维普资讯 http://www.cqvip.com

17-18 急性 胆道出血 外科手术

肠解手术学杂志 1996 年第 5 卷第 4 期总第 20 期 诊断

26 例急性胆道出血的手术、诊断体会

鞍钢立山医院外科 杨铁成
鞍山市卫生学校 乔泽锋
河北省涉县矿山铁矿职工医院 王连生
（辽宁鞍山，邮政编码 114032）

R657.4

急性胆道出血是临床较常见的急、重病症，其来势凶险，常因并发休克而危胁病人生命。60 年代其病死率高达 40～50%。近年来由于医学科技的发展，对急性胆道出血的诊断措施和水平已大有提高，治愈率也不断上升。自 1970 年至 1995 年间我们共收治 26 例，现通过回顾性总结分析，结合文献学习将诊治体会进行报告。

临床资料

一、一般资料：本组量性 15 例，女性 11 例，年龄：19～72 岁，其中以 40～60 岁多发，平均住院日为 25 天。

二、分类情况（按出血病因）：

分类（出血原因）	肝脓肿	胆石症	胆道蛔虫症	肝血管瘤	肝外伤
例数	14	8	1	2	1
占%	53.8	30.8	3.8	7.7	3.8

三、治疗及结果：19 例经手术治疗（肝脓肿出血 14 例；胆石症出血 2 例；肝血管瘤出血 2 例；肝外伤术后出血 1 例）。术式包括有肝叶切除术、肝固有动脉结扎术和出血点缝扎术。结果 14 例治愈，5 例死于休克。非手术治疗 7 例，主要方法是中西医结合抗炎、止血对症，结果死亡 3 例，治愈 4 例，本组总治愈率为 69%。

讨论和体会

一、对急性胆道出血的病因分析：引起急性胆道出血的病因很多，其中以胆道感染继发出血占数较多。当胆管内发生结石，蛔虫，狭窄时可因胆汁淤积引起粘膜发炎，反复的感染导致粘膜溃疡破坏血管继而发生出血，本组有 23 例皆因胆道感染继发出血（肝脓肿出血占 14 例，胆石症出血占 8 例，胆道蛔虫症出血占 1 例），少数出血病例发生于肝血管瘤和外伤术后继发出血。因此胆道出血是胆道炎症、结石，肿瘤或外伤的并发症。

二、对急性胆道出血诊断的探讨：急性胆道出血常与食管、胃和十二指肠等上消化道出血相混淆，一旦发生时需注意鉴别，一般胆道出血都有相似的特点，即：病人有前驱症状，如出现黄疸，有胆绞痛发作或寒战高热等症状，同时呕血内含有胆汁（个别表现便血并有一定周期，每次出血相隔 1 至 2 周左右）。但是值得注意的是对胆道出血部位的判定却是治疗的关键，我们体会下列方法对出血部位的诊断有一定帮助。①B 超对肝胆疾病的诊断阳性率较高，通过 B 超来检查胆管内有无结石、蛔虫或肿瘤等病变，因为病变处往往就是继发出血的部位。本组有 13 例经过此项检查，结果与手术符合率达 83%。②纤维胆道窥镜和经胆管引流管照影：此项检查可直接或间接发现病变部位，并对指导手术止血有一定意义，特别适用于胆道手术后而发生出血者。③选择性动脉照影：可显示肝动脉及其分支的出血部位，尤其对动脉性血管瘤和其他肿瘤并发的胆道出血定位有较高的价值，Whelan 等主张进行动脉照影时应做经皮脾脏穿刺做门静脉照影，他认为胆道出血虽然多数病例发生于小动脉，但也有少部分是小静脉出血，故有条件时应该同时进行肝动脉和门静脉造影，这样对胆道出血的部位诊察更加确切。④手术探查：利用手术切开胆道查找出血部位即可诊断又可治疗。

