

文章编号:1005-6947(2004)02-0149-02

· 临床报道 ·

# 胆囊切除术中大出血 5 例报告

张克兰<sup>1,2</sup>, 陈能志<sup>2</sup>

(1. 中南大学湘雅医院, 湖南长沙 410008; 2. 湖南省常德市第一人民医院 外一科, 湖南常德 415003)

**摘要:** 探讨胆囊切除术中大出血的原因、预防及处理办法。回顾分析 5 例胆囊切除术中大出血病例, 发现出血原因主要有: 危险的病理生理状况、危险的解剖变异、危险的操作。预防处理办法是: 术前充分评估胆囊切除难度、选择合理的麻醉及术式, 针对不同出血原因分别采取相应方法处理。

**关键词:** 胆囊切除术/副作用; 胃肠出血/病因学

**中图分类号:** R657.4; R722.125

**文献标识码:** B

胆囊切除术是目前普通外科常见的手术, 切除过程中偶尔出现大出血情况, 比较难于处理。笔者回顾性分析近 10 年 2 800 例开腹胆囊切除术临床资料, 其中 5 例术中出现大出血, 现报告如下。

## 1 病例介绍

例 1 男, 48 岁。因结石性胆囊炎合并肝硬化行择期胆囊切除术, 肝功能分级 Child A 级, 术中发现肝硬化明显, 切除胆囊后发现胆囊窝中部出血, 用电刀烧灼止血时烧灼处突然涌出大量暗红色血液, 随即用手指直接压迫出血处止血, 阻断肝门后仍然大出血, 缝扎 2 次均撕裂胆囊床, 出血加重, 改用大圆针贯穿部分肝实质缝合, 缝线中置大网膜后结扎压迫止血成功。术中失血 1 200 ml, 休克 25 min, 阻断肝门 10 min, 手术历时 3.5 h, 术后 18 d 康复出院。

例 2 男, 53 岁。患者极度肥胖, 因结石性胆囊炎于连硬麻醉下行择期胆囊切除术, 术中发现胆囊床宽度 > 5 cm, 明显脂肪肝。由于麻醉欠佳, 切除胆囊后在缝合近胆囊三角胆囊床时撕裂胆囊床致大出血, 再次缝合又撕裂胆囊床致出血加重, 随即用盐水垫压迫止血, 改全麻待麻醉满意后扩大切口, 阻断肝门, 用大圆针贯穿部分肝实质缝合, 缝线中置大网膜结扎压迫止血成功。术中失血约 900 ml, 阻断肝门 10 min, 手术历时 140 min。术后 9 d 顺利出院。

例 3 女, 65 岁。因化脓性结石性胆囊炎、感染性休克行急诊胆囊切除术。术中发现部分胆囊壁坏疽, 内为脓性胆汁, 胆囊颈部有结石嵌顿, 剥离过程中误入肝实质深部且撕裂大部分胆囊床, 致胆囊床大面积渗血, 反复电凝, 压迫止血不成功, 多次缝扎均撕裂胆囊床, 出血更加剧。休克进一步

加重, 患者于术中死亡。手术历时 8 h, 失血约 3 500 ml, 输血 3 200 ml。

例 4 男, 46 岁。因胆囊结石, 胆总管结石并重度阻塞性黄疸行急诊胆囊切除、胆道探查术。胆道探查后切除胆囊过程中, 因撕裂胆囊床致大出血, 反复用电凝烧灼及压迫止血均不成功, 先后填塞止血纱布及明胶海绵压迫仍无效, 缝扎 2 次均因切割胆囊床致出血加重, 最后阻断肝门, 改用腹腔镜专用喷洒电凝止血后出血有所减小(阻断肝门共 18 min), 再持续压迫出血处约 20 min 止血成功。术中失血 900 ml, 输血 400 ml, 休克 20 min, 手术历时 190 min, 15 d 后康复出院。

例 5 女, 48 岁。因肝炎后肝硬化、脾肿大、脾亢及结石性胆囊炎择期行门-奇断流术及胆囊切除术。术中发现肝脏中度硬化, 胆囊萎缩, 胆囊三角呈瘢痕性粘连, 门-奇断流术完成后逆行法胆囊切除, 至胆囊三角锐性分离时突然大出血, 因网膜孔致密粘连无法阻断肝门止血, 忙乱中用止血钳夹止血后快速切除胆囊, 再缝扎止血。检查切除标本发现肝右动脉及 2 cm 长肝总管连同胆囊已一并切除, 且肝门有逆时针转位。遂劈开肝总管至汇合部后行胆肠内引流术。术中失血 700 ml, 历时 6.5 h。术后第 3 天出现重度黄疸及肝性脑病(III°), 家属放弃治疗, 要求出院回当地治疗。1 个月后神志渐恢复, 9 个月后拔除支撑 T 管。随访 2 年无明显异常发现。

## 2 讨论

胆囊切除术中引起大出血的主要原因是危险的病理生理状况。肝硬化患者肝贮备功能差, 往往有凝血功能障碍, 如合并门静脉高压症, 胆囊壁存在的静脉侧支循环压力高, 难以完整剥离, 如强行剥离胆囊, 很容易导致大出血。黄疸及脂肪肝患者肝组织脆性增加, 缝合胆囊床时易撕裂胆囊

