位摆放时,做到一次性到位,避免不全身体表降温是非体外循环下主动脉缩窄矫治手术的关键步骤,低体温对患儿术后恢复有很大的危害。积极与手术医生沟通,充分备好降温设备、吻合、止血及摆设术中体位等关键用物,针对手术的特殊性做好相关物品准备、集中精力配合、做好应急措施,是保证手术顺利进行的关键。

[参考文献]

[1] 宋治远. 覆膜支架在主动脉缩窄合并动脉导管未闭时的应用指征[J]. 局解手术学杂志,2007,16(5):297 - 298.

[2] Korbmaeher B, Krogmann ON, Rammos S, et al. Repair of critical aortic coartation in neonatal age[J]. J Cardiovasc Surg (Torino), 2002, 43(1):1.

[4] 胡盛寿. 阜外心血管外科手册[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:111 - 117.

[5] 杨双强,谭松涛,杨朝坤,等. 极化停搏液用于离体大鼠心脏保存的实验研究[J]. 重庆医科大学学报,2005,30(3):438 - 442.

(编辑:左艳芳)

胆石症合并肝硬化门脉高压的临床特点及治疗分析

Clinical characteristics and treatment of cholelith disease combined cirrhotic portal hypertension

钱卫华,陈少骥,王 伟 (苏州市苏州大学附属第二医院高新区医院普外科,江苏 苏州 215151)

[关键词] 肝硬化;门脉高压;胆囊结石;出血

[中图分类号] R657.31 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2014)04-0423-02

门脉高压由门静脉系统压力升高所致,按照病因可分为肝前型、肝内型和肝后型,其主要致病因素为血吸虫病和肝硬化[1]。由于肝硬化门脉高压患者的肝功能损害、凝血机制异常和低蛋白血症等临床表现,其合并胆石症发病率较高,是正常人发病率的 2 ~ 3 倍[2]。且胆石症合并肝硬化门脉高压使患者术中出血风险增加、术后并发症发生率高,给治疗带来了较大挑战。为分析胆石症合并肝硬化门脉高压的临床特点以及术中、术后情况,笔者选取我院 2007 年 4 月至 2010 年 5 月收治的 17 例胆石症合并肝硬化门脉高压患者进行了分析,现将研究过程与结论报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者 17 例,男 12 例,女 5 例,年龄 43 ~ 73 岁,平均 52 岁。其中肝炎肝硬化 15 例,血吸虫肝硬化 2 例。诊断主要依据病史、实验室检查、B 超、CT 等影像学检查,以及术中证实[3]。术前明确诊断 12 例,术中发现合并门脉高压症 5 例。择期手术 16 例,急诊手术 1 例。肝功能 child 分级:A 级 12 例,B 级 4 例,C 级 1 例。17 例患者临床指标比较无统计学差异($P>0.05$),本临床研究具有可比性,见表 1。

1.2 治疗方法

单纯胆囊结石 6 例为 A 组,行胆囊切除;胆囊结石并胆总管结石 10 例为 B 组,行胆囊切除加胆总管探查;胆总管结石 1 例为 C 组,行胆总管切口取石T 管。

1.3 手术效果

3 组患者术中出血量、住院时间、并发症情况及病死率均无明显统计学差异($P>0.05$),见表 2。17 例患者共出现 7 例并发症,并发症率 41.2%,1 例病死,病死率 5.9%。

2 结果

15 例康复出院,胆漏 1 例,经引流后痊愈。切口裂开 1 例,门静脉血栓、肠梗阻 1 例,自动出院 1 例,死亡 1 例,死于术后肝功能衰竭。术后患者均有不同程度的腹水酶及黄疸指数升高。其中出血 800 mL 以上者 2 例。

