DOI:10.16016/j.1000-5404.1979.03.008

病例编号	诊断	手术	残留结石分布情况	治疗次数	排石情况	并发症	备注
1	原发性肝内胆管广泛性结石	肝左外叶切除胆管空肠Y式吻合	肝内外胆管	100	170枚(30克)	/	仍在治疗
2	原发性肝内胆管广泛性结石	胆管空肠Y式吻合	左肝管2级分支，胆总管下端	2	2枚	/	胆管炎较重，停止治疗
3	原发性肝胆管结石	胆管空肠Y式吻合	左肝管2,3级分支，胆管下端	2	3枚	/	女病人过度紧张、不愿治疗
4	原发性肝胆管结石	肝左外叶切除，胆管空肠Y式吻合	左、右肝管	20	未淘石造影见结石明显减少	/	"T"管脱落
5	原发性肝胆管结石、慢性胆囊炎	胆囊切除、胆管探查"T"管引流	胆总管下端	3	1枚全部排净	/	
6	胆道出血、肝胆管结石	肝动脉结扎，左外叶切除，胆管取石引流	胆总管下端	3	2枚全部排净	/	
7	原发性胆管结石	胆管空肠Y式吻合	左、右肝管	10	10枚	/	因其它原因拔管未造影
8	原发性肝胆管结石eddi氏括约肌狭窄	肝左外叶切除，胆管空肠Y式吻合	肝内外胆管	14	若干枚	/	
9	原发性肝胆管结石	肝左外叶切除，胆管空肠Y式吻合	右前下支3级胆管	11	无	/	结石排出道远端疤痕狭窄
10	总胆管下端残余结石伴狭窄	胆囊切除，胆总管切开取石"T"引流	胆总管下端	4	无	/	胆管下端疤痕性狭窄
11	胆管下端结石	胆管切开取石	胆总管下端	5次	1枚	/	完全排净
12	原发性胆管结石	胆管切开取石，胆管空肠Y式吻合	左肝管	3次	3枚	/	完全排净

例3：男性，24岁，因"原发性肝内胆管广泛性结石"，施行"胆管切开取石，肝左外侧叶切除，胆总管空肠Roux—Y式吻合"术；术后肝内外胆管仍存留大量结石，进行振荡治疗共100次，排出结石170余枚，重达30克，治疗期间每天淘洗大便均有结石排出，最多可达10余枚、治疗间隙期则无结石排出，治疗后造影见肝内外胆管结石明显减少，原尾状叶胆管充满结石，多次造影不显影，治疗后该支胆管清析可见。振荡治疗之前，曾用中药数十剂，进行排石，效果不佳。现仍在进行振荡治疗。

参考文献

1. 第三军医大学第一附属医院《胆道外科学》
2. 吴云鹏、蔡忠军：力学学报2(1978)102-160

肝内胆道出血的手术中定位

第一附属医院肝胆外科　钱光相　黄志强　何振平　刘永雄

肝内胆道出血是胆道感染和胆管结石的一个严重并发症。其出血多来源于肝动脉的肝内分支①，大多数病人均需要作手术处理。有些病人，出血的部位合并有明显的肝脏局灶性改变，例如肝脓肿、肝内结石、肝实质的纤维性改变等，定位比较容易，亦可以作有效的肝叶切除术来治疗出血，常收到较好的效果。但是，仅从肝脏的外表检查，常难于发现肯定的局限性病变，或有时病变是属于多发性的，如多发性肝脓肿或肝内结石，则手术中准确地了解出血的部位和来源，是十分重要的问题。以往所用的一般的胆道探查，胆管冲洗，胆道造影等方法，常不能满足手术的要求。基于肝内胆道出血多

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

来源于肝动脉，而肝动脉本身亦具有相应的病理改变的特点，我们采用手术中动脉造影术，成功地显示了出血的部位和来源，使手术治疗能有的放矢。

检查方法

对胆道出血的病人，在急性出血期或间歇期进行手术，通过常规的胆道手术探查切口，进入腹腔后应先详细地检查肝脏和胆道的病变，肝动脉有无震颤，有无异位起始的的肝动脉等。一般可游离胃右动脉或胃十二指肠动脉，经该动脉二结扎线间，插入一外径约2毫米的聚乙烯管至肝固有动脉；注意不宜插入过深，因为过深时可使导管进入一侧的肝动脉，影响造影的效果。目前我们因陋就简，可以用一般的可推动约30mA的X光机，摄影时间需2.5～3秒，当插管完毕后，即通过导管注入50%的泛影葡胺20毫升，当注射完15毫升时便开始拍片，病人停止呼吸或用正压麻醉时控制呼吸，一般可以获得可供诊断的肝动脉造影片。

