文章编号:1000-5404(2007)07-0651-02

经验交流

胆道探查术后胆道下段大出血的诊断和处理

王洪林,陈 翔,李 坚,郑 军,凌 康 (重庆医科大学附属第一医院肝胆外科,重庆 400016)

胆道出血(hemobilia)是术后消化道出血的常见原因之一,胆道探查术后发生胆道出血典型表现为黄疸、呕血和(或)黑便、腹痛、引流管出血等,而对于临床表现不典型的病例,尤其T管短臂以下的出血(主要是壶腹部周围),其诊治尤为困难。近年来,我们发现5例少见的胆道探查术后胆道下段大出血病例,其中3例死亡,1例非手术治愈,1例手术止血成功,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

5例患者,男性4例,女性1例,年龄46~78岁。5例均以便血为主要表现,T型引流管均无血性液体流出和胆道出血的典型表现。出血量在900~10 000 ml,输血量800~8 000 ml。

1.2 典型病例

例1,男性,46岁,因胆囊结石、胆总管结石行胆囊切除、胆总管探查及T管引流术。术后12 h出现脉搏增快、血压下降等休克症状。T管引流通畅,胆汁清亮,数小时后出现便血,考虑为术后应激性消化道出血。24 h内出血量达10 000 ml,输血约8 000 ml。因出血量大,非手术治疗不见好转,故剖腹探查。术中见:胃黏膜完整、光滑,无出血病灶,遂切开十二指肠,见十二指肠降段有较多血液,仔细检查发现十二指肠乳头内有鲜血涌出,切开扩大十二指肠乳头,出血处给予缝扎止血,出血停止,痊愈出院。

例2,男性,72岁,因胆囊结石、肝外胆管结石致急性梗阻性化脓性胆管炎行剖腹探查术,术中胆道镜检查发现胆管下端壶腹部有1枚结石部分嵌顿于胆管壁内,反复取石失败,置T形管引流。术后第3天出现心慌、出汗、面色苍白、血压下降,继之便血,因胆道T管引流通畅、胆汁清亮,考虑为应激性消化道出血,经非手术治疗,仍反复便血,于术后第12天胃镜检查:见十二指肠乳头部有鲜血涌出。准备手术探查,家属不同意再手术,经非手术治疗无效死亡。

例3,男性,65岁。因急性化脓性胆管炎、胆囊炎,并发急性胰腺炎在外院手术行胆囊切除、胆总管探查取石、胰床引流术。术后转入我院,第13天T管造影显示:胆总管下端1.5 cm结石嵌顿。拟定术后4周行胆道镜取石。第15天开始出现便血,T管引流通畅,亦无血性液体流出,经内镜检查发现乳头部有鲜血溢出,乳头周围亦有广泛渗血。经非手术治疗无效,失血过多死亡。

另2例均为胆管切开,T管引流术后消化道出血,1例经肝动脉插管造影明确胆道下端出血,经栓塞治愈,1例通过胆道镜明确壶腹部出血,经T管注射止血药等非手术治疗,终因年老体弱失血过多死亡。

2 讨论

胆道出血是由于多种原因所致肝内或肝外胆管与血管相通造成,主要原因在国内为胆道感染[1],在国外则为创伤[2]。

近年来胆道术后胆道大出血的报道似有增多趋势[3,4]。一般的胆道术后出血表现为典型的胆道出血三联征和T管引流出血性液体,并且有周期性,出血的部位多为肝内胆管和肝门部胆管。本组是胆道术后发生的胆道下段大出血不伴有上述典型症状,出血量大且为持续性,病情发展快,诊断困难,常被误诊为应激性消化道大出血,而国内外相关文献报道较少。

2.1 诊断

依据典型的胆道出血三联征或胆道术后胆道引流管中有鲜血引出,此时胆道出血的诊断应不难。当患者不出现典型的三联征,胆道引流管中也无血性液体流出,仅有上腹隐痛和上消化道出血的表现时,极易与消化性溃疡、急性胃黏膜损害、食管静脉曲张破裂等常见导致上消化道出血的疾病相混淆。本组5例患者在出血初期都没有作出胆道出血的诊断,故对胆道术后上消化道出血者均应考虑有胆道下段出血的可能。

