

分显露胆囊三角的情况下,强行分离胆囊三角致使手术野出血多、渗血严重,而造成 Calot 三角区解剖、显露困难,从而造成胆囊切除不全而残留。(2)如胆囊管解剖变异、过长、迂曲或与胆总管并行,或开口于胆总管后壁、左侧壁等,如术者未能及时发现解剖变异,造成胆囊管遗留过长或胆管损伤,也是造成残余胆囊的主要原因。(3)手术过程中为避免损伤胆总管、肝总管及下腔静脉等管道组织,很多术者不敢冒损伤肝外胆管的危险去解剖胆囊管,使得残留胆囊管过长或残留结石。(4)残留结石嵌顿可以导致残余胆囊或残留胆囊管扩张,甚至继发感染,或在过长的胆囊管中 Heister 瓣及残留胆囊黏膜的分泌和吸收功能异常,胆道流体动力学的改变,也将成为继发胆囊管感染及结石形成的基础,引起继发胆管结石。

**3.2 残余胆囊合并胆系结石的诊断** 残余胆囊并发胆系结石的症状、体征与胆囊炎、胆囊结石相似,如患者为胆囊切除术后,出现右上腹或上腹部绞痛,右肩背部放射痛,或伴有发热、黄疸时应考虑残余胆囊的可能<sup>[1]</sup>,B 超检查具有操作简单、价格低廉及无创伤的优点,通常是诊断胆道系统疾病的首选方法。但其对于诊断残余胆囊并结石有一定的局限性,MRCP 对于胆道病变诊断的准确性高,是评估残余胆囊是否合并结石、出口梗阻的理想诊断方法,如果 B 超检查阴性,症状反复发作者应行 MRCP 检查。

**3.3 残余胆囊合并胆系结石的治疗** 目前认为残余胆囊只要未合并有囊内结石、炎症、梗阻,经长期观察无症状者,可不选择再次手术切除<sup>[2]</sup>。但由于残余胆囊并结石症状易反复发作,甚至可以发生癌变<sup>[3]</sup>,所以一般应再次手术。手术

时机以非急性发作期为宜。再次手术时,重点是充分了解解剖和辨清胆囊管、胆总管及肝总管三者的关系。如系残余胆囊合并胆总管结石,应先处理胆总管病变,先切开胆总管,探查胆管,找到胆囊管的开口,辨清肝外胆管与残留的胆囊解剖关系后,再切除残留胆囊,以避免损伤肝总管<sup>[4]</sup>。

**3.4 残余胆囊合并胆系结石的预防** 预防的关键是通过提高手术者对胆囊切除术式的认识,提高手术者的技术,尽量多地掌握患者的相关检查资料,掌握胆道的解剖,并且尽量避免急诊手术及胆囊急性炎症期手术,选择恰当的手术时机及手术方式,如果在行小切口胆囊切除术或腹腔镜胆囊切除术时,发现胆囊三角炎症、水肿、粘连严重,解剖不清时,应及时主动扩大切口或中转开腹手术,不要盲目追求微创<sup>[5]</sup>。

**参考文献**

- Walsh RM, Ponsky JL, Dumot J, et al. Remained gallbladder/cystic duct remnant calculi as a cause of postcholecystectomy pain[J]. Surg Endosc, 2002, 16(6):981-984.
- 黄志强. 黄志强胆道外科[M]. 第1版. 济南: 山东科学技术出版社, 1999:756.
- 安东均. 胆囊残株癌(附4例报告)[J]. 中国实用外科杂志, 1995, 15(5):291-292.
- 陈梅福, 吴金术, 易为民, 等. 残留结石性胆囊炎的诊断与手术治疗体会[J]. 肝胆外科杂志, 2003, 11(6):207-208.
- Gurel M, Sare M, Gurer S, et al. Laparoscopic removal of a gallbladder remnant[J]. Surg Laparosc Endosc, 1995, 5(5):410-411.