病案举例

病例一，男性，38岁，因右上腹痛，发烧，黄疸七天，大量便血及呕血一天，诊断为胆道大量出血而入院；近10年有上腹痛及黄疸史。检查：体温38.5℃，脉搏120次/分，血压90/60毫米汞柱，严重贫血，皮肤及巩膜重度黄染，上腹及右上腹有明显压痛及肌肉抵抗，胆囊肿大压痛。红细胞211万/立方毫米，血红素6克%，白细胞16000，中性多核90%。诊断为胆管结石并发化脓性胆管炎及胆道大出血。入院次日又发生大出血及休克，经输血及术前准备后急诊手术；手术时见肝脏肿大，左外叶肝胆管内充满结石并呈纤维化改变，胆囊高度肿大充血，内充满血样胆汁；胆总管扩张达2.5厘米，内充满凝血块及结石，肝动脉有震颤。于是解剖肝动脉，显露肝总动脉，肝固有动脉及胃十二指肠动脉，经胃十二指肠动脉插管入肝左动脉，行肝动脉造影，见造影剂通过肝动脉流入呈囊状扩大的左外叶肝胆管，其中有多数结石影（图1），造影片说明存在左肝动脉胆管瘘，这是出血仍在进行时的表现，亦即证明出血来自左肝动脉。结扎胃十二指肠动脉及肝固有动脉；肝动脉震颤消失。切除胆囊；切开胆总管取出大量结石及血块，切除肝左外叶，左外叶肝内胆管呈囊状扩张，内充满结石和血凝块（图2），与手术台上肝动脉造影片上所见一致。术后出血停止，病人痊愈出院。

病例二，男性，56岁，因急性胆管炎及胆道出血曾在其它医院施行二次胆道手术，引流胆总管，但出血未止，出血的部位尚未能明确。病人入院时呈重病容，消瘦，脱水，贫血明显，中等度黄疸，肝脏肿大，剑下呈明显压痛，红细胞239万/立方毫米，血红素7.1克%，白细胞7200，中性多核82%，SGPT＜40单位，ALP30.2金氏单位，r—G.T112单位，LDH170单位，诊断为胆道蛔虫，胆管炎及胆道出血，在住院过程中又突然发生大出血。经过抗休克、输血等处理，病情略稳定后，行急诊手术。术中发现肝脏肿大，有米粒大的散在性脓灶，但无明显的局限性改变，胆囊萎缩，胆总管扩大，直径达2.5厘米，内充满血块。经胃十二指肠动脉插管作肝动脉造影，发现肝右动脉前上支有一1×1厘米的动脉瘤样病灶（图3）。故结扎胃十二指肠动脉及肝固有动脉；切开胆总管，取出大量的新鲜的及陈旧的血凝块，在肝内铸型的血凝块中，发现死蛔虫一条。切除胆囊，引流胆总管，手术后未再出血，痊愈出院。

问题讨论

通过术中肝动脉造影在肝内胆道出血时

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

的应用和治疗胆道出血的经验，有些问题得到了进一步的认识。

1．国内的胆道出血多是属于感染性出血（表1），其他原因所致之出血较少见。据国内所报告的164例胆道出血的原因分析，90%是属于感染性胆道出血。我们体会，此等出血多是来源于肝动脉。

2．手术前的选择性肝动脉造影，可以诊断出血的来源③④，但是在缺乏此项设备的情况下，亦可以用一般的小型的X光机作术中肝动脉造影，以明确出血的部位，此方法简单易行。通过肝动脉造影，可以显示肝动脉的动脉瘤样变或肝动脉胆管瘘，以确定出血部位及原因，同时可显示肝动脉分支及及其解剖变异；根据肝动脉造影结果，可以选择作肝叶切除或肝动脉结扎术，并且可根据出血的肝动脉支，作选择的肝动脉结扎，使手术处理更为准确。

3．肝动脉结扎与肝切除术治疗胆道出血的选择，应根据病变的性质来考虑，不能强求一种方法适用于所有的情况。从我们治疗的结果看来，肝动脉结扎的止血效果是好的（表2）。死亡的病人，多是由于多发性的肝脓肿。在分析肝动脉结扎术的治疗效果时，必须注意手术的方法和切实结扎好肝动脉。分析国内所报告的肝动脉结扎治疗胆道出血76例，有效率达81.7%，虽然比肝叶切除术的止血率84.6%略低，但两者间的差别并无统计学上的意义。而单纯作胆管引流者，无效率达54.4%，这些再出血的病人，需要作进一步的手术处理。表3为比较国内文献所报导的几种手术方法的止血效果，可见肝动脉结扎术仍有其一定的治疗效果。特别在术前或术中配合肝动脉造影下，可以进一步提高这一治疗措施的效果和准确性。