胆道出血点的定位诊断比较困难,一些病例不易找到明显的出血点,而出血部位的诊断尤其关键、是取得良好疗效或再手术成功的基础。

目前,多种辅助检查有助于胆道出血的定性及定位诊断。①超声多普勒:可用于诊断肝胆系血块、血肿、动脉瘤,但难以确定出血部位。②CT和MRI:对于胆道出血原发病的定性和定位诊断有参考价值。③内镜:主要用于排除其他出血来源和明确胆道术后胆道下段大出血者。在出血间歇期或出血减缓期间,应尽可能作胃镜检查(最好十二指肠镜),该方法能明确出血是否来自胆管下段,同时又能除外食管、胃及十二指肠疾病的出血。只要出血来自乳头口,大致可认定出血在胆道下段至十二指肠乳头段(包括胰管内出血)。④选择性血管造影:选择性腹腔动脉和(或)肝动脉造影是目前最有效的手段。其对出血部位可提供可靠依据,文献[5]报道动脉造影阳性率高达100%,并对动脉瘤、血管异常、肿瘤有重要的诊断意义,还能指导治疗[6]。因此,如有条件,应在活动性出血时,进行选择性动脉造影检查。本组1例于出血期作了该检查,得到较准确的定位和定性诊断,同时做了栓塞止血治疗并获得了成功。⑤其

作者简介:王洪林(1955-),男,辽宁省大连市人,教授,主要从事肝胆肿瘤与结石方面的研究。电话:13101347534

收稿日期:2006-01-15;修回日期:2006-05-21

他:肝功能检查在一般的胆道出血时,多有程度不同的改变,特别是胆红素增高和酶谱的改变有一定的意义[7],但有时胆管下段出血时肝功能的改变不是很明显。

术后经T管或窦道胆道镜检查有其自身应用价值。此法能够比较直观地明确胆道出血的原因及部位,提高诊断正确率,并可为选择手术方式提供指导。本组1例由于高度怀疑胆道出血,经T管行纤维胆道镜探查,发现胆总管下端壶腹部黏膜有大量血凝块附着及鲜血涌出,至此诊断明确。窦道内行胆道镜检查还受到术后时间的限制,如术后近期拔出T管做该项检查,有可能会出现胆汁漏导致胆汁性腹膜炎。

2.2 误诊原因分析

通过本组病例的总结分析,导致误诊的原因是多方面的:①最主要的是对本病认识不足:术后胆道出血,有典型的胆道出血三联征并且从T管引流出血性液体,则诊断不难,蒋江营[3]报道的14例中均有鲜血从T管引出,而鲜于剑波等[4]7例中则有6例。本组5例T管均无血性液体流出,且没有胆道出血的典型表现,给诊断带来了困难,以致不能及时明确诊断。②有手术史时,使情况更进一步复杂化,术后发生消化道大出血后,仅按应激性溃疡等治疗,没有进一步做相关的检查(如胃镜、十二指肠镜等)以致延误治疗。作者主张:胆道术后消化道出血没有典型的胆道出血症状和T管出血,应考虑到胆道下段出血可能,积极面对做出相应的检查。

2.3 治疗

2.3.1 非手术治疗 胆道探查术后并消化道出血的患者,其全身情况往往很差,常被误认为术后消化道应激性出血。如能明确胆道下段出血,在下列情况下,可考虑行非手术治疗:①全身失血征象易于纠正者。②术后1周内出血量不大者。③胆道造影等检查,出血灶仍不明确者。

2.3.2 介入治疗 近年来,由于介入技术医学的发展,国内、外采用选择性肝动脉栓塞治疗均获得较满意的疗效[8]。肝动脉造影可以明确出血部位,并用明胶海绵或不锈钢弹簧圈栓塞,常能取得良好的止血效果。介入治疗也可为因一般情况差而不能耐受剖腹手术的患者所接受,并可反复多次进行。近年也有学者运用超选择性双重栓塞的方法,即用明胶海绵颗粒或微弹簧圈栓塞出血动脉的远端,再用弹簧圈栓塞出血动脉近端,效果理想[9]。

