960.
- [5] Hohenberger P. The pancreas as target organ for hepatitis B virus—immunohistological detection of HBsAg in pancreatic carcinoma and chronic pancreatitis [J]. *Leber Magen Darm*, 1985, 15(2):58-63.
- [6] Cha MY, Kim CM, Park YM, *et al.* Hepatitis B virus X protein is essential for the activation of Wnt/beta-catenin signaling in hepatoma cells [J]. *Hepatology*, 2004, 39(6):1683-1693.
- [7] Kawaguchi M, Watanabe J, Hamano M, *et al.* Medroxyprogesterone acetate stimulates cdk inhibitors, p21 and p27, in endometrial carcinoma cells transfected with progesterone receptor-B cDNA [J]. *Eur J Gynaecol Oncol*, 2006, 27(1):33-38.
- [8] Machado MC, Machado MA, Bacchella T, *et al.* Solid pseudopapillary neoplasm of the pancreas: distinct patterns of onset, diagnosis, and prognosis for male versus female patients [J]. *Surgery*, 2008, 143(1):29-34.
- [9] Gourgiotis S, Germanos S, Ridolfini MP. Presentation and management of pancreatic cystic neoplasms [J]. *J Clin Gastroenterol*, 2007, 41(6):599-608.
- [10] 苏忠学, 卢俊, 徐健, 等. 胰腺实性假乳头状瘤 11 例报告 [J]. *中国普通外科杂志*, 2006, 15(11):804-806.
- [11] 师杰, 钟定荣, 崔全才, 等. 胰腺实性假乳头状瘤临床病理特征及免疫组化表型观察 [J]. *诊断病理学杂志*, 2005, 12(5):325-328.
- [12] 邵成浩, 胡先贵, 郑建明, 等. 胰腺实性假乳头状瘤的诊断和治疗 [J]. *中国实用外科杂志*, 2007, 27(5):398-400.
- [13] 刘会春, 周磊, 李宗狂, 等. 胰腺实性假乳头状瘤:附 15 例报告 [J]. *中国普通外科杂志*, 2007, 16(10):952-954.
- [14] Kosmahl M, Seada LS, Jänig U, *et al.* Solid-pseudopapillary tumor of the pancreas: its origin revisited [J]. *Virchows Arch*, 2000, 436(5):473-480.
- [15] 李卓明, 万珍珠, 刘保安. 胰腺实性假乳头状瘤与胰岛细胞瘤鉴别诊断的探讨 [J]. *诊断病理学杂志*, 2005, 12(5):329-331.
- [16] Kato T, Egawa N, Kamisawa T. A case of solid pseudopapillary neoplasm of the pancreas and tumor doubling time [J]. *Pancreatol*, 2002, 2(4):495-498.

· 读者 · 作者 · 编者 ·

本刊决定采用汉语拼音姓名的新写法

编辑学报 2007 年第 5 期刊登了我国台湾省留美学者许仲平教授提出的中国人汉语拼音姓名写法的建议:姓在前,名在后,姓的字母全大写,名只首字母大写,双名间不加连接号,名字不缩写。

例如:“杨为民”写作“YANG Weimin”,不写作“Yang Weimin”或“YANG Wei-min”或“YANG W M”或“YANG W”。这是一个有助于解决西方人对中国人姓名误解的好建议。

这一建议符合中国人的姓名习惯,与现行有效的国家标准的规范也基本一致,差别只在于建议的姓字母全大写,而国家标准仅规定姓的首字母大写,而这样做确实便于西方人清楚区别中国人的姓和名。目前本刊实行的是姓字母全大写,双名间加连接号。经慎重研究,决定从 2008 年起采用姓的字母全大写、双名间不加连接号的建议。

中国普通外科杂志编辑部