

• 临床研究 •

23 例肝硬化合并胆囊结石手术治疗的临床分析

陈 刚

(重庆市合川区妇幼保健院 401520)

摘 要:目的 探讨肝硬化门静脉高压症合并慢性结石性胆囊炎患者脾切除及贲门周围血管断流术联合胆囊切除术的可行性。方法 回顾性分析 23 例患者慢性结石性胆囊炎合并肝硬化门静脉高压症外科资料。结果 23 例均顺利完成手术,其中 22 例成功治愈,1 例因难以控制的出血死亡。结论 肝硬化门静脉高压症合并慢性结石性胆囊炎行脾切除及贲门周围血管断流术联合 I 期胆囊切除术可行,但应详细判断其适应症,且术中胆囊切除的技巧及围术期的处理是成功的关键。

关键词:肝硬化门静脉高压;慢性结石性胆囊炎;脾切除;胆囊切除

中图分类号:R575.2;R657.41

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2010)12-1580-02

Retrospective analysis of the feasibility of splenectomy combined Cholecystectomy on Cirrhosis
with portal hypertension associated with chronic calculous cholecystitis: 23 cases

CHEN Gang

(District of Chongqing Hechuan Maternal and Child Health Hospital, Hechuan, 401520, China)

Abstract: Objective To investigate the feasibility of splenectomy and Esophago-gastric Devascularization combined Cholecystectomy on liver cirrhosis with portal hypertension associated with chronic calculous cholecystitis patients. **Methods** Retrospective analysis of the surgical treatment experience of 23 cases of chronic calculous cholecystitis complicated with liver cirrhosis with portal hypertension. **Results** Twenty-three cases were successfully completed surgery, 22 cases successfully treated, 1 patient died due to uncontrollable bleeding. **Conclusion** Splenectomy and Esophago-gastric Devascularization combined Cholecystectomy on Cirrhotic portal hyper-tension associated with acalculous cholecystitis is feasible, but the key to success should be in detail to determine its indications, and pay attention to cholecystectomy surgery techniques and perioperative treatment.

Key words: cirrhotic portal hypertension; calculous cholecystitis; cholecystectomy; splenectomy

肝硬化-胆囊切除术被公认为是一对高危因素的结合。肝硬化伴发胆囊结石时, I 期采用何种手术文献报道尚有争议。近年来随着围手术期处理的改善、麻醉与危重医学的发展及外科手术的改进,此类手术可实施性得以提高^[1]。本院 2002 年 3 月至 2009 年 6 月收治的肝硬化门静脉高压症合并慢性结石性胆囊炎 23 例,行脾切除术同期行胆囊切除术,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 23 例,男 19 例,女 4 例。年龄 38~62 岁,平均(51.3±10.7)岁。23 例患者均经病史、查体、B 超、CT 及生化报告检查,诊断为乙肝后肝硬化并胆囊结石 22 例,酒精性肝硬化并胆囊结石 1 例;脾 II 度增大 16 例,III 度增大 7 例;经胃镜、钡餐放射检查证实:轻度食管静脉曲张 3 例、中度 13 例、中重度 7 例;门静脉宽度 1.5~2.3 cm;合并上消化道出血者 17 例。经 Child 分级,其中 A 级组 18 例, B 级组 5 例。4 例存在少量腹水。均有不同程度的胆绞痛史,其中 2 例急诊入院。

1.2 手术方法 采用左肋缘下切口,少部分病例需要向右肋缘下延伸,探查腹腔后,结扎脾动脉,行脾切除术;其后结扎切断冠状静脉、胃后静脉、左膈下静脉及伴行同名动脉,使食管下段 5~6 cm 及上半胃完全游离,完成贲门周围血管断流术,对于胆囊切除组在此基础上顺逆行结合切除胆囊。胆囊完全切除者 9 例,部分切除者 12 例,行胆囊切开取石胆造瘘 1 例。