3 讨论

肝硬化门脉高压患者均存在不同程度的肝功能损害,肝脏功能储备差,部分患者还伴有脾功能亢进,因此患者往往伴有低蛋白血症、腹水及凝血机制障碍。疾病本身、手术、麻醉可加重其负担,导致术后肝功能失代偿甚至衰竭。因此,对该类患者能否手术,何时进行手术应结合患者肝功能的情况以及其他身体状况作出全面的评价和预测。如状况许可,术前也应充分准备,改善肝脏功能,消除腹水,术前输注新鲜的血浆,冷沉淀,维生素以改善肝功能及凝血状态[4]。同时处理好其他合并症,如糖尿病、心肺疾病。手术者必须充分估计到手术的难度,及术中可能发生的情况,做好周密的准备,如配备富有经验的手术人员,以应对各种意外,缩短手术时间,减少手术创伤。备血及其他血制品要充足。我院的 17 例病例中,肝功能分级在 A、B 级的患者,除 1 例因术中大出血,术后切口裂开,致术后肝功能衰竭外,其余术后均顺利康复,肝功能 C 级的 1 例患者因急性梗阻性胆管炎急诊手术,术后因肝功能衰竭而死亡。因此,

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201404037

[收稿日期] 2014-03-10 [修回日期] 2014-03-17

表 1 3 组患者一般资料对比

组别	n	年龄(岁)	性别(例)		肝功能分级(例)			脾肿大分类(例)			门脉内径(mm)	上消化道出血史(例)
			男	女	A	B	C	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ		
A 组	6	53.5 ± 8.2	4	2	5	0	1	2	4	0	15 ~ 19	1
B 组	10	51.9 ± 7.4	7	3	6	4	0	3	5	2	16 ~ 21	1
C 组	1	52.0 ± 8.8	1	0	1	0	0	1	0	0	15 ~ 18	1
合计/平均值	17	52.7 ± 9.4	12	5	12	4	1	6	9	2	17.6 ± 3.9	3

表 2 3 组患者手术情况对比

组别	n	术中出血量(mL)	住院天数(d)	并发症情况[例(%)]	病死[例(%)]
A 组	6	397.5 ± 58.5	32.9 ± 5.2	2(33.3)	0(0)
B 组	10	406.2 ± 64.1	34.7 ± 6.0	4(40.0)	0(0)
C 组	1	455.8 ± 59.6	33.6 ± 5.5	1(100)	1(100)
F/ 2		0.221	0.339	0.184	0.096
P		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

对于肝功能 child 分级 A、B 级的患者,如无其他合并症可在充分准备的前提下择期手术,或适当准备后急诊手术。而对于肝功能 child 分级 C 级的患者,则需慎之又慎,以保守治疗为妥,切忌急诊手术。如需手术,则需待肝功改善至 B 及方可手术。

肝硬化的患者,凝血障碍、异位静脉曲张、门 - 肝静脉小分支异常吻合、门静脉 - 肝动脉短路、胆囊深藏肿大肝内、肝门解剖比邻变异等使手术困难、风险增大,出(渗)血是主要危险[2]。

手术切口可取肋缘下或腹直肌切口,无论取何种切口,切口宜大,暴露要充分。如遇到胆囊位置较深的患者,术中应相应延长切口,在肝右叶膈面垫塞棉垫,以利操作。术中操作要精细、轻柔。本案中有 1 例因助手拉钩不当造成肝门区曲张静脉破裂大出血,处理极为困难,术中患者一度处于休克状态。最后通过垫塞明胶海绵、止血纱布棉垫压迫止血,出血量高达 800 mL 余。

术中在胆囊床及肝十二指肠韧带处如遇到不可避免的血管,切不可用电刀电凝、电灼,应稳妥地给予缝扎。手术方式因根据术中局部的情况而定,力求简单有效。如胆囊三角区解剖不清,切不可强行切除胆囊。可打开胆囊,取出结石,扩大胆囊切口至胆囊颈部,靠近肝面切除部分胆囊壁,处理残留的胆囊黏膜。胆囊颈部予内荷包缝合或行间断缝合,局部放置引流管。如需同时探查胆总管,应小心缝扎胆总管前面的曲张静脉,再切开胆总管。探查胆总管下端时,应轻软,如遇难于取出的结石,而患者的全身情况较差,为避免延长手术时间,增加术中胆道出血概率,可先行胆总管引流,术后用胆道镜取出[5]。本组有 1 例因术中出血按此法处理,效果良好。

