DOI:10.16016/j.1000-5404.2004.22.035
第26卷第22期 第三军医大学学报 Vol. 26, No. 22
2004年11月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Nov. 2004


的血小板活化,输注后的血小板存活率将下降。

与手工制备的血小板相比较,机采血小板活化程度较低,在体内的存活率较高。采后1 h机采血小板的CD62p阳性表达平均为(3.77±1.86)%;用Bexter公司生产的血小板常温保存袋保存血小板5 d,血小板CD62p的表达平均为(13.65±2.68)%。而据文献[3,4]报道,保存1 d的手工血小板CD62p的表达为(55±38)%左右。值得注意的是,虽然目前我国机采血小板越来越普及,但从全血制备的手工PCs仍然是血小板输血的重要来源。

不同的保存袋对贮存血小板有重要的影响。有时这种改变难以用过去常用的检测手段发现。实验中观察到,用两种不同的血小板常温保存袋在22 ℃水平振摇的条件下保存血小板,血小板聚集功能和pH随保存时间延长均有改变,但两组相差不显著。血小板计数的变化也不显著,可能是因为全自动血细胞计数仪不能分辨血小板碎片的原故。故以上检测手段对早期反应血小板的活化状态有一定局限性。流式细胞仪检测血小板CD62p阳性表达的技术具有敏感、准确、稳定及重复性好的优点,对血小板制备和保存过程的监控具有重要意义。本研究采用62CDp评价两种不同的保存袋中血小板的活化状况,两组相差非常显著,说明NG血小板常温保存袋质量仍有待提高。

参考文献:

[1] Stenberg P E, McEver R P, Shuman M A, *et al*. A platelet alpha-granule membrane protein (GMP-140) is expressed on the plasma membrane after activation[J]. J Cell Biol, 1985, 101(3): 880-886.
[2] 欧阳锡林, 刘景汉, Dayong Gao. 流式细胞术测定保存血小板再表达CD62p方法的建立及应用[J]. 中国输血杂志, 2002, 15(2): 77-81.
[3] Pedigo M, Wun T, Paglieroni T, *et al*. Removal by white cell-reduction filters of activated platelets expressing CD62[J]. Transfusion, 1993, 33(11): 930-935.
[4] 江朝富, 崔徐江, 汪传喜, 等. 血细胞分离机制备的浓缩血小板与洗涤血小板的体外实验对照[J]. 中国输血杂志, 2002, 15(3): 162-165.

(编辑 王 红)

文章编号:1000-5404(2004)22-2069-01

# 个案与短篇

## 32例胆源性胰腺炎腹腔镜胆囊切除术的体会

## Experience in laparoscopic cholecystectomy for hepatogenic pancreatitis in 32 cases

王洪平[1],余 华[2] ([1]达州市通川区中医院外科;[2]达州市中心医院肝胆科,达州 655000)

### 1 资料与方法

#### 1.1 临床资料

1.1.1 一般资料 筛选我院2000年4月至2004年4月收治胆源性胰腺炎病例32例,其中男性18例,女性14例,平均46岁。合并高血压4例,糖尿病3例。发病至入院时间4~120 h。病史:①既往有胆绞痛或上腹疼痛病史;②发病均上腹痛,腰背部胀痛25例,恶心、呕吐18例;墨菲氏征(+)9例;③尿黄和/或皮肤、巩膜黄染;尿黄9例,皮肤、巩膜黄染6例。无腹部皮肤淤血淤斑者。

1.1.2 实验室检查 ①酶学检查:血、尿淀粉酶均高于正常,9例血脂肪酶高于正常。18例血清总胆红素、直接胆红素、间接胆红素,AST、ALT高于正常;②白细胞升高:9例>$15\times10^9$/L,其余病例>$10\times10^9$/L。

1.1.3 影像学检查 B超、CT等影像学检查示大部分病例胆囊大,囊壁厚、毛糙,胆囊内多发性结石,伴胆泥或胆砂。6例胆囊颈管结石。所有病例胆总管上段无明显增宽,胰体尾部稍大,密度均匀,胰周脂肪间歇尚清。

