

· 短篇及病例报道 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.19.046

腹腔镜胆囊切除术后肝右动脉假性动脉瘤致胆道出血 1 例

熊 盟, 唐中建

(重庆市涪陵中心医院 ICU 408000)

[中图分类号] R657.4

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)19-2733-02

近年来,随着腹腔镜手术及经颈静脉肝内门体静脉分流术(TIPS)、经皮肝穿刺胆道造影(PTC)介入治疗等新技术的广泛应用,医源性胆道出血所占比例日益增多,应当引起临床重视。对此,笔者就曾收治的因腹腔镜胆囊切除术并发肝右动脉假性动脉瘤致胆道出血 1 例报道如下。

1 病例资料

患者,女,63 岁,因“反复黑便 20 d,呕血 1 d”入院。患者于入院前 20 d 无明显诱因出现解黑便,伴中上腹部阵发性疼痛,经治疗好转后上述症状仍反复发作,于入院前 1 d 出现呕血,呕吐物呈暗红色血凝块,量不多,伴腹痛,性质同前,故转至本院。既往入院 25 d 前于外院因胆囊结石行腹腔镜下胆囊切除术。查体:生命体征稳定,神志清楚,贫血貌,全身皮肤、巩膜无黄染,心肺查体无异常,腹平软,无静脉曲张,上腹部压痛,无反跳痛,移动性浊音阴性,肠鸣音活跃。辅助检查:(1)上腹部 CT 平扫示:“肝内胆管未见明显扩张,肝门部似见不规则软组织样影及管状高密度影,胆囊未见显示”;(2)肝功能:丙氨酸氨基转移酶 513.4 U/L,天门冬氨酸氨基转移酶 726.1 U/L, γ -谷氨酰转氨酶 468.0 U/L,碱性磷酸酶 525.0 U/L,总胆红素 35.7 $\mu\text{mol/L}$,直接胆红素 34.1 $\mu\text{mol/L}$,间接胆红素 1.8 $\mu\text{mol/L}$ 。患者入院后予输血、抑酸、止血、肠外营养支持等治疗,行胃镜示:“未见食管、胃、十二指肠溃疡、出血点,亦未见十二指肠乳头渗血”,上腹部 CT 增强扫描示:“肝内外胆管扩张,胆管壁增厚,肝右动脉假性动脉瘤,肝门部管状高密度影,动脉期胆囊窝区见囊袋状强化灶(图 1)”,经治疗患者症状明显好转,无腹痛、呕血,但至入院后 3 d,再次出现呕血,伴失血性休克、腹痛、黄疸转入重症监护病房(ICU)。



图 1 上腹部 CT 增强扫描

经输血抗休克相关治疗,生命体征稳定,经放射介入科会诊后行肝动脉造影术及栓塞术,术中肝总动脉迂曲、纤细、痉挛,见假性动脉瘤(2.5 cm×2.5 cm),微导管无法超选入肝固有动脉,予明胶海绵颗粒、弹簧圈栓塞,造影晚期仍见假性动脉瘤,未进一步栓塞。患者此后仍反复出现呕血、腹痛,故急诊剖腹探查,术中于胆囊管残端、肝总管右侧、肝右动脉胆管窝区间

见囊带状病灶(3.0 cm×2.5 cm),伴搏动感,病灶右侧及胆囊管残端各夹一枚生物夹,胆囊管残端生物夹松动,病灶与胆囊管残端粘连、相通,胆总管穿刺抽出呈血性液,予行肝右动脉假性动脉瘤切除术、胆总管探查、T 管引流术后返回 ICU,此后经治疗好转出院。最后诊断:(1)胆道出血;(2)右肝动脉假性动脉瘤[通过最大密度投影(MIP)处理及三维重建可见(图 2)];(3)梗阻性黄疸;(4)失血性休克。