2 结 果

23 例均顺利渡过手术期和麻醉期。平均手术时间(235±

52)min,根据吸引器吸引量及纱布称重计算出血量,平均(452±165)mL;术后予以保肝、降酶退黄、抗炎、止血等治疗,22 例在平均住院 19.5 d 后顺利出院,均未发生严重感染;1 例因术后持续出血,并发肝肾衰竭死亡。

3 讨 论

3.1 同期手术的可行性 肝硬化患者中胆结石症的发生率为 15%~20%,尸检时胆石发现率高达 20%~30%,比非肝硬化者高 2 倍,其中以胆囊结石为主,约占 90%。对于肝硬化门静脉高压症合并胆囊结石的治疗,部分作者主张分期手术治疗。Nguyen 等^[2]报道与正常的胆囊切除比较,患肝硬化患者的病死率增加约 8 倍,也有不少学者认为同期手术是可行的,这是因为如果未处理胆囊结石,术后约 37%~70%的患者可能出现胆管症状,增加治疗难度;加行胆囊切除术不仅避免再次手术,而且也并未明显增加并发症发生率和死亡率^[3]。相反认识的主要理由是:(1)门静脉高压症患者在肝门区、肝十二指肠韧带及胆囊周围大多有明显的侧支循环,静脉丛扩张、扭曲,胆囊壁水肿增厚,手术时容易造成出血和肝外胆管的损伤;(2)此类患者的肝脏代偿能力差, I 期手术增加了手术时间和手术损伤,也增加了肝脏的负荷,术后容易引发肝昏迷或肝肾综合征等;(3)脾切除加断流手术是无菌手术,而胆囊切除可能增加术后感染的危险性。近年来由于外科无菌手术和抗菌药物的发展,国内文献对此手术可行性的报道日益增多。大多认为 Child 分级 A 级可同期行脾切除、贲门周围血管断流术及胆囊切除术, B 级在经保肝等治疗后亦可同期行此手术, C 级以 II

期手术为宜。作者处理肝硬化门静脉高压症伴胆囊结石 23 例,同期行脾切除、断流术和胆囊切除术,除 1 例死于出血和肝肾衰竭外,其余皆痊愈出院,术后无并发症。其体会是:Ⅰ期手术是可行的,关键是避免术中难以控制的大出血和由此导致的肝肾功能衰竭。

3.2 手术方式及技巧 自从 Urban 等^[4]报道了在腹腔镜下行肝硬化患者胆囊切除术以来,人们逐渐开始比较腹腔镜与开腹手术对肝硬化患者胆囊切除优劣。Lucidi 等^[5]综述了这方面的循证医学研究:对于肝功能 A 或 B 级的患者运用腹腔镜技术比传统开腹手术更能降低并发症和死亡率。郑江华等^[6]认为腹腔镜手术在控制出血量方面优于开腹手术。而 Xin 等^[7-8]认为腹腔镜下脾切和贲门周围血管离断术,只要合理选择适应证者,效果优于开腹手术者。而对于肝硬化门静脉高压症患者在腹腔镜下进行脾切除联合胆囊切除者是很难实施的。因此本组采用开腹手术,切口选择左肋缘下切口,必要时向右肋缘下延伸(本组 5 例向右肋缘下延伸约 5 cm)。因多数肝炎后肝硬化患者均发生肝右叶萎缩,左叶代偿性肥大,此时胆囊随肝脏发生顺时针转位,位置偏上偏右,该切口可以良好地暴露手术视野,减少操作困难;而术中脾切除和贲门周围血管离断是成熟技术。作者主要讨论此背景下的胆囊切除技巧,避免大出血是关键:(1)避免将胆囊从肝床上撕下引起出血。门静脉压力增高时,胆囊静脉亦广泛曲张,且多数胆囊静脉经胆囊床直接汇流入肝。而肝硬化患者的胆囊随缩小的肝脏上移,嵌入肝实质较深。同时肝脏处于淤血状态,血小板减少及肝硬化时毛细血管脆性增加。在施行胆囊切除术时,一旦因胆囊床被撕裂,即可引起难以控制的大出血。如再反复缝扎止血,又将引起切割肝组织出血。此时,可先用一干纱布压迫胆囊床,必要时可阻断第一肝门,吸尽积血,清楚显露手术视野,电凝和缝扎暂时止血。本组 1 例,分离胆囊床时出血不止,以大圆针 7 号线褥式缝合胆囊床,并填塞止血纱布,但仍渗血,确认非血管性出血;入 ICU 后从腹腔引流管内流出大量鲜红色血液,给予输红细胞悬浊液、补液、冷沉淀及多种止血药无效,手术后 6 h 出现无尿,于 11 h 后死亡。(2)避免强行解剖胆囊三角。肝硬化患者往往发生肝门转位,原有的正常解剖关系发生变化,胆囊三角常有纤维化、增厚、水肿,同时因门静脉高压时胆囊静脉与门静脉常与侧支血管相通,强行分离解剖时易导致大出血。因此,仔细解剖胆囊三角,在此时显得尤为重要,不仅于避免胆管损伤^[9],而且防止大出血。(3)胆囊大部切除术。即是切开胆囊后,吸尽内容,取出结石,切除部分或大部分胆囊前壁及胆囊颈部,残留胆囊壁可用丝线“8”字缝合止血,缝扎胆囊颈管口,以碘酊或电烧灼破坏残留胆囊壁黏膜,对拢缝合关闭。本组 12 例胆囊大部切除术,术中出血显著减少,而手术时间并未延长,术后无感染等并发症。不论是全切还是部分切除,都应