#### 1.2 方法

本组病例均在保守治疗的基础上,观察患者的体温、黄染、腹部体征、生命体征及酶学变化,待病情稳定、酶学基本正常,行腹腔镜胆囊切除术。病情稳定者,酶学指标恢复正常,进食3~5 d后,入院后10~15 d左右,行腹腔镜手术。

手术方式:患者平卧位,全身静脉麻醉或持续硬膜外腔阻滞麻醉后按腹腔镜胆囊切除术四孔法进行手术,腹腔镜进入腹腔后,首先检查全腹腔,重点检查有无腹腔积液、网膜钙化等胰腺严重受累的表现及胆囊三角有无粘连或脂肪堆积,行腹腔镜胆囊切除术,常规放置腹腔引流管。

术后治疗:术后继续抗炎、解痉治疗,观察酶学变化,必要时可用抑胰酶剂,观察腹部体征及腹腔引流管,如无腹腔引流物流出,2~3 d可拔除引流管。

### 2 结果

所有病例术后恢复良好,术后住院天数4~7 d,平均5.6 d。术后随访5~36个月,无手术并发症及胰腺炎复发。

(下转2076页)

作者简介:王洪平(1961-),男,四川省达州市人,主治医师,主要从事肝胆外科方面的研究。电话:(0818)2127417
收稿日期:2004-09-01;修回日期:2004-11-05

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

本研究的病理结果显示，心室肌细胞轻度浊肿，胞质内出现空泡，心肌纤维及间质纤维结构紊乱，细胞边界不清，横纹不清，微血管充血，这些足以使心肌的粘弹性特征发生改变，从而导致舒张功能的降低；再者，舒张的受限将影响心脏的充盈，使收缩期负荷减小，从而减慢舒张速率，室舒张功能进一步恶化。

DTI在检测左室舒张功能减退上较传统的二尖瓣血流多谱勒法敏感，多谱勒超声测定二尖瓣口血流频谱是根据舒张期左房、左室的压力差引起瓣口两侧血流变化来评价左室整体舒张功能的，其检测结果的准确性受很多因素的影响，其中重要因素是左室前负荷的大小，即左室充盈压的高低，在某些情况下会使E/A比值出现伪正常现象。曾欣等[5]通过运用DTI测量二尖瓣环多节段的平均运动速度来评价左室功能的对比研究发现，心尖四腔心切面二尖瓣侧壁缘是评价左室整体功能的最佳节段，检测二尖瓣环侧壁运动幅度可较为准确地反映左室功能，而不受负荷等因素的影响。故本实验所选节段功能检测能够很好地代表左室的整体功能。

本研究显示的糖尿病心肌病左室功能减退的特点与国外报道[6,7]的相一致。但应用TDI检测到的左室舒张功能的减退要早于国外相关报道，说明新技术的应用有利于疾病的早期发现。

总之，DTI技术能够早期发现糖尿病心肌病舒张功能的降低，而舒张功能的降低可以作为糖尿病心肌病亚临床阶段的标志。对早期诊断、早期治疗糖尿病心肌病，有效预防糖尿病心脏并发症的发生和发展具有重要意义。