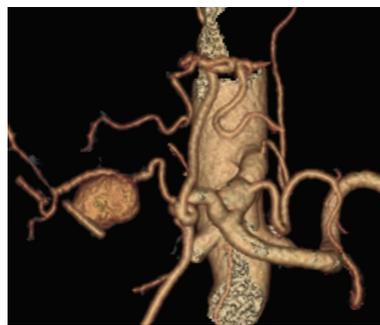


图 2 经 MIP 处理及三维重建图像

2 讨 论

目前研究表明,胆道结石伴感染仍是胆道出血的主要原因^[1],但近年来医源性胆道出血报道增多,其中肝动脉或胃十二指肠动脉分支假性动脉瘤破裂是医源性胆道出血的主要原因之一,而腹腔镜胆囊切除术导致假性动脉瘤引起胆道出血是极少见的并发症,目前国内仅见个案报道。假性动脉瘤形成的发生机制可能是:(1)术中电灼热力损伤胆囊动脉残端;(2)术中过度分离及施放钛夹位置不当将胆囊动脉或胆囊动脉起始处肝右动脉机械性损伤^[2],瘤体向胆管破溃,造成胆道出血。因此,针对可能的成因,应通过以下方面进行预防:(1)在肝十二指肠韧带附近少用可对肝动脉或胆囊动脉根部造成电热损伤的电钩;(2)电钩离断胆囊动脉过程中应适当远离钛夹,避免接触钛夹而使胆囊动脉灼伤,切忌带电挥舞器械而误伤胆囊动脉;(3)需注意分离组织、规范置放钛夹操作;(4)正确掌握腹腔镜中转开腹手术指征;(5)学习时间应适当地延长,以提高技术操作水平^[2-3]。

胆道出血具有周期性反复出血的特点,其典型的临床表现为 Quinke 三联征:消化道出血、胆绞痛、梗阻性黄疸。因此,根据本病例临床表现及特点早期即应考虑胆道出血,但早期其出血原因及出血部位尚不明确,通过胃镜检查未明确出血原因及部位,应该与胆道出血已停止有关,而进一步行上腹部 CT 增强扫描明确肝右动脉假性动脉瘤。研究表明,对于出血原因及部位不明确的急性消化道出血,行多层螺旋 CT 增强具有重要的临床指导意义及诊断价值,且可作为首选检查方法,同时对数字减影血管造影检查及治疗具有指导意义,降低其盲目

性、损伤、费用等^[4]。

对于医源性胆道出血治疗,处理原则主要是止血及解除梗阻。胆道出血早期即应积极给予止血药物、生长抑素、解痉镇痛、抗菌药物、补液、输血及营养支持相关治疗措施,并积极做好术前准备。研究表明,选择性肝动脉栓塞术可有效治疗假性动脉瘤^[5],并且具有微创性的特点,可有效、安全、快速控制出血,亦可为病情危重患者的其他治疗措施的实施赢得时间,而且随着血管介入治疗技术的开展,选择性肝动脉栓塞术已成为医源性胆道出血的首选治疗手段。而外科手术(假性动脉瘤切除术、肝叶切除术等)通常可用于肝动脉栓塞术失败及同时存在严重感染、胆道梗阻、动脉-门静脉瘘等其他并发症的情况。

参考文献

[1] 刘天锡,方登华,关斌颖,等.胆道出血的原因诊断与治疗

·短篇及病例报道· doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.19.047

[J].肝胆外科杂志,2014,22(4):286-289.

[2] 李宁,秦鸣放.医源性胆道出血与假性动脉瘤[J].中华肝胆外科杂志,2005,11(3):212-213.

[3] 黄辉,宋根达,张纯俊,等.腹腔镜胆囊切除术致胆囊假性动脉瘤 3 例报告[J].中国实用外科杂志,2001,21(10):629-630.

[4] 石磊,何立,张自力.多层螺旋 CT 与 DSA 对消化道出血的比较研究[J].放射学实践,2011,26(6):623-626.

[5] 田成武,朱华文,曲明,等.胆道大出血的造影诊断及介入栓塞治疗[J].中华肝胆外科杂志,2002,8(10):589-591.

(收稿日期:2017-02-03 修回日期:2017-04-09)

椎管内原发黑色素瘤 2 例并临床分析

陈凡¹,李琮²,郭振³,陈大伟^{1△}

(吉林大学白求恩第一医院:1.神经肿瘤外科;2.肾病内科;3.心内科,长春 130021)

[中图法分类号] R739.4

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)19-2734-03

颅内原发性黑色素瘤(primary melanocytic neoplasms, PMN)起源于软脑膜黑色素细胞,临床少见,占颅内肿瘤的 0.07%~0.17%^[1],而原发于椎管内的黑色素瘤(ISPMN)则更为罕见,多位于髓外硬膜下或硬脊膜内外脊神经根附近,神经根痛常为首发症状。ISPMN 的影像学表现多样,容易误诊,尤其易误诊为神经源性鞘瘤。此外,ISPMN 整体恶性程度高,术后易复发,放、化疗敏感性欠佳,治疗效果差,并且以恶性多见,总体愈后较差。本文总结 2 例就诊于本院神经肿瘤外科的 ISPMN 患者的临床资料,现报道如下。