[收稿日期: 2009-07-24][本文编辑 宋卓孙 刘京虹]

**经验交流**

**新鲜羊膜移植治疗严重角膜溃疡临床观察**

陈琦, 陆可卫

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院眼科

作者简介: 陈琦(1973-), 男, 大学本科, 学士, 主治医师, 研究方向: 眼表角膜病。E-mail: doctorcq@21.cn.com

**[摘要]** 目的 探讨羊膜移植及羊膜联合板层角膜移植治疗严重角膜溃疡的可行性并进行疗效分析。

**方法** 对25例(25眼)浸润 < 2/3 基质厚度的角膜溃疡行多层羊膜移植治疗; 对10例(10眼)溃疡深度达2/3 角膜厚度甚至达后弹力层或伴溃疡穿孔者行单层羊膜联合板层角膜移植治疗。结果 术后角膜溃疡愈合34眼, 有效率97.1%, 28眼视力不同程度提高。结论 羊膜移植及羊膜联合板层角膜移植治疗严重角膜溃疡并发症少, 疗效确切, 具有较高的安全性。

**[关键词]** 羊膜移植; 角膜移植; 角膜溃疡

**[中图分类号]** R 772.21 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2009)11-1178-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.11.23

**Clinical observation of human amniotic membrane transplantation in the treatment of deep corneal ulcer**  
CHEN Qi, LU Ke-wei. The People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, Nanning 530021, China

**[Abstract] Objective** To observe the therapeutic effects of amniotic membrane transplantation for deep corneal ulcer. **Methods** In a group of 35 eyes in 35 patients with deep corneal ulcer whose conservative therapy was uneffective, 25 eyes were treated by amniotic membrane transplantation, 10 eyes were treated by amniotic membrane transplantation combined with lamellar keratoplasty. **Results** Thirty-four of 35 eyes (97.1%) were healed successfully. The visual acuities of 28 eyes were improved and the best acuities was 0.1. **Conclusion** For patients with deep corneal ulcer whose conservative therapy was uneffective, amniotic membrane transplantation or combined with lamellar keratoplasty is an effective approach for preservation of eyeballs and restoration of visual function.

**[Key words]** Amniotic membrane transplantation; Keratoplasty; Corneal ulcer

近年来,随着对羊膜生物学特性的深入了解,羊膜已被广泛应用于眼表重建及严重的眼表疾病的治疗。临床与基础研究证实羊膜具有抗原性低、促进眼表上皮化、减轻炎症反应、抑制纤维组织增生和新生血管形成等作用。角膜溃疡一直是眼科临床最为棘手的问题之一,随着病情的发展可致角膜穿孔,最终造成永久性的视力障碍,对于严重的原发性角膜病变患者,病变累及深层角膜,导致角膜内皮功能下降或失代偿。随着 Kruss(1999)等报道多层羊膜移植治疗深部角膜溃疡获得较好的效果以来,角膜溃疡的治疗又多了一条新途径。2000-06~2008-10 我们采用多层羊膜或单层羊膜联合板层角膜移植治疗大面积深层角膜溃疡及角膜溃疡穿孔 35 例,用病灶切除联合羊膜移植治疗角膜溃疡,取得了较好的疗效,现报告如下。

**1 资料与方法**

**1.1 一般资料** 选择 2000-06~2008-10 我院收治的角膜溃疡患者 35 例(35 眼),其中男性 15 例(15 眼),女性 20 例(20 眼);年龄 6~52 岁,平均 35.7 岁。术前视力:光感~0.06。溃疡面积大于 6 mm×6 mm,深达后基质层 20 例(20 眼),溃疡伴穿孔(穿孔<4 mm)10 例(10 眼);其中全角膜溃疡 1 例(1 眼)。所有病例均药物治疗 15 d 以上无效,多次微生物学检查呈阴性。

**1.2 手术分组** 角膜溃疡直径在 6 mm 以上,炎症浸润<2/3 基质厚度 25 例(25 眼)行多层羊膜移植。溃疡深度达 2/3 角膜厚度甚至达后弹力层或伴溃疡穿孔者 10 例(10 眼),行单层羊膜联合板层角膜移植。

**1.3 材料来源** 所有羊膜材料均为我院产科提供健康剖宫产 24 h 内取材、保护制备用的羊膜。

**1.4 手术方法**

**1.4.1 多层羊膜移植术** 显微镜下谨慎切除炎性坏死角膜组织及尽量多切除水肿组织,植床边缘在溃疡边缘外 1~2 mm 处,切除宽度大于植床 1~2 mm,取 2 层上皮面朝上羊膜盖于植床上,10-0 尼龙线缝合固定于植床内 6 针,各层上皮面均朝上,再取一片 25 mm×25 mm 大小羊膜与覆盖于全角膜面上,10-0 尼龙线固定于角膜缘处 4~8 针。羊膜面放置适合大小中空眼模进行加压,涂入抗生素眼膏后加压包扎术眼 3~5 d,全身应用抗生素及皮质激素治疗。术后 3~5 d 局部开放点眼,使用氧氟沙星眼液及贝复舒眼液点眼,每天涂两次氧氟沙星眼膏。1 W 时取出眼模。

