

腹腔镜下贲门周围血管离断术后大出血 再次腔镜探查止血 1 例

马 靖 王卫东* 刘清波 何 威 陈坚平 林 杰

(南方医科大学顺德医院 佛山市顺德区第一人民医院肝胆胰脾外科, 佛山 528308)

文献标识: D

文章编号: 1009-6604(2018)11-1040-03

doi: 10.3969/j.issn.1009-6604.2018.11.022

腹腔镜贲门周围血管离断术在门静脉高压症治疗中的应用越来越多,与开腹手术相比,具有创伤小、恢复快、住院时间短等优势^[1-6]。但门静脉高压症患者脾脏巨大,术前常伴有凝血功能障碍和血小板减少,手术操作复杂、难度较大,对器械和设备要求高,术中、术后并发症发生率较高。一旦发生术后腹腔大出血,可能危及患者生命,及时行血管介入下止血或手术探查是挽救生命的重要方法。由于时间紧迫,选择再次腹腔镜探查、止血非常少见,而成功止血更为罕见。2013 年 4 月我们成功为 1 例腹腔镜下贲门周围血管离断术后大出血施行再次腔镜探查止血,现报道如下。

1 临床资料

男,54 岁,因反复上腹部隐痛伴呕血 6 个月于 2013 年 4 月入院。既往有 10 余年胆囊结石病史,3 年前体检时发现肝硬化、脾功能亢进(脾亢)、食管-胃底静脉曲张,当时未予特殊诊治。2 个月前无明显诱因出现腹痛伴有呕血、排黑便,在我科住院,诊断食管-胃底静脉曲张破裂出血,行胃镜下硬化剂和组织胶注射止血治疗,病情稳定后出院,因脾亢和消化道出血需要手术治疗而住院。入院时体格检查:腹平软,可见脐周静脉显著扩张,以脐为中心向四周辐射,脐以上的曲张静脉血流方向向上,脐以下血流方向向下,全腹无压痛及反跳痛,全腹未扪及异常包块,肝肋下 2 横指,质韧、表面光滑,无压痛,脾肋下未扪及。胃镜提示食管-胃底静脉曲张(重度),门脉高压性胃病。CT 提示:肝硬化,脾大,少量

腹水;门静脉高压,食管-胃底静脉曲张,脐周静脉重新开放;胆囊炎;胆囊多发结石,较大结石直径 3.0 cm(图 1、2)。术前 ALB 36.6 g/L,PT 15.8 s, TBIL 8.7 μ mol/L,肝功能 Child A 级。

气管插管全麻下行腹腔镜下胆囊切除+脾切除+经胃前、后双入路选择性贲门周围血管离断术,手术时间 330 min,术中出血量 100 ml。在脾窝放置引流管 1 条,术程顺利,术后转入 ICU 监护、治疗。

手术当天 20:00 患者顺利拔除气管插管,意识恢复清醒。术后第 1 天上午 8:30 患者由 ICU 转回普通病房,术后 18 h 腹腔引流管共引流出淡红色血性液体 25 ml。术后第 1 天晚 22:00 腹腔引流管突发鲜红色血性引流液涌出,约 100 ml,急查 HGB 63 g/L(同天上午 7:00 HGB 85 g/L),给予止血、输注 4 U 红细胞、补液等处理,患者生命体征稳定(心率:90 次/min,呼吸:20 次/min,血压:110/70 mm Hg)。术后第 2 天上午 8:00 见腹腔引流管引流出约 30 ml 暗红色血性液体,复查血常规:HGB 86 g/L。术后第 2 天下午 13:00 开始腹腔引流管再次引出较多鲜红色血性液体(1 h 300 ml),患者心率加快、血压进行性下降,生命体征不稳定(心率:125 次/min,呼吸:35 次/min,血压:85/45 mm Hg)。考虑术后腹腔活动性出血且量较大,需要急诊探查止血,与患者家属沟通后行腹腔镜探查止血术。术后第 2 天下午 14:15 急送手术室行腹腔镜探查+胃小弯动脉出血 LigaSure 凝闭、缝扎止血术,术中见腹腔大量积血(约 3300 ml),探查见胃小弯处胃壁有一直径约 2 mm 的小动脉支活动性出血,首先用 LigaSure 凝闭

* 通讯作者, E-mail: wangweidong1968@126.com

初步止血,用 2-0 Prolene 缝线缝扎止血,胆囊床加放 1 根引流管(图 3~6),术程顺利,15:40 术毕。术后给予预防感染、生长抑素、化痰、抑酸、止血、护肝及维持水电解质平衡等治疗。患者恢复良好,无其他并发症发生,腹腔引流量逐渐减少(图 7),术后第 6 天拔除 2 根腹腔引流管,术后第 15 天复查血常规、凝血功能、肝肾功能、电解质水平均未见明显异常,

