维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2002年第11卷第2期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2002, Vol.11, No.2

选择性肝动脉栓塞治疗肝外伤术后胆道出血

陈振栋* 张宏伟* 夏伟滨* 刘振平* 刘振玉**

【摘 要】 目的 介绍选择性肝动脉栓塞治疗肝外伤术后胆道出血的体会。方法 采用Seldinger法于右股动脉穿刺将5F的RH导管选择性或超选择性地插入病灶区的肝动脉分支内，经DSA造影证实插管无误后，将明胶海绵微粒注入，进行肝动脉栓塞止血。结果 本组病例经1次栓塞均达到了止血目的，无死亡及严重并发症。结论 该方法不需麻醉，对患者影响小，随着DSA和DTA的应用，插管更准确，栓塞止血效果更确切，并发症少，有效地挽救了那些不能耐受再次手术的患者的生命，被认为是目前治疗肝外伤术后胆道出血的十分有效的方法。

【关键词】 选择性肝动脉栓塞；胆道出血

Treatment of hemobilia after operation for liver injury with selective hepatic arterial embolism *Chen Zhendong, Zhang Hongwei, Xia Weibin, et al. Department of General Surgery, The first affiliated hospital of Jiamushi University, Jiamushi 154002*

【Abstract】 **Objective** To introduce the experience of selective hepatic arterial embolism for treating hemobilia after operation. **Method** RH catheter of 5F was inserted selectively or superselectively into the arterial branches of the focus of liver by Seldinger method through right femoral artery. After the insertion was confirmed by DSA absorbable spange particles were injected into the artery for embolization. **Results** Bleeding stanched after one embolization. There were no death or serious complication. **Conclusion** No anesthesia is need in this method and has little side effect. When applied with DSA and DTA, the insertion is more accurate and the effect of stanching bleeding is more precise, the complication is lower. It may save the lives of those patients who can't bear anesthesia. And has been considered to be an effective method for treating hemobilia after operation for liver injury so far.

【Key Words】 Selective hepatic arterial embolism; Hemobilia

随着现代化建设和交通事业的日益发展，肝脏的损伤日见增多，肝脏外伤修补术后顽固性、周期性胆道出血的患者也随之增多。自1987年以来我们对不能耐受再次麻醉和手术的上述胆道出血的患者，采用Seldinger技术股动脉穿刺插管，进行选择性肝动脉栓塞止血，取得了满意的效果。

资料与方法

一、临床资料：本组共5例，其中男性4例，女性1例。年龄34～49岁，平均39.4岁。交通肇事外伤4例，高处坠落伤1例。其中右肝损伤4例，左右肝损伤1例，合并腹腔其他脏器损伤2例。按照Pachter和Moore提出的肝脏创伤分类，属于Ⅱ型者3例，即肝实质裂伤深度＞3cm，长度＞10cm，创缘挫伤＞2cm，星芒状深裂伤，中心爆破伤，50%合并失血性休克；属于Ⅲ型者2例，即肝段至肝叶广泛断裂伤及碎裂伤，活动性大出血，失血性休克。5例患者均经手术行肝修补或肝部分切除术，术后最短7d、最长24d出现消化道出血，经CT、B超和十二指肠镜等检查证实为肝外伤术后胆道出血。表现为周期性的呕血或黑便，周期约为10～14d，出血时有胆绞痛，B超示肝外胆道积血，胆道下段梗阻，胆管轻度扩张。3例患者伴有轻度黄染，转氨酶有不同程度的升高，出血严重者伴有失血性休克。5例患者均经至少2次严格的止血、补液抗感染等系统治疗而不能有效地控制胆道出血。

二、治疗方法：首先做CT、B超确定肝内损伤的部位，然后在输血、补液和纠正休克的同时，进行选择性肝动脉造影(Selective Hepatic Arterial Angiography)。采用Seldinger法由右侧股动脉穿刺引入5F的RH导管，在X线下将导管选择性或超选择性插入肝左、右动脉或肝叶间动脉，加压注入76%的复方泛影葡胺注射液30～40ml。其中2例采用每秒一张连续摄片5张的方法，3例采用数字减影血管造影(Digital Subtraction Angiography DSA)的方法。2例见造影剂在病损区外溢形

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学附属第一医院普通外科
** 放射科

维普资讯 http://www.cqvip.com

成池样积聚,2 例呈弥漫性外溢,1 例形成假性动脉瘤。(见图 1)。经造影剂证实插管准确无误后,将体积约 3mm × 3mm × 3mm 大小的明胶海绵颗粒压实后,用注射器加盐水注入导管进行肝动脉栓塞,观察 30min 无不良反应,经造影证实无出血后拔管,穿刺处压迫 20min。术后禁食 3d,给予止痛、抗炎、护肝、补液治疗 1 周。

