DOI:10.16016/j.1000-5404.2002.05.056
第24卷第5期 第三军医大学学报 Vol. 24, No. 5
2002年5月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE May. 2002

文章编号:1000-5404(2002)05-0623-02

经验交流

60例结石性胆囊炎伴细菌性肝损害患者的外科治疗体会

Surgical treatment of calculous cholecystitis accompanied with bacterial liver injury: analysis of 60 cases

钟彦文,郭渝明,聂 伟 (武警重庆市总队医院外一科,重庆 400061)

我院自1998年8月至2001年8月共收治60例伴有ALT、GGT升高的结石性胆囊炎病人,其中34例两酶同时升高。现就ALT、GGT升高的原因及手术治疗指征分析讨论如下。

1 资料与方法

一般资料:本组60例,男性12例,女性48例,年龄27~78岁,平均46岁,病程5个月至10年。所有病例都有反复右上腹疼痛史,均被B超证实为胆囊结石伴胆囊炎,其中54例有剧烈的胆绞痛史;27例伴有畏寒发热,WBC计数11~34.6×10^9/L,所有病例入院前1周内均有不同程度的急性发作史,表现为右上腹压痛或伴肌紧张,莫菲氏征阳性。上述病例均无乏力、闷油、皮肤巩膜黄染等症状、无饮酒史,既往无肝炎病史。B超或ERCP检查证实肝内、外胆道无结石,不扩张。入院时查肝功:60例病人ALT 50~720 U/L,平均126U/L,其中34例GGT 50~486 U/L,平均140 U/L。乙肝两对半阴性。

方法:入院后按术前准备时间随机分为:①早期手术组:37例,入院后48 h内接受手术治疗,同时加强抗炎及支持治疗。②延期手术组:23例,入院后经抗炎、保肝治疗1~2周,ALT≤50 U/L或GGT接近正常再行手术。手术采用常规胆囊切除术、小切口胆囊切除术或腹腔镜胆囊切除术。术中观察胆囊及肝脏情况,部分病例在右叶肝缘切取小块肝组织,HE染色后光镜下观察。入院后每例病人查乙肝两对半,每周查肝功直至正常。应用χ^2检验对两组病例的数据资料做统计学处理。

2 结果

术中所见:17例胆囊呈急性炎症改变,充血水肿明显,结石嵌顿颈部,胆汁为粘稠脓性,肝脏及周围组织亦受炎症侵犯,充血水肿明显;25例胆囊呈亚急性炎症改变,充血肿胀,多发性结石,胆汁呈白色或褐色粘稠胆泥,周边肝组织有充血水肿;18例呈慢性炎症改变,囊壁厚纤维增生,充满结石,少许脓性胆汁,肝组织呈慢性纤维化改变。所有病例胆总管不扩张,其内未扪及结石。

肝组织病理学变化:所取的23例肝活检组织镜下见肝细胞排列紊乱、肿胀、气球样变、脂肪样变。其中部分可见肝细胞呈点状或灶性坏死,肝组织内微小脓肿形成,汇管区大量炎性细胞浸润,伴程度不同的纤维组织增生,未发现乙型肝炎时常见的嗜酸性小体。

ALT、GGT恢复正常时间:早期手术组:37例中有25例两酶均升高,第1周ALT恢复正常35例(95%),GGT恢复正常13例(52%);第2周ALT2例(5%),GGT12例(48%)。延期手术组:23例中两酶升高9例,第1周ALT恢复正常5例(22%),GGT恢复正常1例(11%);第2周ALT18例(78%),GGT3例(33%);第3周GGT5例(56%)。

两组治疗及肝功恢复结果比较,见表1。

表1 两组治疗及肝功恢复结果比较

分组	例数	平均住院天数	平均抗生素使用天数	平均肝酶谱恢复 ALT	正常天数 GGT
早期手术	37	8.7	6.9	6.3	8.3(25例)
延期手术	23	16.7	11.9	9	13.9(9例)
P		<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

