

文章编号:1005-6947(2005)02-157-02

· 临床报道 ·

难治性上消化道大出血的处理方法:附11例报告

童强, 卢晓明, 屈新才, 王国斌, 陈道达

(华中科技大学同济医学院附属协和医院 普通外科, 湖北 武汉 430022)

摘要: 回顾性分析介入放射技术与手术相结合的方法处理11例难治性上消化道出血患者的临床资料。其中1例为胃十二指肠动脉残端假性动脉瘤破裂出血;2例为十二指肠溃疡毕Ⅱ式胃大部切除术后十二指肠残端瘘致出血;4例胆道手术后消化道出血和4例十二指肠溃疡出血病人。11例患者均获治愈,无出血复发。用介入栓塞结合手术的方法治疗难治性上消化道出血临床效果肯定。

关键词: 手术后出血/外科学;放射摄影术,介入性;胃肠出血/外科学

中图分类号: R619.1; R814.3; R722.152

文献标识码: B

上消化道大出血临床并不少见,有的一般治疗常难以控制出血。以往多采用手术探查的方法处理。但术中往往不易找到确切的出血部位,加之患者常不能耐受手术,是临床治疗中的难点^[1]。特别是对于少数患者,由于病变特殊或同时并发其他疾病,仅仅依靠手术方法,效果欠佳。此时,可依靠介入放射技术,将介入方法与传统的手术方法相结合,可能达到理想的止血效果。笔者1999~2001年采用此法治疗难治性上消化道大出血患者11例,效果满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男9例,女2例;年龄24~60(平均41)岁。胰十二指肠切除术后胃十二指肠动脉残端假性动脉瘤破裂出血1例,十二指肠溃疡毕Ⅱ式胃大部切除术后十二指肠残端瘘致出血2例,胆道手术后消化道出血4例,十二指肠溃疡出血4例。均表现反复大量呕血和便血;呕血500~1000 mL/d,便血600~1200 mL/d。均伴休克,血压均低于80/50 mmHg(1 mmHg = 0.133 kPa)。输血900~6000(平均1600) mL。

1.2 临床表现及治疗效果

(1)胃十二指肠动脉残端假性动脉瘤破裂出血1例。患者是患胰头部肿瘤行胰十二指肠切除术后第3d突然高热达39℃,第5d呕吐大量鲜血。怀疑胃-空肠吻合口出血行剖腹探查,切口胃腔未发现出血病灶;术后仍呕吐鲜

血,行腹腔动脉和肠系膜上动脉造影,见胃十二指肠动脉残端假性动脉瘤破裂。出血乃因胃-空肠吻合口瘘侵蚀胃十二指肠动脉残端形成假性动脉瘤所致。栓塞胃十二指肠残端动脉,出血停止。

(2)毕Ⅱ式胃大部切除术后十二指肠残端瘘致出血2例。因上消化道出血行急诊手术,均见十二指肠球部后壁穿透性溃疡出血,采用Nissen's法关闭十二指肠残端。术后第7d与第10d发生十二指肠残端瘘,分别于术后第27d和第30d发生消化道大出血。剖腹探查见十二指肠残端有瘘口,紧邻瘘口的原溃疡面有血痂附着,证实出血来源于溃疡面基底部被感染病灶侵蚀破裂的血管。试图缝扎止血,但感染和化学性炎症导致缝扎失败,术后仍有大量消化道出血。第二次手术后3d行胃十二指肠动脉造影,见胃十二指肠动脉主干破裂。行胃十二指肠动脉主干近端栓塞,出血停止。

(3)胆道手术后消化道出血4例。患者经肝固有动脉造影均显示为假性右肝动脉瘤破裂入胆肠吻合口所致。1例为左、右肝管汇合部癌,经肝门胆管癌切除并左、右肝管空肠吻合术后30d发生大出血,于出血后3d栓塞肝固有动脉后出血停止。1例为肝左、右叶内胆管结石肝门部胆管狭窄并发感染,经肝左外叶切除肝门胆管成形、胆肠吻合后10d发生大出血,于出血后3d栓塞肝固有动脉后出血停止。2例为肝内、外胆管结石肝门部胆管狭窄并发感染,行胆管切开取石肝门胆管成形胆肠吻合术后7d和10d发生大出血,均于出血后3d栓塞肝固有动脉后出血停止。

(4)十二指肠溃疡出血4例。患者经胃十二指肠动脉造影提示2例为胃十二指肠动脉主干破裂。其中1例是因十二指肠溃疡出血行急诊毕Ⅱ式胃切除,溃疡位于十二指肠球部后壁小弯侧,未能切除,术后当天仍持续消化道出

