

文章编号:1005-6947(2005)08-0582-03

·胆道外科专题研究·

肝硬化合并胆道疾患的胆囊切除:附40例报告

陈波, 何生, 邓靖宇

(四川大学华西医院 普外一科, 四川 成都 610041)

摘要:目的 总结肝硬化胆囊切除的危险性及经验教训。方法 对40例肝硬化胆囊切除手术患者的临床资料进行了回顾性分析。结果 38例完成了胆囊切除手术。术中胆囊床破裂大出血4例,胆囊床广泛渗血11例;此15例应用带蒂大网膜填塞胆囊床止血术成功,术后未再出血。术中出血量平均400 mL,最多1例>10 000 mL。6例术后出现腹水。无胆道损伤。无死亡病例。平均住院15 d。结论 术中出血和胆道损伤是肝硬化胆囊切除的主要危险;带蒂大网膜填塞胆囊床止血法是较好的止血方法。

关键词:肝硬化/并发症;胆道疾病/并发症;胆囊切除术

中图分类号:R575.2;R657.4

文献标识码:A

Cholecystectomy in patients with liver cirrhosis and biliary tract diseases: a report of 40 cases

CHEN Bo, HE Sheng, DENG Jing-yu

(Department of General Surgery, West China Hospital, Sichuan University, Chengdu 610041, China)

Abstract: **Objective** To evaluate the dangerous and experience of cholecystectomy in patients with liver cirrhosis. **Methods** The clinical data of 40 patients with liver cirrhosis undergoing cholecystectomy were retrospectively analyzed. **Results** Cholecystectomy was successfully performed in 38 patients. Intraoperative rupture of gallbladder bed with severe hemorrhage occurred in 4 cases, and extensive oozing of blood from gallbladder bed in 11 cases. In those 15 cases, the gallbladder bed was packed with omental pedicle, the bleeding was successfully controlled in all of the 15 cases, and with no rebleeding postoperatively. Intraoperative blood loss averaged 400 ml, but 1 case had the maximum blood loss which was > 10 000 ml. Six cases developed ascites postoperatively. There was no mortality or bile duct injury. The average hospital stay was 15 d. **Conclusions** Intraoperative bleeding and bile duct injuries are the major dangers of cholecystectomy in patients with liver cirrhosis, and packing of gallbladder bed with pedicle of greater omentum is a satisfactory method of hemostasis.

Key words: Liver Cirrhosis/compl; Biliary Tract Diseases/compl; Cholecystectomy

CLC number: R575.2; R657.4

Document code: A

近年来关于肝硬化合并胆囊结石病例的报道较多。肝硬化患者因肝功能异常,且多数合并门静脉高压症,手术的危险性较无肝硬化者大得多。我院于1998~2003年施行肝硬化胆囊切除40例,

现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男32例,女8例;年龄30~72岁,中位年龄48岁。其中34例有乙型肝炎病史,22例有多年饮酒史,1例有血吸虫病史。所有患者临床诊断为肝硬化。40例中单纯胆囊结石32例,胆囊和胆总管结石3例,肝内外胆管结石5例。均无呕血、

收稿日期:2005-01-31; 修订日期:2005-05-30。

作者简介:陈波(1976-),男,湖北长阳人,四川大学华西医院博士研究生,主要从事肝胆疾病基础与临床方面的研究。

通讯作者:陈波 电话:13981715780; E-mail: philard@sina.com.cn。

便血等消化道出血病史。术前肝功能 ChildA 级 36 例, B 级 4 例。择期手术 35 例, 急诊手术 5 例。

1.2 手术方式

单纯胆囊切除术 30 例, 胆囊部分切除术 1 例, 胆囊造瘘术 1 例, 胆囊切除加胆总管探查 3 例, 胆囊切除胆总管探查加左肝外叶切除 5 例。术中 11 例胆囊床创面广泛渗血, 采用带蒂大网膜填塞胆囊床止血; 另 4 例胆囊床撕裂出血, 采用阻断第一肝门加带蒂大网膜填塞胆囊床止血, 均止血成功。

2 治疗及结果

本组除 2 例因出血量过多仅行胆囊部分切除和胆囊造瘘外, 均完成了胆囊切除术。本组手术出血量显著增高, 平均为 400 mL, 最多 1 例超过 10 000 mL, 另 4 例在 1 500 mL 左右。术后转氨酶、胆红素均有不同程度的升高。6 例因出血量多的患者术后出现腹水, 经保肝、利尿治疗, 肝功能恢复, 腹水消退。本组手术患者无死亡。平均住院天数 15 d (9 ~ 24 d)。