**1.4.2 单层羊膜联合板层角膜移植术** 显微镜下谨慎清除

坏死组织至弹力层,穿孔者清除孔周渗出物,分离粘连之虹膜,注入玻璃酸钠形成前房。植床大于溃疡面 1~2 mm,取大于植床 1 mm 单层羊膜,上皮面朝上平铺于植床上,10-0 尼龙线固定 4~6 针,使羊膜平铺并紧贴植床。然后植上已复水保存板层角膜(去上皮)。10-0 尼龙线过角膜及羊膜间断固定缝合 12 针,拆除原羊膜缝线,角膜缝线埋藏线结,涂入抗生素眼膏后加压包扎术眼 3~5 d,全身应用抗生素及皮质激素治疗。术后 3~5d 局部开放点眼,使用氧氟沙星眼液及贝复舒眼液点眼,每天涂两次氧氟沙星眼膏。

**2 结果**

**2.1 临床疗效** 35 例(35 眼)中 25 眼行多层羊膜移植术,其中 1 眼术后后弹力层膨隆后继发穿孔,患者不愿再次手术,放弃治疗。其余 24 例(24 眼)行多层羊膜移植术后角膜炎症均能得到迅速而有效的控制,角膜上皮向心性生长,4~6 W 角膜溃疡呈疤痕愈合。早期可见 12 眼出现角膜后弹力层皱褶,1 W 内消失。8 眼伴有 2~3 支新生血管侵入角膜约 2 mm,植床面 3~4 W 内上皮修复,角膜上皮痊愈后部分消退。羊膜溶解时间为 2~4 W。24 眼均未见复发,角膜痊愈后可见角膜中央基质变薄,形成斑翳,但无向前突出者。随访时无角膜内皮失代偿者。10 例(10 眼)行单层羊膜联合板层角膜移植者术后植片早期仍较透明,浅前房者前房很快加深。其中 2 眼出现羊膜下积液,形成第二前房,角膜内皮水肿较明显,经加压包扎处理后 7 d 积液吸收,羊膜伏贴。本组病例 3~4 W 愈合,愈合后疤痕淡清平整,新生血管少,既挽救了患者眼球,又维持了较好的外观。

**2.2 术前、术后矫正视力比较** 见表 1。

表 1 术前、术后矫正视力比较(n)

时段	光感	手动/30 cm	指数/30 cm	>0.05
术前	10	19	4	2
术后	2	11	12	10

**3 讨论**

角膜溃疡一直是眼科临床最为棘手的问题之一,随着病情的发展可致角膜穿孔,最终造成永久性的视力障碍。对于严重的原发性角膜病变患者,病变累及深层角膜,导致角膜内皮功能下降或失代偿,在重建眼表面后,仍有持续性角膜基层水肿,上皮营养不良并易于脱落,增加了发生溃疡的机会,同时角膜面临血管化的危险。因此,那些抗菌素疗效欠佳或无药敏指导治疗的病例,及早于溃疡清创是必要的措