3 讨论

结石性胆囊炎可造成肝脏损害,引起细菌性肝炎、肝纤维化,脂肪肝、肝硬化等。国内文献[1]报告病变率高达79%~100%。引起肝损害与以下因素有关:①胆囊炎症经胆囊床直接侵犯肝脏;②胆囊炎时细菌经淋巴循环入肝;③胆囊炎时细菌经胆囊床小静脉入肝;④胆囊内炎性胆汁进入胆道,细小排石引起Oddi括约肌痉挛,十二指肠乳头水肿,胆汁引流不畅,感染向上扩散至肝脏。本组病例无明显黄疸,肝内、外胆管无结石,乙肝两对半阴性,基本上排除了阻塞性黄疸或病毒性肝炎引起肝功损害的因素。本组病人的主要临床病理特点是:在慢性结石性胆囊炎的基础上,结石嵌顿颈部引发急性化脓性胆囊炎,坏疽,穿孔引起急性细菌性肝损害或结石充满囊腔,引流不畅,急、慢性炎症反复交替,长期刺激引起慢性细菌性肝损害。在早期手术组中上述病例术后肝功均快速恢复或接近正常。在延期手术组经大剂量抗生素治疗并辅以保肝支持等措施肝功恢复相对缓慢,特别是两酶同时升高的病例GGT下降速度通常比ALT慢1周左右。因此可以认定ALT、GGT升高主要与胆囊长期的急、慢性细菌性感染有关[2]。

由于结石性胆囊炎是造成肝功损害的病因,单纯通过抗炎,保肝治疗,ALT、GGT在短期内常难以恢复正常,只有积极清除原发病灶,才能从根本上阻断急、慢性结石性胆囊炎对肝脏长期反复的损害。因此,与病毒性肝炎造成肝损害时行肝胆外科手术应采取相对谨慎的态度不同,对细菌性肝损害病例在手术时机的选择上,不要拘于待肝功完全恢复正常后再手术,只要病人其它条件允许,应提倡早期手术,尽早清除病变胆囊对肝脏的直接损害。本研究结果显示:早期手术组未发生肝功损害加重或其它术后并发症而导致死亡,因手术对机体的影响已远低于结石性胆囊炎导致的细菌性肝损害。与延期手术相比,早期手术可减少抗菌素用量,缩短住院时间,促进肝功能恢复。提示对这类病例在适当的术前准备后尽早采用手术治疗,可取得满意的效果。

作者简介:钟彦文(1953—),男,江西省南昌市人,硕士,副主任医师,主要从事肝胆系统疾病的外科临床方面的研究,发表论文13篇。电话:(023)62511289-24901

收稿日期:2001-10-09;修回日期:2002-03-15

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

关键词：胆囊炎；结石；外科手术
中图法分类号：R657.410.6 文献标识码：B

参考文献：

[1] 吴 娟，夏仁品，刘筱衡. 慢性单纯性胆囊炎并胆囊内结石与肝脏病理改变的关系及临床意义[J]. 汕头大学医学院学报，2000，13(1)：35.
[2] 黄志强. 胆道细菌学与抗生素应用[A]. 见：黄志强 主编. 胆道外科[M]. 济南：山东科学技术出版社，1999.207－218.

（编辑 张大春）

经验交流

文章编号：1000-5404(2002)05-0624-01

分段式筋膜内全子宫切除术216例分析

Analyses on 216 cases of segmental and subfascial total hysterectomy

杨 鹰，李幼飞 （第三军医大学附属新桥医院妇产科，重庆 400037）

全子宫切除术是妇产科常见手术之一，针对该手术难点集中在对盆腔深部的子宫血管及宫颈的处理这一问题，我们设计了分段式筋膜内全子宫切除术，共施行216例，与同期传统术式相对照[1]，效果满意，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料与分组

1990－1998年间共施行全子宫切除术529例，其中分段术式组216例，年龄41～55岁，平均年龄47岁，手术指征分别是子宫肌瘤131例(60.65%)、子宫内膜异位症52例(24.07%)、其他33例(15.28%)。传统术式组313例，手术指征分别是子宫肌瘤180例(57.51%)、子宫内膜异位症52例(27.16%)、其他48例(15.34%)。两组术前情况基本一致。