术中如遇到较大的血管性出血,应先用纱布压迫止血,或者阻断肝十二指肠韧带初步控制出血后,考虑好方法,做好准备后,清除积血,慢慢暴露出血点,用血管艾利斯夹住出血点,予缝扎止血,力争一次成功。切忌反复止血,盲目钳夹结扎,以致术中误伤胆管、门静脉,加大手术的困难,而术中反复出血、低血压以及手术时间的延长必将加重肝功能的损害,导致术后肝功能衰竭[6]。如遇难以控制的大出血,应压迫止血后,请有经验的上级医生协同处理。术中如发现手术创面广泛渗血,可在创面覆盖止血纱布,明胶海绵后压迫止血,压迫时间 15 min 以上。本组 1 例通过压迫止血,2 例缝扎止血,效果满意。同时静脉输注纤维蛋白原、血小板、冷沉淀等凝血物质。

对于门脉高压症合并胆道结石的患者,术后应密切注意:①密切注意引流管的情况,防止术后出血,术后出血主要为手术创面的渗血,因此术后需纠正凝血功能,可补充维生素 k、输注冷沉淀,纤维蛋白原等。②保护肝功能,特别是对那些术前肝功能较差,术中出血量较多,手术时间长的患者。我们发现无论何种手术,患者均不同程度出现腹水或肝脏酶及黄胆指数的升高。术后输注新鲜的血浆、白蛋白、支链氨基酸、维生素等,对保护肝脏,减少腹水是有益的。同时选用对肝脏无损害的广谱抗生素。③防治感染及其他合并症,术后不但要积极防治手术部位的感染,同时还要防止肺部、肠道的继发感染。其次要控制好原有的合并症如糖尿病、肺心病等[7-8]。

总之,肝硬化门脉高压患者的胆道手术,术中易出血,术后易出现肝功能不全,甚至衰竭,手术风险大。因此应严格掌握手术适应症,术前做好包括手术人员在内的各项准备,以最大限度提高手术成功率。

[参考文献]

[1] 虞卫新. 胆石症并胆道感染者胆汁与血细菌培养比较[J]. 安徽医药,2013(2):272 - 274.

[2] 吴志勇,陈 炜. 肝硬化门静脉高压症及其伴随腹部疾病的外科治疗[J]. 中华消化外科杂志,2013,12(11):814 - 819.

[3] Vasincu D, Mihalache S, Bogza G. Laparoscopic cholecystectomy in pacients with child's class A cirrhosis of the liver and acute cholecystitis due to cholelithiasis[J]. Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi, 2010, 112(3):669 - 672.

[4] 高志强,张 蕾,田 祎,等. 宜昌市夷陵区农村居民胆石症流行状况及影响因素分析[J]. 中国慢性病预防与控制,2013(1):30 - 33.

[5] 杨一邨,肖建华,杨森华,等. 伴肝硬化的胆道良性病手术治疗和围手术期处理[J]. 中华肝胆外科杂志,2004,4(10):274 - 275.

[6] 张昌庆,陈卫东,李正平,等. 胆石症合并门脉高压症手术方式探讨[J]. 中国实用医药,2008,3(33):47 - 48.

[7] Leandros E, Albanopoulos K, Tsigris C, et al. Laparoscopic cholecystectomy in cirrhotic patients with symptomatic gallstone disease[J]. ANZ J Surg, 2008, 78(5):363 - 365.

[8] 董 擂,余红琴,王洪江,等. 肝硬化患者腹腔镜胆囊切除术 212 例临床分析[J]. 大连医科大学学报,2012,34(6):590 - 593.

(编辑:杨 颖)