1 病例资料

1.1 患者 1 男,35 岁,右利手。主因发现椎管内占位 2 年伴左下肢胀痛 3 个月入院。患者 2 年前因腰椎间盘突出在当地医院行腰椎内固定术,术中发现椎管内占位,因当地医院条件限制未行肿物切除。体检:全身皮肤黏膜无黑色素痣及色素沉着,神清语利,双下肢肌力 V 级,肌张力正常,左下肢及左侧臀部胀痛感存在,左小腿外侧感觉减退,生理反射存在,病理反射未引出。腰椎磁共振成像(MRI)平扫+增强(图 1A、B)示:腰 4~5(L₄~L₅)椎体内固定术后改变,L₄~L₅ 平面椎管及左侧椎间孔占位,考虑神经鞘瘤,腰 3~4(L₃~L₄)/腰 5~骶 1(L₅~S₁)椎间盘轻度突出。术前诊断:L₅ 神经鞘瘤。治疗经过:全身麻醉下右侧卧位进行手术,术中见部分瘤体侵袭硬脊膜、椎骨,纵行切开硬脊膜,见肿瘤发自神经根,灰白、质韧,血供丰富,大小约 3.5 cm×3.0 cm×3.0 cm,显微镜下分块切除肿瘤。病理组织学:苏木精-伊红(HE)染色示细胞质呈嗜酸性,细胞较大,类圆形或多边形,细胞质丰富,瘤细胞巢状分布(图 1C)。免疫组织化学:胶质纤维酸性蛋白(GFAP)(-),S-100(+),细胞角蛋白(CK)(-),上皮细胞膜抗原(EMA)

(-),抗黑色素瘤特异性抗体(HMB45)(-),孕激素受体(PR)(-),嗜铬素蛋白-A(CgA)(-),突触素(Syn)(-),Ki-67(+<5%)。病理诊断:黑色素瘤。术后正电子发射计算机断层摄影(PET)-CT 证实肿瘤全切(图 1D)。患者术后胀痛感消失,左侧拇指麻木感存在,未出现大小便失禁等相关并发症。给予对症治疗,左侧拇指麻木感 9 d 后消失。患者住院 15 d 出院,未行放疗,随访 10 个月,现患者正常工作生活。

1.2 患者 2 男,59 岁,右利手。主因自觉剑突水平以下痛觉减退 1 年,行走不稳 1 个月入院。患者 1 年前出现剑突平面以下痛觉减退,未予治疗,1 个月前无明显诱因出现行走不稳。体检:神清语明,全身皮肤黏膜无色素沉着、无黑色素痣,胸 4(T₄)平面以下浅感觉减退,双侧腹壁反射减弱,左下肢肌力 IV 级,右下肢肌力 III 级,肌张力正常,右侧跟膝胫实验(+),其余检查未见明显异常。胸椎 MRI(图 2A):T₄ 椎体水平椎管内髓外可见 0.6 cm×2.7 cm×1.3 cm 椭圆形异常信号,T₁、T₂ 及压脂像均呈低信号,相应节段脊髓受压变形,注射钆对比剂后病灶强化不均匀。术前诊断:T₄ 水平椎管内占位性病变。治疗经过:全身麻醉下手术,采取后入路,咬除 T₄ 棘突后见硬脊膜膨隆,纵行切开硬脊膜,未见脊髓搏动,可见肿瘤与右侧神经根及脊髓背侧粘连,质韧,灰黑色,包膜完整,血供较丰富,T₄ 水平脊髓受压变薄,电生理监护下行肿瘤切除,显微镜下分离肿瘤与周边组织,完整切除肿瘤,数分钟后脊髓搏动恢复。病理组织学(图 2B):HE 染色显示肿瘤细胞无明显色素颗粒,胞质呈嗜酸性,核分裂象明显,可见中间级肿瘤细胞。免疫组织化学:GFAP(-),S-100(+),CK(-),EMA(-),HMB45(-),PR(-),Syn(-),Ki-67(+<5%)。病理诊断:椎管内中间级别黑色素细胞瘤,世界卫生组织(WHO)分级 II 级伴坏