1.2 手术方法

分段式筋膜内全子宫切除术是将全子宫切除改良为宫体部切除＋宫颈筋膜内切除术。

1.2.1 术前准备和麻醉同常规全子宫切除术[1]，作下腹横切口(Pfannenstiel切口)长约10～12 cm。

1.2.2 探查、排垫肠管、切断、缝扎圆韧带及骨盆漏斗韧带(或卵巢固有韧带和输卵管)，剪开膀胱腹膜反折等步骤与常规全子宫切除术完全相同。

1.2.3 在子宫内口水平用三把血管钳分别钳夹双侧子宫血管，钳尖紧贴宫颈，于上中钳间切断子宫血管并顺势切除子宫体部，子宫血管断端暂不缝扎，将宫体连同钳夹于双侧的卵巢韧带、输卵管及圆韧带断端的血管钳一并移出盆腔，再用组织钳钳夹宫颈残端，上提宫颈，盆底术野顿觉开阔。

1.2.4 双重缝扎子宫血管 由于子宫血管层与宫颈筋膜层次清楚，可准确作到不缝穿宫颈筋膜层。

1.2.5 行筋膜内宫颈切除[2] 术者一手持组织钳将宫颈尽量向上牵引，一手在宫颈肌层和筋膜层中间向下剥离(锐性加钝性)，阴道穹隆部随宫颈上升而逐渐暴露于术野，子宫主韧带及骶韧带随剥离的宫颈筋膜下移勿需单独结扎。

1.2.6 用止血钳钳夹阴道侧穹隆，沿阴道宫颈穹隆环行切除宫颈。阴道断端与宫颈筋膜一并用0/2可吸收缝线锁边缝合闭锁，1号丝线连续或间断缝合盆腔后腹膜。

2 结果

两组比较，采用分段术式组手术时间明显缩短，术中出血显著减少，术后胃肠功能恢复快，见表1。

表1 两组术中、术后情况比较

组别	术中平均出血量(ml)	平均手术时间(min)	术后平均排气时间(h)
分段式组(n=216)	88.21	71.61	20.42
传统术式组(n=313)	147.13	113.75	31.87
P	＜0.05	＜0.05	＜0.05

3 讨论

本研究显示，在经腹全子宫切除术中，采用宫体、宫颈分次切除，宫颈筋膜内切除有诸多优点：① 术野暴露好。特别是在宫体部有较大瘤体，盆底显露困难时，更能体现该术式的优越性。②宫颈位置是判断相邻重要器官(输尿管、膀胱、直肠)的重要"坐标"，确定宫颈的位置是避免手术并发症的关键。宫体切除后，宫颈内口显露，用组织钳钳夹宫颈残端，上提宫颈，宫颈前膀胱、后直肠、左右输尿管位置可相应判断，解剖层次一目了然。对慢性盆腔炎、子宫内膜异位症、盆腔恶性肿瘤盆腔解剖不清时，该术式优势更为突出。③宫颈筋膜是宫体部的浆膜下肌层与血管上肌层经宫颈部延伸形成，在行筋膜内宫颈切除时常由于剥离层次不妥造成出血。采用分段式全子宫切除术宫颈完全离断后，肉眼可观察到色泽较宫颈筋膜稍淡表面光滑致密的子宫血管层，经此层向下剥离筋膜，上提子宫颈，操作简单易行，阴道穹隆自然显露。④缩短手术时间，减少术中出血及腹盆腔暴露时间，利于患者术后恢复。

该术式不适用于宫体癌，宫颈管癌患者，有增加癌细胞扩散之虞。

关键词：全子宫切除术；传统术式；分段术式
中图法分类号：R713.42 文献标识码：B

参考文献：

[1] 苏应宽，刘新武 主编，妇产科手术学[M]. 第2版. 北京：人民卫生出版社，1992.86.
[2] 吴诗琦，李 妍，陈永莲 等. 筋膜下脱袖式全子宫切除术术式探讨[J]. 中国实用妇科与产科杂志，1996，12(2)：111－112.

（编辑 张大春）

作者简介：杨 鹰(1963－)，男，四川省南充市人，硕士研究生，主治医师，讲师，主要从事妇科肿瘤的研究。电话：(023)68755488

收稿日期：2002-01-05；修回日期：2002-04-04

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