经验交流

文章编号:1000-5404(2009)22-2292-02

华支睾吸虫病术后胆汁分泌亢进21例分析

郑培秋 (广西壮族自治区横县人民医院肝胆外科, 广西 南宁 530300)

胆汁分泌亢进(hypercholeresis)一般情况下并无临床症状,但在做胆汁外引流时可致严重后果。作者在施行肝癌手术时,发现合并华支睾吸虫病胆管扩张者容易发生胆漏[1]。做胆汁外引流旨在防止术后胆漏,但术后胆汁分泌亢进颇为常见。有研究曾提及本病胆汁引流量较多[2]。现将我院2003年1月至2007年12月观察到的华支睾吸虫病并胆汁分泌亢进21例分析报告如下。

1 资料与方法

本组21例,其中男性20例,女性1例,平均49(33~67)岁。因肝肿瘤而行肝切除术18例,包括右半肝切除2例,扩大右半肝切除1例,左半肝切除3例,肝段联合切除12例,均存在华支睾吸虫病胆道扩张。病理诊断:肝细胞癌11例,肝内胆管细胞癌4例,混合癌2例,胆管腺瘤1例。因结石行择期胆总管切开取石2例。因华支睾吸虫阻塞致重症胆管炎急诊胆总管切开取虫减压1例。T管胆汁日引流量超过1 500 ml,持续超过3 d以上判为胆汁分泌亢进。术前CT检查16例,加增强11例:其中肝内胆管重度扩张7例,中度6例,轻度3例;伴肝外胆管扩张3例。肝肿瘤18例中,乙型肝炎表面抗原(HBsAg)阳性11例,结节性肝硬化9例。

2 结果

肝肿瘤18例和择期胆总管切开取石2例术后第1天胆汁引流量即开始增多,术后第3天起都超过1 500 ml/d,多数在1 500~3 000 ml/d,最高达6 000 ml/d,一般是恢复进食后胆汁明显增加,术后7~10 d达到高峰,之后全都保持在高分泌状态,不会自行回复正常。因华支睾吸虫阻塞致重症胆管炎急诊胆总管切开取虫减压1例术后头2 d胆汁不足300 ml,第3天开始增多,第9天达到3 300 ml的高峰,2周后逐渐降到1 000 ml/d以下。胆汁的共同特点是清稀、质量较差并时有成虫和黏液团排出。实验室检查胆红素含量、胆酸盐含量明显下降,钠、氯、钾等离子含量与血液接近,碳酸氢根则高于血液。

行胆汁回输9例,其中经胃管4例,经胃造瘘管2例,经空肠造瘘管3例;胆汁经纱布过滤后回输,用点滴或输液泵以病人能耐受的速度输入,回输量500~2 000 ml/d;饮用胆汁2例,日饮量200~1 000 ml。静脉应用善宁(Octreotide)或口服阿托品(Atropin)5例。

反复胆道出血阻塞1例;T管瘘道溢胆3例,无症状;胆汁漏2例,1例由腹腔引流管引出,1例经切口撑开引流。4~5周顺利拔管18例,8周拔管2例,仅1例造影证实Oddi括约肌狭窄行Oddi括约肌切开后才能拔T管。

3 讨论

华支睾吸虫病引起的胆汁分泌亢进的机制尚不清楚,可能与成虫及其虫卵机械、化学刺激,胆管上皮的慢性炎症反应,以及成虫分泌、死虫降解所产生的异体蛋白招致过敏反应有关。作者观察到肝癌伴有华支睾吸虫病肝内胆管扩张时胆汁分泌亢进发生率很高,而且分泌量与胆管扩张的程度有密切联系。CT和超声检查都是评价胆管扩张的良好的手段,特别是CT增强更加明了直观,以Ⅱ、Ⅲ级胆管直径为标准,可分为轻微、轻度、中度和重度扩张[3]。术中所见,轻微扩张肝表面基本看不到扩张的胆管;轻度扩张肝表面可见少量扩张胆管;中度扩张肝表面见到较多扩张胆管,并常见到肝下缘突出泡沫样扩张胆管和肝脏纤维化现象;重度扩张肝脏大量扩张胆管,甚至呈蜂窝状改变。作者认为肝内胆管扩张的程度可作为预示胆汁分泌亢进的主要指标。

