DOI:10.16016/j.1000-5404.2001.12.039

下的动脉血管。但在腹腔镜手术中用它处理比较粗的人体血管的时，因为血管的直径靠估计，而且在腹腔镜手术时，通过放大的电视屏幕图像估计血管的大小更不易准确，所以，应该保守一些，在处理子宫动脉自认不可靠时，最好在血管近端用生物夹结扎，以确保手术的安全。

3.2.4 淋巴结的切除 在腹主动脉周围及髂外淋巴组切除术中，需要解剖动静脉血管鞘和周围组织，采用超声刀可以贴近动静脉血管进行切割，可以较完整切除淋巴结[4,5]，采用超声刀头的刀面，既能有效切割又能止血和阻断淋巴管的通路，出血少，手术后很少有淋巴囊肿形成。

3.2.5 输尿管隧道的处理 于距离输尿管周围约1 cm超声刀直接解剖和游离，可以避免其滋养血管的损伤。输尿管隧道用超声刀刀面直接切割，再于距子宫颈约3 cm处用刀头顿面凝固和切割主韧带和骶韧带。可以达到止血和彻底切除子宫颈周围组织和淋巴结。本组13例病人无一例出现手术中损伤和手术后出血。说明超声刀在腹膜后淋巴结切除术中的应用是安全的。

因此，我们认为超声刀作为一种新型的兼备切割和止血的手术器械，具有较高的安全性，可广泛用于妇科腹腔镜手术中[6]，如子宫切除、子宫肌瘤切除、宫外孕及子宫内膜异位手术和广泛子宫切除术及淋巴结切除术等。同时因其特殊的性能减少了术中膀胱、输尿管的损伤及术后粘连。在妇科腹腔镜手术中具有广泛的应用价值。

参考文献：

[1] Chi D S. Laparoscopy in gynecologic malignancies[J]. Oncology (Huntingt), 1999, 13(6): 773-782.
[2] Sietses C, Eijsbouts Q A J, von Blomberg B M, *et al*. Ultrasonic energy *vs* monopolar electrosurgery in laparoscopic cholecystectomy: influence on the postoperative systemic immune response[J]. Surg Endosc, 2001, 15(1): 69-71.
[3] Srisombut C, Weerakiet S. Laparoscopic hysterectomy using laparosonic coagulating shears: experience of 15 cases[J]. J Med Assoc Thai, 2000, 83(8): 915-920.
[4] Gyr T, Ghezzi F, Arslanagic S, *et al*. Minimal invasive laparoscopic hysterectomy with ultrasonic scalpel[J]. Am J Surg, 2001, 181(6): 516-519.
[5] Holub Z, Voracek J, Kliment L, *et al*. Laparoscopic ultrasonic operative technique in surgery of women with endometrial cancer: 2 case reports[J]. Clin Exp Obstet Gynecol, 1999, 26(3-4): 185-186.
[6] Stringer N H, Strassner H T, Lawson L, *et al*. Pregnancy outcomes after laparoscopic myomectomy with ultrasonic energy and laparoscopic suturing of the endometrial cavity[J]. J Am Assoc Gynecol Laparosc, 2001, 8(1): 129-136.

（编辑 薛国文）

个案与短篇

文章编号：1000-5404(2001)12-1468-01

肝结核瘤1例

A case of hepatic tuberculoma

贾树蓉[1]，阎晓初[2] （第三军医大学附属西南医院：[1]超声诊断科；[2]病理学研究所；重庆 400038）

肝结核瘤诊断困难，超声常不易与肝癌、海绵状血管瘤及其它实质占位性病变鉴别，现报告1例如下。

患者男，33岁。因右上腹隐痛乏力，消瘦月余入院。当地B超示“右肝占位性病变”。既往无结核、肝炎史，无饮酒嗜好。查体：消瘦，无巩膜皮肤黄染及淋巴结肿大。肝脾肋下未及，肝区轻叩痛。无腹水征。血常规正常，ALT<35 U/L，LDH 64 U/L，GGT 28 U/L，AlP 139 U/L，A 39.7 g/L，G 30.8 g/L，TP 70.5 g/L，TB<20 μmol/L，CEA 8.6 mg/ml，AFP<31 mg/L。