三、对急性胆道出血的治疗：急性胆道出血的治疗包括手术和非手术两种方法。我们认为对胆道出血速度比较缓慢，量不多，病人一般状态好，血压和脉博相对稳定，红细胞压积不低于 30%时可以采用非手术方法治疗。具体有：通过各种途径给予止血剂，选用广谱抗菌素抗炎，适当输血，输液进行支持同时严密观察病情变化，本组采用此法治愈 4 例，死亡 3 例，故治疗中如疗效不显时还应积极中转手术。对胆道出血速度快、量多，病人时有发生休克可能者应果断手术止血。手术方式较多，一般选择出血点缝扎，肝固有动脉结扎和肝

维普资讯 http://www.cqvip.com

叶切除等术式。本组有 1 例 43 岁男性患者先后进行二次手术止血，仍出血不止，后来进行肝左叶切除术得以好转，病理检查发现该叶肝内多发脓肿。由此可见肝叶切除术对肝内感染性胆管出血不仅达到彻底止血而且还切除了病灶，是比较有效的合理方法。19 例经手术治疗者治愈 14 例，死亡 5 例，故手术治疗的效果是可以肯定的，我们体会：由肝脓肿并发的胆道出血只要条件允许采用肝叶或半肝切除术其疗效是可靠的，虽然做肝固有动脉结扎术短期内能达到止血，但病灶未被切除故仍有再出血可能，当然对一些病情危重，体克不适合做肝叶或半肝切除者还得选择此种方法，对肝外胆道出血可直接切开胆道进行直视下缝扎出血点，其效果也很好，术中如发现是重要的血管出血一定要缝扎结实可靠，本组有一病例因缝扎线脱落而发生胆道再出血，虽经二次手术抢救，最后还是死于失血性休克，对此我们甚为憾事，我们感到：做为术者应具备冷静，果断的良好素质，紧张而有次序地在短时间内查明出血部位，采取有效方法迅速做好止血，彻底清除病灶，对抢救病人的生命极为重要。

参考文献 略

（收稿日期：1996－05－27）

先天性肠旋转不良并肠系膜上动脉压迫综合征 1 例

江西省上饶地区人民医院外科 王 建 丁金火 纪震宇

（江西上饶市，邮政编码 334000）

患者女，12 岁，主诉间歇性呕吐 12 年，加重 7 天于 1994 年 1 月 11 日入院。呕吐为胃内容物，含有胆汁。查体：发育正常，营养稍差。心肺正常，腹平软，未见胃肠形、无压痛、未触及包块，肝脾未触及，中上腹可闻及振水音，肠鸣音正常。钡餐检查见十二指肠内钡剂在水平部通过受阻，挤压时钡剂仍不能通过，并返流入降部、20 分钟后见小肠内有少量钡剂。临床诊断：先天性十二指肠水平部不全梗阻。

手术所见：胃及幽门部正常，十二指肠增粗，直径 3cm，肠壁增厚；全部结肠位于左侧腹部、阑尾位于左上腹，屈氏韧带及空肠起始部位于右中上腹部，全部小肠位于右侧腹部，肠系膜上动脉位于右半结肠后、十二指肠前，并对十二指肠水平远段产生压迫，行高位空肠十二指肠降部侧吻合，吻合口 3cm，附带阑尾切除术，术后诊断：先天性肠旋转不良并肠系膜上动脉压迫综合征。病人恢复顺利，痊愈出院。随访 2 年正常。

讨论：肠系膜上动脉压迫综合征是由肠系膜上动脉及其伴行的静脉、神经压迫十二指肠水平部，造成十二指肠壅滞而引起慢性上腹痛、呕吐等上消化道梗阻症状的一组症群。临床多为肠系膜上动脉与腹主动脉之间夹角过小所致，本例为先天性肠旋转不良，患孩站立时小肠下坠，肠系膜牵拉过紧，使肠系膜上动脉等组织压迫十二指肠水平部造成间歇性不全性梗阻。本征内科治疗无效者，可外科治疗、手术方法常用的有：①游离屈氏韧等；②十二指肠空肠吻合术；③十二指肠复位。第二种方法已被临床广泛采用并取得良好效果。

（收稿日期：1996－04－09）

欢迎撰稿 欢迎指导 欢迎订阅