国内外一些资料提示华支睾吸虫感染与胆管癌、肝细胞癌的发生有一定关系[4]。本组18例肝肿瘤中胆管细胞肝癌和混合细胞癌高达6例(33.3%),此外,11例肝细胞性肝癌中有3例乙肝、丙肝阴性,没有肝癌家族史,没有结节性肝硬化现象,与通常所见的病毒性肝炎—肝硬化—肝癌程式有明显的区别,这些都支持华支睾吸虫感染和胆管细胞癌、肝细胞癌的发生有关系的观点。

本病流行区域,肝癌与华支睾吸虫病经常共存,行肝切除术时,既要考虑到防止术后胆漏,还要考虑胆汁亢进的处理。肝切除术附加胆总管切开T管引流与肝断面开放胆管联合冲洗机械驱虫是预防胆漏的有效方法,应尽量选择大号T管,以能置入胆总管为度,以防术后引流不畅。T管拔除后漏胆所致胆汁性腹膜炎时有报道[5],本组发生2例,可能与患者数病共存,肝胆病变相对严重,加上胆汁分泌量大、胆道压力高有关。为预防T管旁漏胆,便于术后抬高T管和安全拔除,我们利用胆囊、网膜等周围组织把T管包裹缝合一段加固形成牢固的瘘道。肝癌手术病例的T管容易保持畅通,经术中冲洗驱虫后,尽管术后仍时有成虫和黏液团从T管排出但未见发生引流阻塞的情况。合并化脓性胆管炎则不然,除虫体、黏液团外,还有

作者简介:郑培秋,男,广西壮族自治区南宁市人,副主任医师,主要从事肝胆外科治疗方面的研究, 发表论文19篇。电话:(0771)7221782, E-mail: zhengpeiqiu@sina.com

收稿日期:2009-07-30;修回日期:2009-09-01

大量炎症坏死脱落物,甚至出血,因而引流堵塞颇为常见,此时要及时冲洗。作者的经验是可用抗生素盐水和甲硝唑溶液冲洗,有出血者加用肾上腺素盐水冲洗,还可用导丝、介入导管疏通管腔和腔内冲洗。本组 1 例高位胆管腺瘤合并化脓性胆管炎,未能完全切除,作 U 管引流,术后虽然反复阻塞,但双头冲洗比较有效,基本能保持通畅,值得借鉴。

对华支睾吸虫病胆汁分泌亢进的术后处理,应随着胆汁引流量的增加,相应增加补液量,并适当补充碳酸氢钠。7 d 后可抬高引流管,常可减少胆汁引出量。对引流量特别多者,须经胃管回输或鼓励患者饮用胆汁[6,7]。静脉用生长抑素(如善宁)或口服阿托品都可明显减少胆汁泌出量。病情稳定后就可以驱虫治疗,常用吡喹酮或阿苯达唑。术后 2 ~ 4 周,经 T 管造影、胆道压力和压力流量测定,证实胆道排出通畅者即可拔管。

关键词: 华支睾吸虫病;术后胆汁分泌亢进
中图法分类号: R532.23　　**文献标识码**: B

参考文献:

[1] 郑培秋. 肝切除术后胆漏的原因及处理[J]. 中国现代医药杂志, 2008, 10(9): 140 - 141.
[2] 曾山崎, 刘宏杰, 王　辉, 等. 华支睾吸虫病外科并发症的诊断与治疗[J]. 热带医学杂志, 2005, 5(3): 350 - 352.
[3] 谢　东, 苏丹柯, 李　强, 等. 肝吸虫病致肝内胆管及肝实质改变的 CT 表现[J]. 实用放射学杂志, 2002, 18(4): 276 - 278.
[4] Watanapa P, Watanapa W B. Liver fluke - associated cholangiocarcinoma[J]. Br J Surgery, 2002, 89(8): 962 - 970.
[5] 高　峰, 李海民, 呼延清, 等. T 管拔除后胆汁性腹膜炎的处理体会[J]. 第三军医大学学报, 2006, 28(8): 862 - 863.
[6] 王建忠, 阮冬华, 曾祥福. 长期 T 管引流致胆汁丢失对胆道术后患者康复的影响及对策初探[J]. 井冈山学院学报: 自然科学, 2008, 29(8): 82 - 83.
[7] 梁力建, 郑惊雷, 彭宝岗, 等. 常用抗生素在动物及人胆汁中的浓度分布和药效学研究[J]. 中华消化外科杂志, 2007, 6(2): 107 - 111.