3 讨论

肝硬化患者胆囊结石的患病率明显增高, 约为无肝硬化患者的 2 倍^[1]。肝硬化时胆汁酸池减少, 内源性 β -葡萄糖醛酸酶明显增高, 脾功能亢进慢性贫血, 胆囊排空障碍和胆道感染等因素与胆囊结石的形成有着密切的关系^[2]。肝硬化肝功能损害、凝血功能异常、门静脉高压致静脉曲张侧枝循环开放、胆囊位置高等, 使胆囊切除患者的手术危险性大大增加。手术适应证的把握、充分的术前准备、良好的手术技巧和完善的术后处理是保证患者安全的关键。

笔者认为, 肝功能为 ChildA、B 级的肝硬化患者行胆道手术是相对安全的。慢性结石性胆囊炎症状明显及病毒性肝炎非活动期可作为手术指征。胆总管结石并发胆管炎, 最好经非手术治疗症状缓解后行择期性手术。肝功能为 Child C 级患者禁忌手术^[3], 除非并发急性梗阻性化脓性胆管炎危及生命者。

肝硬化患者行胆道手术的充分术前准备有利于术后恢复。为此应尽量做到以下几点: (1) 摒弃胆囊手术是小手术的观念, 树立“小胆囊, 大学问”的思想, 充分认识胆囊手术特别是肝硬化胆囊手术

的危险性。即使有经验的医师也有在行胆道手术时发生诸如胆道损伤及术中不能控制的大出血等严重并发症的。尤其是当术野出血、解剖不清、解剖变异及显露困难等情况下更易损伤胆道。(2) 对患者术前肝功能评估和加强保肝治疗, 增加肝脏储备能力和代偿能力, 纠正凝血功能障碍, 包括输新鲜血浆、白蛋白(清蛋白)、支链氨基酸、维生素 K 等。尽量避免急诊手术, 除非有危及生命的急性梗阻性化脓性胆管炎、胆囊积液或穿孔等严重并发症须立即手术外, 其他患者均宜在控制感染, 改善肝功能后再择期手术。必须急诊手术者应以抢救生命为主, 宜简化手术, 减少不必要的探查, 缩短手术时间。

肝硬化胆道手术的关键在于良好的显露及出血的处理。行肝硬化胆囊切除术时应予重视下列问题: (1) 肝硬化患者的胆囊位置常较正常为高, 施行硬膜外麻醉术时, 应酌情提高麻醉平面, 以确保腹肌松弛。有条件的单位主张应用全麻。本组病例全部为全麻, 取得了较满意的效果。(2) 采用右肋缘下斜切口, 切口应有足够长度。小切口影响肝硬化胆囊的良好显露, 一旦出血将会为止血带来困难, 术野不清也易损伤胆道。小切口时为取得良好的术野显露而过度牵拉组织不符合现代微创外科思想。(3) 术野显露应充分, 不能强力下拽胆囊, 以免胆囊破裂或胆囊床撕裂。充分的显露亦可减轻因牵拉胆囊所引起的“胆心反射”。本组采用向下牵引肝圆韧带使肝脏下移以利于胆囊切除。(4) 胆囊切除宜采用顺逆结合法; 剥离胆囊时采用边结扎边切断的方法可减少出血。(5) 胆道探查切开胆总管前, 牵引缝线应避免曲张血管, 或先分离结扎拟切开部的血管后再切开胆总管。(6) 肝硬化胆囊切除后, 因胆囊床位置高, 所剩组织少, 不必刻意缝合胆囊床, 只需采用电凝或缝扎彻底止血即可。本组 28 例胆囊切除未缝合胆囊床 (28/40), 并未发生术后胆囊床出血、漏胆等并发症。(7) 防止胆道意外损伤。合适的切口、松弛的麻醉、熟悉的解剖和娴熟的技巧是防止胆道损伤的关键。(8) 胆囊床创面广泛渗血和胆囊床撕裂大出血的处理。笔者认为应该预防为主。一旦发生应在阻断肝门情况下, 用长针缝合和网膜填塞。本组 11 例胆囊床创面渗血, 采用带蒂大网膜填塞胆囊床止血法, 止血效果满意。胆囊床静脉曲张, 一旦