B超检查：右肝肋下于吸气时探查，回声密集，散在增强，血管变细。左肝内叶见5.0 cm×4.9 cm圆形块影，边界尚清无包膜，边缘不规则。肿块周边回声稍弱，中间为不均质回声，肝血管通过走行自如，探头加压肿块无改变。彩色多普勒血流显像：周边见绕行的静脉血流，内部未及搏动性血流信号。提示：(1)左肝内叶实质不均质占位：①肝癌可能性大；②不排除血管瘤可能；(2)肝脏增大。

剖腹探查：肝色泽正常，质软，肝周广泛粘连。肝方叶见5.0 cm×5.0 cm肿块，质硬，表面未突破肝实质。行扩大肝方叶切除术。

病理报告：切除肝组织块6.0 cm×7.0 cm×3.0 cm，切面有灰色结节，直径为3.0 cm，肝组织区域内大部分为干酪样坏死，并以此为中心周边以类上皮细胞和Langhans巨细胞形成结核结节，见图1。诊断：肝结核瘤。

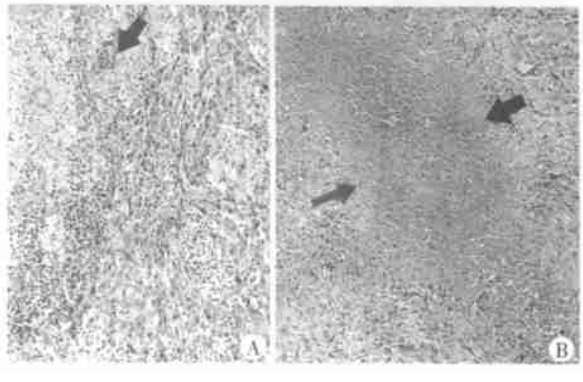


图1 肝结核瘤 (HE×100)
A：可见Langhans巨细胞及正常肝小叶，箭头示Langhans巨细胞；B：可见干酪样坏死病灶，其周围为类上皮细胞，箭头示干酪样坏死病灶

作者简介：贾树蓉(1953-)，女，河北省河涧县人，副主任医师，副教授，主要从事超声诊断方面的研究，发表论文20余篇。电话：(023)68754427
收稿日期：2001-09-18；修回日期：2001-11-16

（下转1471页）

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

或生物夹, 其中以生物夹最为安全可靠, 但成本高, 超声刀和双极电凝凝固血管既廉价又实用, 但有时存在阻断血管不彻底的缺点。此时应注意严防输尿管的损伤。

子宫创面的缝合: 子宫肌瘤挖除的关键步骤是缝合。缝合可以对创面止血, 同时可以关闭子宫切口, 恢复正常的解剖。有作者认为无论是浆膜下肌瘤还是肌壁间肌瘤均应缝合子宫切口, 以免子宫瘢痕形成导致妊娠期间子宫破裂[5]。本组子宫肌瘤无论浆膜下或肌壁间肌瘤挖除术后, 若创面大于 2 cm 均行缝合, 缝合病例共计 36 例, 其中有 3 例创面穿透子宫内膜, 行分层缝合。手术后随访 2～12 月未发现有子宫腺肌症发生, 月经量正常, 与文献报道 3 层缝合法结果一致[6]。

手术的并发症: 严格掌握腹腔镜肌瘤挖除和子宫动脉阻断的手术指征, 以及手术中细心操作和创面缝合止血牢固可靠, 手术中及近期并发症发生率很低。本组仅 1 例术后出现发热, 1 例患者出现腹腔积液, 可能是手术后腹腔渗出有关。开腹子宫肌瘤挖除术术后发热的发生率可高达 45%[4], 显著低于开腹手术者。

3.4　近期疗效观察

子宫肌瘤挖除有改善不育和保留生育功能的双重目的, 因此, 对于有生育要求的患者手术后能否妊娠是手术后的主要随访指标, 本组患者因子宫动脉阻断后, 减少了子宫血流, 有可能影响胚胎的着床, 由于本组病例手术后时间尚短, 因而未观察到妊娠病例, 长期结果有待进一步观察。腹腔镜单纯肌瘤剔除术后的复发率亦较高, 有报道腹腔镜子宫肌瘤挖除术后 2 年随访的复发率为 33.3%[7]。可能因为腹腔镜手术不能直接用手触摸子宫, 可能会遗漏小肌瘤的缘故。本组随访 1 年无一例复发, 可能与子宫动脉阻断减少了子宫血流有关。