出院。术后回顾首次手术录像查找出血原因,发现首次术中在经胃后入路离断胃小弯侧后层穿支血管时,LigaSure 不慎钳夹到胃小弯前层血管支的血管夹,导致血管夹松脱,在取出血管夹时又撕裂血管断端 LigaSure 形成的焦痂,造成术后血管断端焦痂破裂出血(图 8~11)。随访 58 个月,未再出现消化道出血。

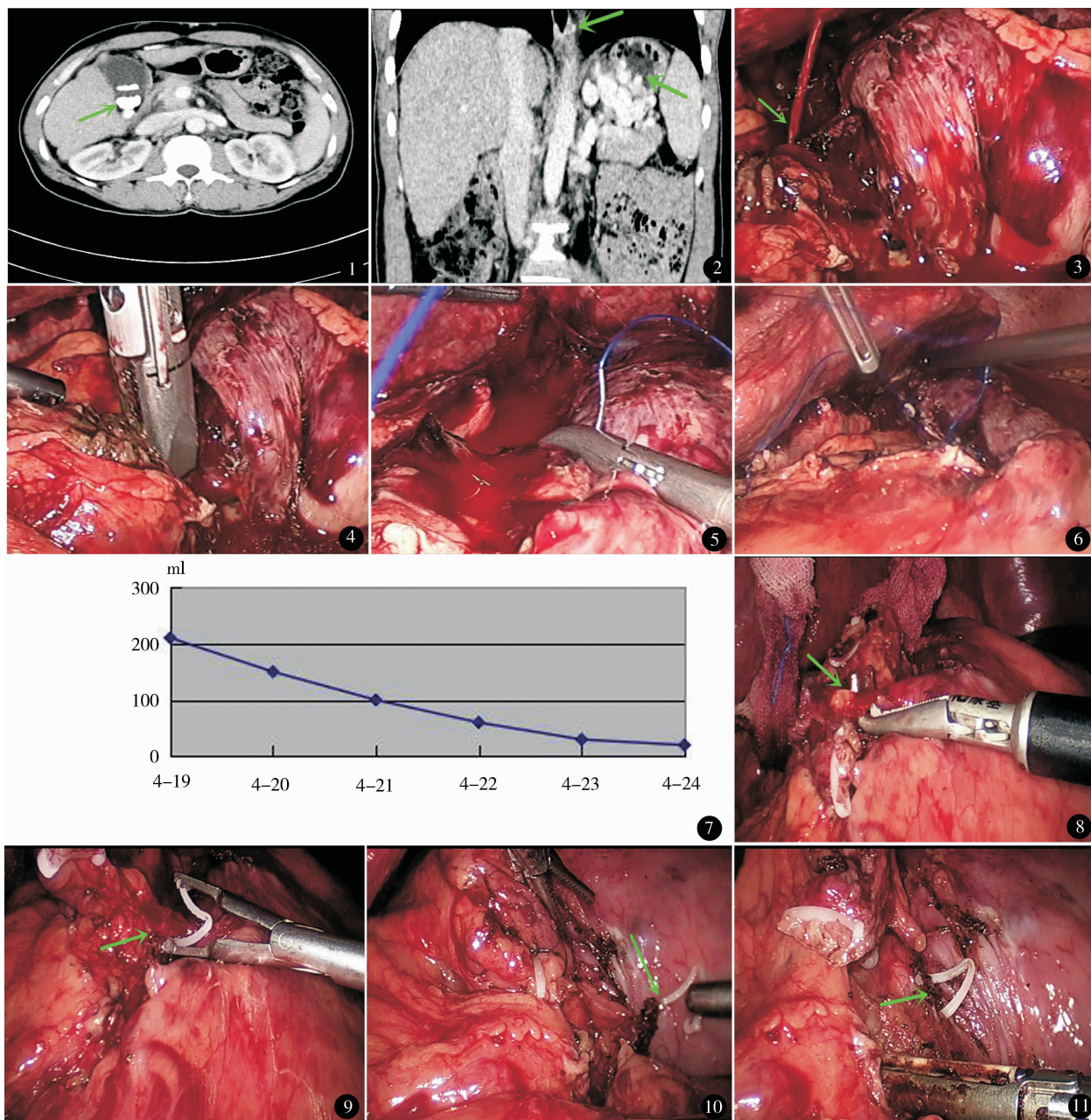


图 1 CT 提示胆囊结石 图 2 CT 提示食管-胃底静脉曲张 图 3 胃小弯处一血管有活动性出血 图 4 LigaSure 初步止血 图 5 2-0 滑线连续缝扎出血血管 图 6 缝扎后未见出血,止血成功 图 7 腹腔引流量趋势图 图 8 术中经胃前入路分离胃小弯处血管支,此血管近胃侧即术后出血血管 图 9 Hem-o-lok 夹闭此血管后 LigaSure 离断 图 10 经胃后入路离断胃小弯后层穿支血管时钳夹致胃小弯前层血管的血管夹脱落 图 11 撕裂近胃侧已凝闭血管的断端焦痂,当时未见出血