施。清创后角膜面溃疡留下的创面,传统上予以板层角膜移植,即使如此,仍有10%~30%会出现排斥反应<sup>[1]</sup>。引起角膜免疫排斥反应的主要方式是细胞免疫。有研究结果显示,角膜内皮的免疫原性最强,其次为角膜上皮,再次为角膜基质,分别约占整个角膜免疫原性的62.11%、31.77%和6.12%。穿透性角膜移植是治疗和复明的最有效的手段,但角膜材料来源匮乏,且要在基层医院广泛开展有很大难度。我们也曾采用联合结膜瓣遮盖术,但取结膜瓣时增加眼球创伤,而且结膜瓣覆盖手术创面后,妨碍观察创面及眼内情况。近年来,随着对羊膜生物学特性的深入了解,羊膜已被广泛应用于眼表重建及严重的眼表疾病的治疗<sup>[2,3]</sup>。本组治疗方法,通过利用羊膜作为植片或作为植床与角膜植片的载体,阻止抗原信号经角膜板层扩散及板层内皮与植片的直接致敏,从而抑制排斥反应的发生。羊膜具有厚度合适,透明,有韧性,无血管、神经和淋巴管等生物学特性,故利用羊膜可作基底膜,促进上皮细胞增殖和分化,抑制炎症反应和抗粘连。现在羊膜作为一种生物敷料可用于皮肤烧伤、皮肤创伤、慢性腿部溃疡。羊膜可分上皮层、基底膜、致密层、成纤维细胞层及海绵层,其厚度约0.02~0.05 mm。由于羊膜无抗原性,在羊膜移植过程中没有活细胞的移植,其抗原性极低,所以避免了免疫排斥反应的发生<sup>[4]</sup>。作为细胞赖以生长的基本替代物,基底膜可以代替上皮细胞正常分化、增殖所需的功能,具有刺激细胞增长的特征,利于上皮细胞的移行和附着,同时其含有多种活性成分,具有防止上皮细胞凋亡、抗纤维化、抗新生血管和抗炎作用<sup>[5]</sup>,在促进结膜组织及角膜上皮增殖修复中具有重要作用。羊膜作为一种植入物治疗角膜溃疡及穿孔的机制,可能是羊膜覆盖于角膜基质缺损区可

以补充角膜基质内破坏的胶原,为上皮生长提供基底膜。羊膜作为一种底物可以产生多种生长因子,有利于上皮细胞分化移行。植入的羊膜不仅能够抑制角膜本身的炎症反应,减少新生血管的形成,而且还可以作为一种屏障起到保护创面的作用。羊膜移植利用羊膜的“缓释装置”使药物持续发挥作用,使结膜囊内维持有效的药物浓度,达到充分、有效、不间断的杀菌作用。同时,羊膜具有促进眼表上皮愈合,维持正常眼表上皮细胞类型,减轻局部炎症反应和血管化及瘢痕增生的作用。本组研究结果显示,羊膜移植治疗角膜溃疡,术后3天供体上皮长入植片,角膜植片、植床透明,术后一般不出现层间分离现象,组织愈合早,瘢痕形成少,新生血管少,为二次穿透性角膜移植术奠定了良好生物基础,部分提高了视力。

参考文献

- 1 王智崇,葛 坚,徐锦堂,等.角膜不同组织免疫原性分析[J].中华眼科杂志,2002,38(9):535.
- 2 Hick S, Demers PE, Brunette I, et al. Amniotic membrane transplantation and fibrin glue in the management of corneal ulcers and perforations; a review of 33 cases[J]. Cornea, 2005, 24(4):369-377.
- 3 Burman S, Tejwani S, Vemuganti GK, et al. Ophthalmic applications of preserved human amniotic membrane; a review of current indications [J]. Cell Tissue Bank, 2004, 5(3):161-175.
- 4 柱志山.羊膜移植在眼科的应用[J].眼外伤职业眼病杂志,2003, 25(4):285-287.
- 5 廖明星,黄顺清.氟康唑联合羊膜移植治疗真菌性角膜溃疡的临床观察[J].医学临床研究,2004,21(3):262-264.

[收稿日期 2009-07-20][本文编辑 韦辉德 刘京虹]

经验交流

# 显微手术治疗垂体瘤术后尿崩症的临床分析

潘荣南, 陈 氏, 吴文昌, 吴雪松

作者单位: 537000 广西,玉林市第一人民医院神经外科

作者简介: 潘荣南(1965-),男,学士学位,副主任医师,研究方向:脑肿瘤及脑血管病的诊治。E-mail: panrongnan@163.com

**[摘要]** 目的 探讨显微手术治疗垂体瘤术后尿崩症的病因、诊断、处理及预防,以减少术后并发症,提高治疗效果。方法 回顾性分析5年收住的55例显微手术治疗垂体瘤患者资料。结果 55例患者术后发生尿崩症17例,6例在术后24 h内出现,11例在24~72 h内出现。1 W内恢复正常11例,2 W内恢复正常5例,3 W内恢复正常1例,无永久性尿崩症。结论 提高手术技巧,术中注意保护,可以减少尿崩症的发生;尿崩症治疗的关键是及时诊断,及时应用抗利尿药物和纠正水电解质平衡失调。

**[关键词]** 显微手术; 垂体瘤; 尿崩症

**[中图分类号]** R 739.41 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2009)11-1180-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.11.24