注意防止胆汁、特别是感染性胆汁对腹腔的污染,若有污染,应冲洗干净并充分引流。

总之,对于肝硬化门静脉高压的患者行脾切和胆囊切除术,应做好适应证分析,肝功能储备情况、心肺功能手术的耐受程度、凝血功能、有无低蛋白血症及腹水;手术切口的选择、术中注意观察患者生命体征,针对出血及时采取有效措施,对于胆囊能全切者行全切术,不能者行部分切除,创面的仔细处理;手术时程的控制;术后的细心观察,保肝、降酶、止血、抗炎等,多个环节的严格控制是手术成功的关键。

参考文献:

- [1] Gregory TE, Fernando EM. Biliary Disease, Gallstones and Cystic Disease[J]. Comprehensive Clinical Hepatology, 2006, 2:435.
- [2] Nguyen GC, Laveist TA, Segev DL, et al. Race is a predictor of in-hospital mortality after cholecystectomy, especially in those with portal hypertension[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2008, 6(10):1146.
- [3] 曹金铎. 脾切除同期行胆囊切除术的有关问题[J]. 中国实用外科杂志, 2004, 24(12):721.
- [4] Urban L, Eason GA, Re Mine S, et al. Laparoscopic cholecystectomy in patients with early cirrhosis[J]. Curr Surg, 2001, 58(3):312.
- [5] Lucidi V, Buggenhout A, Donckier V. Cholecystectomy in cirrhotic patients: pitfalls and reasonable recommendations [J]. Acta Chir Belg, 2009, 109(4):477.
- [6] 郑江华, 简志祥, 区金锐, 等. 腹腔镜与开腹胆囊切除治疗合并肝硬化的胆囊结石疗效比较[J]. 广东医学, 2006, 27(10):1506.
- [7] Xin Z, Qingguang L, Yingmin Y. Total laparoscopic versus open splenectomy and esophagogastric devascularization in the management of portal hypertension: a comparative study[J]. Dig Surg, 2009, 26(6):499.
- [8] Kawanaka H, Akahoshi T, Kinjo N, et al. Technical standardization of laparoscopic splenectomy harmonized with hand-assisted laparoscopic surgery for patients with liver cirrhosis and hypersplenism[J]. J Hepatobiliary Pancreat Surg, 2009, 16(6):749.
- [9] Schiappa JM. Iatrogenic lesions of the biliary tract[J]. Acta Chir Belg, 2008, 108(2):171.

(收稿日期:2009-11-13 修回日期:2010-02-15)

《重庆医学》——中国科技论文核心期刊, 欢迎投稿, 欢迎订阅!