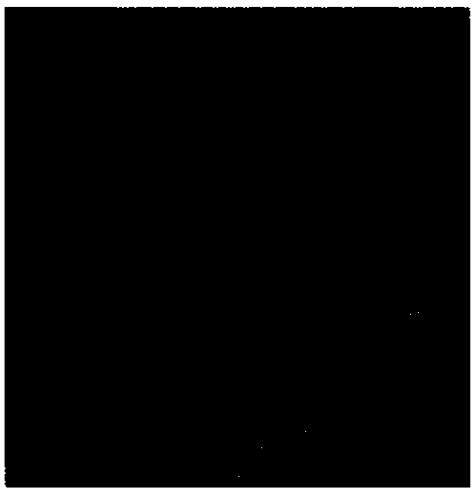


图 1 栓塞前病灶区肝动脉 DSA 片

结 果

栓塞后 DSA 显示栓塞远侧部位动脉瘤消失,动脉管径变细,无造影剂外溢(见图 2)。5 例患者经 1 次栓塞,均达到了有效的止血目的,无再次出血。3 例出现腹部隐痛,给予强痛定 100mg 肌注后缓解。转氨酶 1 周后逐渐下降。栓塞后最短住院 7d,最长住院 1 个月,平均 12d。

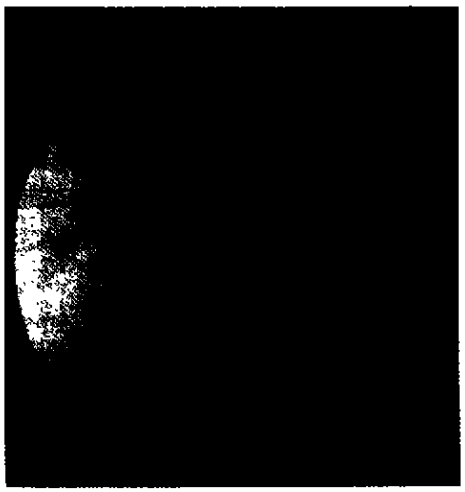


图 2 栓塞后病灶区肝动脉 DSA 片

讨 论

肝脏血运丰富,结构复杂,内有门静脉和肝静脉两个系统,肝动脉分支、肝内胆管分支和门静脉分支相伴而行,被一层纤维结缔组织包绕而形成格利森系统(Glisson system)。当肝脏外伤时,容易造成肝动脉和胆管的损伤并且发生病理性沟通,常见于肝中心型暴裂伤。术中忽略深部病灶的处理而只行表层肝组织缝合,造成相邻的肝动脉分支和胆管分支直接沟通,或者是失活的肝组织液化或感染而造成肝动脉和胆管的病理性沟通。这样压力较高的肝动脉血就会经过这些病理性沟通而进入胆道,经胆道逐渐下流,最后经由十二指肠乳头进入消化道,而表现为消化道出血。出血较慢时表现为便血,出血较急时可表现为呕血和便血。据统计肝外伤术后胆道出血的病例约占肝外伤患者的 1.2%。

当胆道出血时,由于胆道内血容量迅速增加,oddi 括约肌反射性痉挛,表现为低位胆道梗阻,胆道积血,胆管扩张同时出现胆绞痛。大量出血使患者血压下降甚至休克,出血处形成血栓可使出血暂时停止,但当经过输血、补液等治疗后血压回升,在胆汁的作用下血栓溶解脱落,故表现为周期性的胆道出血。

由于该类患者肝脏损伤大多较严重,而且位置较深,手术止血常存在较大的困难,同时由于肝脏外伤常合并其他脏器损伤,反复地出血常导致患者处于衰竭状态、不能耐受再次麻醉和手术,而非手术疗法又不能有效地止血。此时我们可选用栓塞疗法,该法不需要麻醉,对全身影响小。随着 DSA 与 CT 以及肝动脉造影 DTA 的问世,使造影显像更清晰,插管栓塞更准确,止血效果确切,并发症少、优于手术治疗。有效地挽救了那些不能耐受手术的患者的生命。该法被认为是目前治疗肝外伤术后胆道出血的十分有效的方法。

参 考 文 献

1. 卓鹤铨,主编.现代肝胆胰脾外科学.长春:吉林科学技术出版社,1992.190-195.
2 吴阶平、裘法祖,主编.黄家驷外科学.北京:人民卫生出版社,1995.958

(收稿日期:2002-03-18)