撕裂,血如泉涌,在此种肝脏上缝扎不仅达不到止血目的,反而会因缝线切割而扩大裂口,增加止血困难。本组4例采用阻断第一肝门加带蒂大网膜填塞胆囊床成功地止血。其中1例因术者经验不足,在撕裂的胆囊床上缝扎止血,致使裂口扩大,出血量超过10 000 mL,术中输血8 000 mL。虽经术后竭力治疗,患者康复出院,但付出了惨痛的代价。(9)长期以来肝硬化作为腹腔镜胆囊切除术(LC)的手术禁忌^[4]。近年来腔镜外科有了长足的发展,不少单位已开展LC治疗合并肝硬化的胆囊结石,取得了较好的疗效,但仍需严格掌握适应证和及时中转开腹。

此外,加强术后并发症的预防及护理,密切监测生命体征,积极护肝,注意维持水、电解质、酸碱

平衡,加强抗感染,同时使用生长激素和生长抑素,能降低手术并发症的发生,提高治愈率。

参考文献:

- [1] Finucci F, Imberti D, Squillante MM, *et al.* Incidence of gallstones in a population of patients with cirrhosis [J]. *J Hepatol*, 1994, 20(6): 797-801.
- [2] 刘宏,王国华. 胆囊结石与肝硬化[J]. *肝胆外科杂志*, 2002, 10(5): 399-400.
- [3] 李志伟,常伟华,孙文兵,等. 肝硬化门静脉高压症合并胆石症34例外科治疗体会[J]. *中国普通外科杂志*, 2004, 13(1): 53-54.
- [4] Urban L, Eason GA, ReMine S, *et al.* Laparoscopic cholecystectomy in patients with early cirrhosis [J]. *Curr Surg*, 2001, 58(3): 312-315.

文章编号:1005-6947(2005)08-0584-01

· 病例报告 ·

小儿小网膜囊状淋巴管瘤 1 例

林得志, 周松, 郑硕云

(解放军第一七五医院 外科, 福建 漳州 363000)

关键词:淋巴管瘤,囊状;网膜;儿童,学龄前;病例报告

中图分类号:R733.4

文献标识码:D

患者 男,3岁。因间歇性腹痛1个月余入院。体查:腹平软,无压痛、反跳痛,肝脾肋下未触及,无移动性浊音,肠鸣音正常。磁共振检查示:右腹腔巨大良性囊性占位,性质待定。彩超检查示:肝肾间隙探及一大小约90 mm × 43 mm × 78 mm的囊性包块,边界不清、形态不规则,内部可见许多分隔光带,呈多房状,囊内液区透声尚

可;与胆囊及胃紧挨但边界清楚。择期在全麻下行手术。术中见囊肿位于小网膜,呈多房状,大小约15 cm × 10 cm × 5 cm,囊壁透明菲薄,内含淡黄色清亮囊液,与肝左叶脏面包膜、胃小弯、贲门及食管下段右侧粘连致密,并于胃、胰之间(网膜囊内)突向下方,胃左动静脉被包绕其中,遂行囊肿切除术。术后切口正常愈合。病理报告:(小网膜)海绵状及囊性淋巴管瘤。术后康复出院。

讨论 囊性淋巴管瘤是由淋巴管和结缔组织组成的一种先天性发育异常的错构瘤,也称囊状水瘤。病因可能与淋巴管梗阻、淋巴管内皮细胞增

生或淋巴管扩张有关,也可能为先天的异位淋巴组织所致。可不断生长和浸润周围组织,继发出血和感染等。可发生于任何年龄,小儿多见。好发于颈、腋、腹股沟及腹膜后等处,发生在小网膜少见。影像学主要特点为单房或分隔成多房水样密度囊性肿块,边缘清楚,囊壁薄而光整。有向周围间隙蔓延生长趋势,并同时累及多个间隙。磁共振T1WI为低信号,T2WI为高信号。发生在腹腔者要与皮样囊肿、单纯性囊肿、胰腺假性囊肿及局限性积液等鉴别。手术完整切除是本病最为有效的治疗方法。

收稿日期:2003-12-18。

作者简介:林得志(1980-),男,福建漳州人,解放军第一七五医院住院医师,主要从事外科临床方面的研究。

通讯作者:林得志 电话:13779905784(手机); E-mail:ardor_lin@etang.com。