(编辑　龙　亮)

文章编号:1000-5404(2009)22-2293-02

经验交流

经关节突“V”形截骨矫治强直性脊柱炎后凸畸形

张铭华,李　波,钟　斌,余　雨　　(重庆医科大学附属永川医院骨科二病区,重庆 402160)

强直性脊柱炎(ankylosing spondylitis,AS)若得不到及时治疗,晚期可使脊柱旁的关节突关节和椎间组织等结构融合硬化,导致脊柱过度后凸畸形,破坏身体矢状面上的平衡,影响患者日常活动、心理、交际[1,2]。多节段经关节突“V”形截骨术和单节段经椎弓根椎体截骨术为目前临床上应用治疗后凸畸形最多的两种标准化矫形技术[3],但多节段经关节突“V”形截骨术相对手术风险小。本院 2002 年 3 月至 2007 年 12 月行多节段经关节突“V”形截骨术治疗 AS 胸腰椎后凸畸形 13 例,近期疗效满意,报告如下。

1　资料与方法

1.1　一般资料

本组 13 例,男性 9 例,女性 4 例,年龄 22 ~ 49 岁。后凸畸形部位:位于胸腰段 10 例,位于腰段 3 例。脊柱后凸畸形 Cobb 角 42° ~ 88°。肺功能测定提示轻、中度限制性通气不足。术前 HLA-B27 检查均为阳性,常规查血沉、C 反应蛋白;作站立位全脊柱 X 线平片、颈椎和髋关节 X 线平片、脊柱 CT 和 MRI。影像学显示椎体呈典型竹节样改变,前纵韧带骨化轻微。

作者简介:张铭华,男,重庆市永川区人,副主任医师,主要从事关节与脊柱骨病方面的研究。电话:(023)85381686,E-mail:zhangminghua023@126.com

收稿日期:2009-06-24;**修回日期**:2009-07-24

1.2　手术方法

全麻生效后,俯卧于手术床上的弓形托架,取胸腰背部后正中切口,即在 T12 ~ L4 选择截骨,截骨区域内均置入椎弓根螺钉,固定融合范围即为截骨范围。从椎板间隙中央开始暴露椎管,沿关节突关节向椎间孔方向用磨钻磨一骨槽,使截骨线与水平线成 30° ~ 40°夹角,截骨槽宽度 5 ~ 7 mm。缓慢调节弓形架,减少其上凸弧度,再借助合拢器具,从而使截骨处“V”型底边缩短、消失,截骨面靠拢闭合。行椎弓根钉棒系统固定和取自体骨后外侧融合。术中均结合 X 线透视、SEP 及“唤醒实验”监护。术后抗感染、止血、对症治疗,切口 2 周拆线,支具保护 3 个月。

2　结果

手术顺利,无感染、死亡、瘫痪等严重并发症发生。手术时间 2.5 ~ 4.0 h,术中出血 600 ~ 1 300 ml。1 例出现硬脊膜破裂,术中修补后未出现脑脊液漏症状;1 例出现双下肢麻木,予脱水及神经营养等治疗 2 周后症状消失;肠系膜上动脉综合征 1 例,经胃肠减压、禁食 2 周后症状消失。术前后凸 Cobb 角 42° ~ 88°,术后平均矫正度为 48°。术后随访 1 ~ 5 年,矫正度丢失平均为 7.4°。未发现内固定松动、断裂现象,截骨部位骨面闭合良好,达骨性愈合。患者腰背症状消失或大部缓解。典型病例:男性,37 岁,以腰痛伴胸腰椎后凸畸形 8^{+}年入院,不能直立和保持视线水平,术后腰痛缓解,胸腰椎后凸畸形的外观改善满意(图 1)。