结　论

文中讨论手术中肝动脉造影对肝内胆道出血定位的意义，并结合国内文献及我们自己的经验，对肝内胆道出血的治疗问题，作一简单的分析。

参考文献

1．第三军医大学一院：胆道外科，第一版，202—221页，人民卫生出版社，北京，1976，

2．陈叔珍等：肝内胆道大出血的原因、诊断和治疗，中华外科杂志，64页，1974增刊。

3．Harlaftis, N. N.: Hemobilia from ruptured Artary aneurysm, Am. J. Surg, 133:229, 1978。

4．Sandblom, P: Hemobilia form Salient features and their Causes, Surg. Clin north Am. 57: 397, 1977

表1　国内164例胆道出血的原因分析

原　因	例　数	%
感染性胆道出血	149	90.8
肝外伤后	4	2.44
肝　癌	3	1.83
肝血管瘤	1	0.61
胆道造影诱发	3	1.83
肝结核	1	0.61
不　明	3	1.83
共　计	164	100

表2　西南医院28例胆道出血治疗结果

手术方法#	总例数	出血停止	死　亡
肝动脉结扎	19	19	2##
肝叶切除 肝动脉结扎	2	2	0
肝叶切除	7	7	0
总　计	28	28	2(7.2%)

内含：外伤性出血3例，肝癌肝道出血1例，感染性出血24例。

\#　以最后一次手术计算。

\##　胆道出血停止，患者死于多性肝脓肿。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

表3 国内胆道出血的治疗效果

（一）胆道引流

手术方法	立即止血	延迟止血	无效	死亡	共计
总胆管引流	4	27	24	3	58
总胆管引流止血剂注射（H_2O_2阿度那）	3	7	20	2	32
胆囊造瘘胆总管引流				1	1
胆瘘造瘘			3		3
T管引流胆管空肠吻合	1				1
胆囊切除T管引流	2*	4	21	2	29
脓肿切开引流				1	1
共计	10	38	68	9	125

* 为胆囊有病变 （1）无效率54.4% （2）死亡率7.2%

（二）肝动脉结扎术

手术方法	立即止血	延迟止血	无效	死亡	共计
肝总动脉结扎	7	4	3	3	17
肝固有A结扎	24	5	5	2	36
肝A分支结扎	3	0	0	0	3
肝总+肝固有A结扎	7	3	0	0	10
肝总+付肝A结扎	1	0	0	0	1
肝固有A+肝A分支结扎	7	1	0	1	9
共计	49	13	8	6	76

1.无效率10.5% 2.死亡率7.8% 3.有效率81.7%

（三）胆道引流+动脉结扎

手术种类	立即止血	延迟止血	无效	死亡	共计
T管引流+肝固有A结扎	18	1	4	2	25
T管引流+肝总A结扎		7		1	8
T管引流+肝总A结扎+肠线缝合溃疡	1				1
胆囊切除+T管引流+肝固有A结扎	1				1
共计	20	8	4	3	35

有效率80% 无效率20% 死亡8.7%

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

（四）肝　叶　切　除

手术方式	立即止血	延迟止血	无效	死亡	共计
右半肝	8			1	9
左半肝	2				2
肝叶切除(不规则)	4			1	5
左外叶＋胆囊切除	5				5
左外叶 胆囊切除 T管引流	3				3
左外叶切除 T管引流 肝右A结扎		1			1
右半肝切除 胆囊切除 T管引流				1	1
总计	22	1		3	26

立即止血率84.6%　　有效率88.5%　　死亡率11.5%

脾下腔静脉分流术治疗门静脉高压症的效果

——附60例临床分析

第一附属医院肝胆外科

蔡景修　黄志强　刘永雄　韩本立　迟彦邦　钱光相

脾肾静脉吻合术治疗门脉高压症的效果已有肯定评价，其主要优点是后期的肝昏迷发生率较门腔静脉分流术者低，但其主要缺点是晚期复发出血率较高，这可能与其手术操作较为困难，分流血量受肾静脉容量的影响，因而吻合口易于栓塞。我们自1966年开始采用脾下腔静脉分流术（以下简称脾腔分流），至1979年3月，共作了60例，其中有35例已达5年以上。本文就脾腔分流的选择、手术、疗效问题加以讨论：

一、临床资料

本组60例年龄最小者为1岁3个月，最大者52岁，31岁至50岁间43例（71.6%）（表1）。男女间比例为4:1。其中40例为肝炎后肝硬化，17例血吸虫病性肝硬化，3例为肝外门静脉阻塞；除5例外，55例均属于Child分类的A、B级，50例曾作食管吞钡检查者，45例有食管静脉曲张，28例有消化道出血病史，出血似与食管静脉曲张的程度

表1　60例脾腔分流术病人的年龄分布

年龄	10	11—20	21—30	31—40	41—50
例数	3	2	10	28	15

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net