收稿日期:2003-08-27; 修订日期:2003-12-03。

作者简介:张克兰(1968-), 男, 湖南常德人, 中南大学湘雅医院硕士研究生, 湖南省常德市第一人民医院主治医师, 主要从事肝胆胰外科方面的研究。

床致大出血。胆囊床过宽时易致缝合过深而伤及门静脉右支致大出血,如例2和例4。再者胆囊炎性水肿,粘连移位,界面难认亦是易出血的高危因素<sup>[1]</sup>。危险的解剖变异使手术容易进入误区。蔡目平等<sup>[2]</sup>认为大部分肝中静脉行于肝组织深面2.6~4.0cm,部分及其属支在行程中突出于肝组织表面,参与组成胆囊床,且直径较大。本组例1即是电刀烧灼止血时伤及肝中静脉属支所致。丁家明等<sup>[3]</sup>解剖63例成人尸体肝动脉发现有4例右肝动脉经胆总管右前方,胆囊颈后方入肝,有1例肝固有动脉经门静脉右前方分出右肝动脉行走于胆囊三角。切除胆囊过程中如遇以上变异血管,加之胆囊壁水肿、纤维化,或遇胆囊三角解剖不清,易损伤致大出血。此外危险的操作:如剥离胆囊时深入肝实质,缝合胆囊床过深,过分牵拉胆囊撕裂胆囊床等均可造成大出血。

预防胆囊切除术中大出血的办法有:术前充分评估胆囊切除的难度,选择合理的麻醉、切口及术式。如B超或CT检查提示胆囊壁明显增厚,或胆囊 $< 3.5\text{ cm} \times 1.5\text{ cm}$ ,肝下界或胆囊上移则手术难度增加。对于肝硬化伴门静脉高压症患者,可行磁共振血管造影,能更好弄清肝动脉有无变异及门静脉系统侧支循环建立情况<sup>[4]</sup>。术前应改善全身情况及凝血机能障碍<sup>[5]</sup>。对于存在上述危险因素者除不宜行小切口胆囊切除<sup>[6]</sup>外,还应选择合理的麻醉。本组例2是由于缝合胆囊床过深而损伤门静脉右支所致,麻醉选择不当也是促成发生出血原因之一。对于危重或合并重要疾病者应行胆囊取石造口术<sup>[7]</sup>,更不应行胆囊切除术,以免大出血进一步加重患者病情。Castaing等<sup>[8]</sup>总结25例单纯取石、双层缝合胆囊壁的经验,认为比胆囊切除术容易安全。本组病例3由于未选择胆囊取石造口术而强行切除胆囊致患者死亡。另外对于肝硬化并门静脉高压症者,慢性萎缩性胆囊炎,Calot三角瘢痕性粘连致解剖关系不清者,宜选择胆囊大部分切除术<sup>[9,10]</sup>。本组例5如选择胆囊大部分切除术,则不会损伤变异右肝动脉致大出血及胆道损伤。另外强调胆囊切除术前,应尽量显露文氏孔,以便大出血时及时阻断肝门控制出血。胆囊切除术后,对于胆囊床过宽( $> 5\text{ cm}$ )、肝硬化、黄疸者,不宜常规缝合胆囊床,以免撕裂胆囊床造成大出血。

出现大出血时,应迅速压迫出血处止血,不要急于手术

处理出血。应待腹肌充分松弛、术野充分暴露、血流动力学稳定后,再行下一步处理,以免加重休克。对于胆囊三角血管损伤所致大出血,应阻断肝门后,小心钳夹或缝扎止血。对于胆囊床血管损伤所致大出血,切忌盲目钳夹或缝扎止血,否则可能加重出血而难以处理。对于阻断肝门后仍出血不止者,应考虑到肝中静脉分支损伤所致。胆囊床明显渗血者,特别是肝硬化或黄疸患者,缝扎止血往往无效,直接用电刀烧灼止血因难以形成焦痂而无法止血,可阻断肝门待渗血减少后用氩气刀或用腹腔镜专用喷洒电凝止血。如仍难以止血,持续压迫止血则可能有良好作用。

#### 参考文献:

- [1] 张明满,高根五,余永康,等.胆囊切除的高危因素与医源性胆管损伤[J].中国实用外科杂志,1999,19(8):483-484.
- [2] 蔡目平,彭祥玉,代小思,等.胆囊床内肝中静脉的应用解剖[J].中国临床解剖学杂志,2000,18(2):149-150.
- [3] 丁家明,李惠军.肝动脉的应用解剖[J].解剖科学进展,2000,6(4):350-351.
- [4] 王占明.肝硬化并发胆石症的外科处理[J].中国现代普通外科进展,2000,3(1):52-53.
- [5] 张挺,高素琦,郭惠民,等.胆囊切除术围手术期出血与肝功能损害的关系[J].中国普通外科杂志,2003,12(8):632-633.
- [6] 陆孝道,顾建萍,于进玲,等.小切口胆囊切除的研究与临床[J].肝胆胰外科杂志,1998,10(1):4-5.
- [7] 刘小北,杨育龙,席力罡,等.胆囊切除术中胆囊床大出的原因及防治[J].中国实用外科杂志,2003,23(2):121-122.
- [8] Castaing D, Houssin D, Lemolne, et al. Surgical management of gallstones in cirrhotic patients[J]. Am J surg, 1983, 14: 310-313.
- [9] 吕新生.有关“胆囊大部分切除术”之我见[J].中华肝胆外科杂志,2001,7(5):307-309.
- [10] 徐炳炎,胡乐书.胆囊大部分切除在胆道外科中的应用[J].中国普通外科杂志,2000,9(2):178-180.