所以, 腹腔镜肌瘤挖除加子宫动脉阻断术, 既保留了子宫, 又去除了子宫肌瘤, 同时由于阻断了子宫血流可以阻止或延缓潜在小的或复发肌瘤的生长, 并能缓解月经量过多等症状。可以达到子宫切除的效果。该法与子宫动脉栓塞治疗相比较, 费用低廉、操作简便, 有效切除了子宫肌瘤, 更具有临床应用价值。

参考文献:

[1] Abulafia O, Sherer D M. Transcatheter uterine artery embolization for the management of symptomatic uterine leiomyomas[J]. Obstet Gynecol Surv, 1999, 54(12): 745－753.

[2] Liu W M. Laparoscopic bipolar coagulation of uterine vessels to treat symptomatic leiomyomas[J]. J Am Assoc Gynecol Laparosc, 2000, 7(1): 125－129.

[3] Rossetti A, Sizzi O, Soranna L, *et al*. Long-term results of laparoscopic myomectomy: recurrence rate in comparison with abdominal myomectomy [J]. Hum Reprod, 2001, 16(4): 770－774.

[4] Tulandi T, Al Took S. Endoscopic myomectomy. Laparoscopy and hysteroscopy[J]. Obstet Gynecol Clin North Am, 1999, 26(1): 135－148.

[5] Nkemayim D C, Hammadeh M E, Hippach M, *et al*. Uterine rupture in pregnancy subsequent to previous laparoscopic electromyolysis. Case report and review of the literature[J]. Arch Gynecol Obstet, 2000, 264(3): 154－156.

[6] Stringer N H, Strassner H T, Lawson L, *et al*. Pregnancy outcomes after laparoscopic myomectomy with ultrasonic energy and laparoscopic suturing of the endometrial cavity[J]. J Am Assoc Gynecol Laparosc, 2001, 8(1): 129－136.

[7] Nezhat F R, Roemisch M, Nezhat C H, *et al*. Recurrence rate after laparoscopic myomectomy[J]. J Am Assoc Gynecol Laparosc, 1998, 5(3): 237－240.

（编辑　薛国文）

（上接 1468 页）

讨论

本例临床无特殊表现, 酶谱及 AFP 阴性, 但两次 B 超检查均发现左肝占位病变, 疑诊肝癌或血管瘤, 最后手术病理诊断为肝结核瘤。

肝结核的基本病理变化多为弥散性、粟粒性结核结节, 而以结核瘤为临床表现者较少, 国内尚乏报道[2]。肝结核瘤可为单个或多个, 这种结核瘤可为干酪样或形成脓肿。本例为单个干酪样改变, 且无腹膜及肠结核, 符合本病诊断。其发生可能由于腹腔内淋巴结核传播形成。文献[2]报道肝结核瘤的原发灶常为小肠、肠系膜淋巴结核, 也有认为系循环淋巴播散。本例术中发现胆囊部淋巴结有干酪样形成, 肠系膜、小肠及胸片均无结核病灶。

肝结核病临床表现有发热、寒战、肝大压痛、脾大, 黄疸少见[3]。肝功正常或轻度改变, 一般于数月内死亡, 也有报道手术后及抗痨治疗恢复者。本例无发热、黄疸, 肝功能检查正常。经手术及抗痨治疗, 随访半年, 情况良好。肝结核瘤罕见。肉眼下观察, 结核瘤与肝脏炎性假瘤、放线菌病、何杰金氏病及继发性肝癌鉴别相当困难。超声亦难作出定性诊断, 但可发现有占位性病变, 为手术提供了依据。故遇有占位性病变者, 除考虑肝癌、血管瘤及其它实质性占位性病变外, 尚需除外本病的可能, 最后确诊靠病理检查。

关键词: 肝结核瘤; 超声诊断
中图法分类号: R525　　文献标识码: B

参考文献:

[1] 赵西芳. 肝结核瘤一例[J]. 泰山卫生, 1995, 19(3): 51.

[2] 邢　雪, 夏穗生. 肝结核瘤的诊治探讨[J]. 中华结核和呼吸杂志, 1997, 20(3): 169－171.

[3] 张凤瑞, 彭　利, 栗占学. 肝结核瘤 2 例[J]. 河北医科大学学报, 2000, 21(2): 120－121.

（编辑　王　红）

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