本组1例患者是采用seldinger技术,经股动脉插管,选择性肝动脉造影,并行DSA摄片,造影显示为胃十二指肠动脉分支假性动脉瘤出血,造影剂呈外溢或喷射状进入胆道至肠道,选用亲水膜导丝将3FSP微导管超选择性插入靶血管内,在电视监视下注入明胶海绵(为1 mm×2 mm颗粒状)进行栓塞治疗,造影剂停止外溢证明出血停止。

2.3.3 手术治疗 手术适应证:①短时间内出血量过大,生命体征不稳者;②反复大量出血超过2周者;③经非手术治疗和介入治疗后仍持续出血;④内窥镜检查明确出血来自胆道下段。

手术目的有两个:一是出血部位的判定;二是出血病因的处理。在大出血急诊手术时,探查定位显得极为重要,一般分两步:①鉴别出血是否来自胆道。在急性大出血期间剖腹探查时,要进一步与食道胃底曲张静脉破裂、溃疡病出血相鉴别。如术中探查胃内血液不是来自胃溃疡或胃底食管下端,应果断切开十二指肠或用内镜检查出血是否来自乳头,一旦发现出血来自乳头,胆管下段出血即可明确。若术中出血已停止,即使不能确定出血来源,亦不要贸然施行胃大部切除术。因为在原因不明的胃肠道出血病例中,2%~5%的出血是来自胆道。初次未能采用正确而有效的手术(包括盲目的胃大部切除术),以致患者要遭受多次手术甚至致命的危险,已有报道。胆道镜的术中应用,对胆道下段出血是很有帮助的,常可明确出血的位置和性质[10,11]。②一旦出血部位和性质确定,应采取相应的手术方案。多数的出血为炎症性,切开括约肌直视下缝扎止血,通常能达到满意效果。如为血管瘤可行肝动脉结扎,若为肿瘤可行胰十二指肠切除。

关键词:胆总管探查;胆道出血;血管造影

中图法分类号:R657.4 **文献标识码**:B

参考文献:

[1] 吴阶平,裘法祖.黄家驷外科学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,2004:1407-1409.

[2] Sandblom P, Mirkovitch V. Hemobilia: some salient features and their causes [J]. Surg Clin North Am, 1977, 57(2): 397-408.

[3] 蒋江营.胆道大出血35例报告[J].中华普通外科杂志,1998,13(3):142-144.

[4] 鲜于剑波,王鸿志,资玲华,等.胆道大出血的导管治疗[J].中国普外基础与临床杂志,2001,8(6):392-394.

[5] Moodley L, Singh B, Lalloo S, *et al*. Non-operative management of haemobilia[J]. Br J Surg, 2001, 88(8): 1073-1076.

[6] 沈正荣,彭淑臻.超选择性肝动脉插管栓塞术治疗胆道出血[J].肝胆外科杂志,1997,5(2):76-77.

[7] Jornod P, Wiesel P H, Pescatore P, *et al*. Hemobilia, a rare cause of acute pancreatitis after percutaneous liver biopsy: diagnosis and treatment by endoscopic retrograde cholangiopancreatography [J]. Am J Gastroenterol, 1999, 94(10): 3051-3054.

[8] Defreyne L, Vanlangenhove P, De-Vos M, *et al*. Embolization as a first approach with endoscopically unmanageable acute nonvariceal gastrointestinal hemorrhage [J]. Radiology, 2001, 218(3): 739-748.

[9] 何敬东,范谋海,周义成,等.超选择性双重栓塞治疗胆道出血[J].放射学实践,2001,16(3):166-169.

[10] 蔡 海,莫锦良.隐匿性胆道出血误诊原因及诊治分析[J].肝胆外科杂志,2003,11(3):211-212.

[11] 吴一武,梁建深.纤维胆道镜在胆道出血手术中的应用[J].中国内镜杂志,2001,7(3):65,67.

(编辑 薛国文)