收稿日期:2004-07-15; 修订日期:2004-11-16。

作者简介:童强(1978-),男,湖北黄冈人,华中科技大学同济医学院附属协和医院博士研究生,主要从事普通外科基础和临床方面的研究。

通讯作者:童强 电话:13986274434(手机); E-mail:surgerytong@hotmail.com。

血。立即予以栓塞胃十二指肠动脉主干,出血停止。另1例位于十二指肠球部,出血10d时栓塞胃十二指肠动脉主干,出血停止。该例15d后行幽门窦旷置式毕Ⅱ式胃切除治愈。2例为胃十二指肠动脉分支破裂,其中1例位于十二指肠降部,临近十二指肠乳头,出血后3d栓塞胃十二指肠动脉主干,出血停止,15d后行毕Ⅱ式胃切除达到治愈。另1例30d前接受胆囊切除术,出血时伴有胆总管结石所致的重度阻塞性黄疸。出血10d时栓塞胃十二指肠动脉主干,溃疡出血停止。后经制酸药物治疗,栓塞治疗后10d行胆管切开取石达到治愈。

患者全部获随访1年。随访期间无上消化道复发再出血情况。

2 讨论

对于难治性消化道出血,选用选择性动脉造影和栓塞治疗,可以准确发现出血部位并达到迅速有效的止血目的^[2]。临床应用结果表明:选择性腹腔动脉造影对治疗难治性上消化道大出血是安全、简便、可靠的检查方法;而介入栓塞则是有效、创伤性小的止血方式,可迅速改善患者的出血症状。同时,对于部分病例,由于用介入方法解决了消化道出血而改善了一般情况,再结合外科手术治疗,可能达到较理想的效果,从而避免外科手术的盲目性,降低了手术难度和患者所承担的风险^[3]。

本组患者中,1例胃十二指肠动脉残端假性动脉瘤破裂出血和4例胆肠吻合手术后消化道出血均系因手术引起的假性动脉瘤破裂入消化道内所致。前者身体状况很差,又经历了2次腹部手术,再次手术可能导致死亡。后者经历了胆肠吻合术,出血部位又位于肝门部胆肠吻合口的后方,仅仅通过手术方法达到止血目的,技术上极其困难^[4]。引用介入技术,导管可经血管腔途径到达出血部位而实施治疗,不受出血部位解剖因素的影响,创伤小,效果好。毕Ⅱ式胃大部切除术后十二指肠残端瘘致出血的2例手术缝扎均告失

败,止血的惟一方法是栓塞胃十二指肠动脉近心端,虽栓塞部位远离溃疡病灶,但均获得成功。3例十二指肠溃疡出血患者中有2例是胃十二指肠动脉主干破裂,其中1例由于十二指肠溃疡出血行急诊毕Ⅱ式胃切除,其出血原因是毕Ⅱ式胃切除术后残留十二指肠溃疡病灶出血引起,经动脉栓塞达到止血目的,避免近期再次剖腹手术;另1例出血位于十二指肠球部,因近侧降部严重纤维增生,解剖困难,如果出血时行急诊手术,切除溃疡止血会非常困难。因此,可首先栓塞血管达到止血目的,然后再行彻底切除溃疡的择期手术,可降低手术难度和患者所承担的风险。十二指肠溃疡出血患者中还有2例是胃十二指肠动脉分支破裂,其中1例位于十二指肠降部,临近十二指肠乳头。欲行手术方法止血,必须切除溃疡或缝扎溃疡基底部血管,操作过程可能因损伤胆管和胰管而造成严重后果。另1例在溃疡出血的同时伴有重度黄疸、严重肝功能不良。若此时手术,既要行治疗消化道出血的胃肠手术,又要解除胆道梗阻,手术创伤大,患者难以承受。该例先用介入方法解决消化道出血,待一般情况改善再接受胆道手术,然后采用制酸药物治疗,获得康复。

参考文献:

- [1] Scheppach W, Wiltenberg G, Hahn O, *et al.* Massive hemorrhage from jejuna varices [J]. *Gastroenterol*, 1997, 35(3): 195-199.
- [2] 卢武胜, 黄明亮, 杨四海, 等. 消化道出血血管造影及介入治疗价值[J]. *介入放射学杂志*, 2001, 10(3): 138-140.
- [3] 陈德基, 何明基, 赖添强, 等. 急性消化道出血的介入诊断和治疗[J]. *临床消化病杂志*, 2001, 13(2): 56-57.
- [4] 刘光强. 胆道大出血的放射介入治疗[J]. *中国普通外科杂志*, 2001, 10(2): 273-275.