关键词：多普勒组织成像 糖尿病心肌病 左室舒张功能
中图法分类号：R587.204.51 文献标识码：B

## 参考文献：

[1] Kamafel W. Diabetic cardiomyopathy. Pathophysiology and clinical implications[J]. Przegl Lek, 2000, 57 Suppl 4: 9—11.
[2] Leite-Moreira A F, Gillebert T C. Nonuniform course of left ventricular pressure fall and its regulation by load and contractile state[J]. Circulation, 1994, 90(5): 2481—2491.
[3] Golfman L S, Takeda N, Dhalla N S. Cardiac membrane $Ca^{2+}$-transport in alloxan-induced diabetes in rats[J]. Diabetes Res Clin Pract 1996, 31 Suppl: S73—77.
[4] Fitzl G, Martin R, Dettmer D, *et al*. Protective effects of Gingko biloba extract EGb 761 on myocardium of experimentally diabetic rats. I: ultrastructural and biochemical investigation on cardiomyocytes[J]. Exp Toxicol Pathol, 1999, 51(3): 189—198.
[5] 曾 欣，舒先红，何梅先，等. 多普勒组织成像评价左室整体功能最佳部位的选择[J]. 中国超声医学杂志，2002，18(2)：105—107.
[6] Hoit B D, Castro C, Bultron G, *et al*. Noninvasive evaluation of cardiac dysfunction by echocardiography in streptozotocin-induced diabetic rats[J]. J Card Fail, 1999, 5(4): 324—333.
[7] Joffe I I, Travers K E, Perreault-Micale C L, *et al*. Abnormal cardiac function in the streptozotocin-induced non-insulin-dependent diabetic rat: noninvasive assessment with doppler echocardiography and contribution of the nitric oxide pathway[J]. J Am Coll Cardiol, 1999, 34(7): 2111—2119.

（编辑 陈聪连）

（上接2069页）

## 3 讨论

### 3.1 胆源性胰腺炎实验室诊断标准

胆源性胰腺炎的诊断方法很多，B超虽然是一项简便、无创伤检查，缺点是敏感性较低，只有60%～70%，尤其对微小结石很难发现。实验室检查可以提供简单、快速、敏感的方法，其中肝功能异常是诊断胆源性胰腺炎的可靠指标，有资料显示血清总胆红素升高是诊断胆源性胰腺炎较敏感的指标，敏感性和特异性分别为84%和42%。血清ALT水平是临床最有用的指标，血清ALT水平越高，诊断胆源性胰腺炎的特异性和阳性率越高，当ALT＞150 U/L时，95%应考虑为胆源性胰腺炎，因此，高度重视肝功的检查，结合B超和CT扫描能尽早做出正确的诊断。腹部B超和CT扫描发现结石或实验室检查有下列指标中的两项不正常者：应考虑胆源性胰腺炎。

### 3.2 胆源性胰腺炎的外科处理原则

对胆源性胰腺炎的治疗，首先鉴别有无胆道梗阻性病变，凡有胆道梗阻者，应急诊行ERCP和EST取石，引流治疗，无条件行内窥镜时应开腹手术，包括胆囊切除、胆总管切开取石、T管引流，根据需要加做小网膜囊胰腺区引流。对无胆道梗阻者应采取保守治疗，严密观察病情变化，为防止急性胆源胰腺炎的复发，在炎症消退后应早期行胆囊切除术[1]。

### 3.3 胆源性胰腺炎行腹腔镜胆囊切除术的可行性

在临床上急性胆源性胰腺炎的表现为胆道结石所致胆道病变和继发性急性胰腺炎。原发的胆道病变与继发的胰腺炎，在严重程度上二者不完全一致，有的病情是以胆道疾病为主，有的病情却以胰腺炎为主，处理上有先后与主次之分，胆道无梗阻并以胆道疾病为主的类型，主要采用非手术治疗，待急性炎症消退后，再处理胆道病变，如果要做胆囊切除术，整个治疗就在这一次住院期间进行，不要让病人出院再等以后做择期胆囊手术，以免病人出院后再次发作[2]。胆囊切除术是一相对彻底的手术，而EST、ENBD仅是缓解或部分治疗，在患者的健康状况相对较好及内科支持疗法的基础上，一次性完成根本性治疗，避免留隐患。如仅处理胆管结石或引流胆管，胆囊结石在其后的过程中可继续下落到胆管引起相应的症状。

关键词：胆囊切除术；腹腔镜；急性胆源性胰腺炎
中图法分类号：R657.4 文献标识码：B

## 参考文献：

[1] 赵玉沛. 胆源性胰腺炎诊断标准与处理原则的探讨[J]. 中华肝胆外科杂志，2002，8(2)：95—96.
[2] 雷若庆，张圣道. 胆石性胰腺炎的外科治疗问题[J]. 中华肝胆外科杂志，2002，8(2)：94—95.

（编辑 张大春）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net