2 讨论

2.1 腹腔镜下贲门周围血管离断术后腹腔出血的原因

早期出血多于术后 24 ~ 48 h 内发生,与小血管术中止血不彻底及大、中血管夹闭不牢、戳孔损伤腹壁血管有关。本例是在经胃后入路离断胃小弯侧后层穿支血管时,LigaSure 不慎钳夹到胃小弯前层血管支的血管夹,导致血管夹松脱,在取出血管夹时又撕裂了血管断端 LigaSure 形成的焦痂,造成术后血管断端焦痂破裂出血。

2.2 如何早期发现术后腹腔出血

术后应密切观察病人的生命体征,注意神志、面色、有无出冷汗、腹胀、呕血与黑便等。腹腔引流液的观察是监测腹腔内出血最直接的方法,往往在循环改变之前即可表现并以引流液增多为首发症状,因此,术后需要保持引流管通畅并密切观察引流液的量及性质。应重视腹腔引流管的管理,若患者在引流 72 h 后还有血性液体流出,需要提高警惕,过早拔管也可能致膈下积液和感染,应根据实际情况适时拔管。

2.3 如何处理术后腹腔出血

腹腔出血量不大,患者生命体征较稳定时,可采用保守治疗。保守治疗过程中出现生命体征不稳定,应及时血管介入明确出血部位并栓塞止血或再次手术止血。再次腹腔镜下探查止血需要熟练的腹腔镜操作技巧、先进的腹腔镜设备和器械,当腹腔镜下止血困难时,应及时中转开腹止血。

2.4 如何避免术后腹腔出血

术中止血要彻底,术毕前仔细检查有无出血点。术中操作需规范、轻柔,预防意外损伤:①曾经进行硬化治疗的病人,食管、胃底质地变硬并与胰腺、后腹膜等形成粘连,注意分离层次的掌握,避免将胃和

食管分破。②曾行脾动脉栓塞的患者,由于脾脏与胃、结肠、膈肌粘连严重,注意避免损伤周围脏器。③使用海绵钳在袋中钳碎取脾时注意避免损伤乙状结肠和撕裂大网膜。选择合适的引流管留置部位,引流管的固定要确切。术后注意患者凝血功能,血小板不足时需要补充。

总之,腹腔出血是腹腔镜下贲门周围血管离断术后较危急的并发症,术后需要密切观察各项生命体征、Hgb、引流量,必须要及时处理。当腹腔出血量较少、患者生命体征较稳定时可保守治疗,保守治疗过程中需要严密观察出血量及生命体征变化。保守治疗无效、患者生命体征不稳定应及时行血管介入明确出血部位并栓塞止血或再次手术止血。如果选择腹腔镜下探查止血,需要先进的设备和高超的手术技巧,当腹腔镜下止血困难时,需要及时中转开腹。

参考文献

- 1 Wang YD, Ye H, Zhu YW, et al. Laparoscopic splenectomy and azygoportal disconnection for bleeding varices with hypersplenism. J Laparoendosc Adv Surg Tech A, 2008, 18(1): 37 - 41.
- 2 王卫东,陈小伍,梁智强,等.全腹腔镜贲门周围血管离断术治疗门静脉高压症.中国微创外科杂志,2011,11(6): 524 - 527.
- 3 鲁建国,阴继凯.腹腔镜外科时代门脉高压症的治疗现状与展望.肝胆外科杂志,2013,21(6): 406 - 409.
- 4 唐勇,朱锐,赵龙,等.腹腔镜下脾切除加贲门周围血管离断术联合术中胃镜治疗门静脉高压 37 例分析.中国实用外科杂志,2015,35(2): 202 - 204.
- 5 罗凤球,邓维成,丁国建,等.腹腔镜与开腹脾切除贲门周围血管离断术治疗门静脉高压症的 Meta 分析.中国普通外科杂志,2013,22(9): 1195 - 1201.
- 6 王卫东,陈小伍,吴志强,等.腹腔镜手术治疗脾良性病变 19 例.中国微创外科杂志,2015,15(8): 717 - 719.

(收稿日期:2018 - 04 - 08)

(修回日期:2018 - 07 - 05)

(责任编辑:李贺琼)