

腹腔镜胆囊切除术中出血的处理

张志强

(江西省南昌市中西医结合医院 南昌 330003)

关键词:腹腔镜;胆囊切除术;术中出血;处理

中图分类号:R 657.4

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)05-0062-02

腹腔镜胆囊切除术(LC)目前已经成为胆囊切除术的金标准,适应证不断扩大,术中出血的处理是影响手术成功的重要因素。本文结合我们的临床实践,讨论腹腔镜胆囊切除的术中出血处理技术。

1 临床资料

1.1 一般资料 2002年5月~2006年10月,我院共实施LC手术2894例,男856例,女2038例;年龄13~86岁,平均年龄46岁;胆囊结石2534例,胆囊息肉360例,合并胆囊癌2例;急性期手术(胆绞痛发作3d内手术)425例,其余均在症状缓解后手术;合并肝硬化128例、高血压病275例、糖尿病186例、冠心病36例、中重度阻塞性肺疾病28例。

1.2 手术方式 本组病例全部行LC术,采用四孔法,术中运用电钩或分离钳分离胆囊三角。一般先了解胆囊动脉的走向,尽可能用地用钛钛结扎胆囊动脉。分离中遇胆囊三角出血时,先用小纱块压迫出血点,看清视野出血点的位置,用分离钳电凝止血或钛钛结扎止血。结扎胆囊管和胆囊动脉后,电钩分离胆囊床,完成手术。

1.3 结果 2891例完成LC手术,中转开腹3例;手术时间200mL中,在患者血液透析时,经管路管动脉输液端缓慢静滴,维持至血透结束,同时对患者进行心理辅导,缓解对血液透析恐惧心理,减轻紧张、焦虑情绪。治疗期间记录临床症状消失时间,疗程结束后做1次TCD,探测左椎动脉(LVA)、右椎动脉(RVA)、基底动脉(BA)的平均血流速度。

1.4 疗效评定 患者在治疗2周后,根据临床症状改善情况及辅助检查结果评定疗效:(1)治愈:症状消失,TCD检查提示椎-基底动脉血流基本正常;(2)显效:症状基本消失,TCD检查提示椎-基底动脉血流有明显改善;(3)无效:症状无减轻,TCD检查无改变。

2 结果

2.1 临床疗效 所有患者经一个疗程治疗后,治愈12例,有效4例,无效1例,有效率94.1%。所有患者椎-基底动脉平均血流速度都得到明显改善,见表1。

2.2 不良反应 17例患者用红花注射液治疗过程中和治疗后无1例发生不良反应,疗程结束后血常规、肝功能及心电图未见明显变化。

表1 椎-基底动脉平均血流速度改善情况 ($\bar{X} \pm S$) cm/min

| 动脉 | 治疗前 | 治疗后 | 差值 |
|-----|------|------|----------|
| LVA | 26±4 | 37±5 | 11.0±2.1 |
| RVA | 22±3 | 31±2 | 9.2±1.5 |
| BA | 22±3 | 33±4 | 10.6±1.4 |

3 讨论

随着血液透析技术的发展,尿毒症患者的治疗和预后有了很大的改善,维持性血液透析并发椎-基底动脉供血不足,可严重影响患者的生存质量及继续血液透析的信心,该类并

15~130min,平均40min;术中出血0~400mL,平均12mL。并发症情况:胆囊床毛细胆管漏2例,术后戳空出血1例,均再次行腹腔镜下探查处理后痊愈。

2 讨论

和任何其它手术的开展一样,术中出血的处理也是保证腹腔镜胆囊切除术手术成功的基本技术。准确的术前评估、恰当的手术时机、术中精细操作、辨清术野的解剖等因素是保证术中不发生难于控制的大出血的基本条件^[1]。针对术中出血的具体情况,我们分别采用不同的止血技术,在临床应用取得了良好的效果。

2.1 术野渗血 最为常见。在解剖胆囊三角时,由于尚未分离结扎胆囊动脉主干,故有时会遇到术野细小血管渗血,此时如影响术野辨认和操作,可暂时以小纱块压迫出血野,暂停出血野,而先进行另一区域的解剖,如可从胆囊底部剥离胆囊床,行逆行切除,稍后再回到原术野,往往渗血即已停止,如此多个不同区域轮流进行,一般不影响手术的实施。对远离胆囊三角区域的渗血,则可直接用电凝止血,保持术野清晰。胆囊切除后胆囊三角区域的渗血,可喷以纤维蛋白胶^[2]。发病临床上少有报道,常见症状多在透析过程中或透析后出现眩晕、平衡障碍、短暂时遗忘及视力障碍等。引起本病的病因主要有:(1)血液动力学因素:上肢内瘘导致动静脉短路,在透析过程中,上肢血流明显增加,通过虹吸作用,引起同侧椎动脉血液逆流供应同侧上肢,严重时伴有基底动脉血液逆流,由于颅内自动调节机制的存在,对侧椎动脉和基底动脉血管反射性收缩使血流速度增加以代偿血流量的变化,如代偿不完全,则出现供血不足表现;(2)血管本身的疾病:慢性肾功能衰竭患者多伴有高血压、糖尿病、高脂血症、贫血以及容量负荷过度所致血流动力学障碍,这些因素都是动脉粥样硬化诱因,导致椎-基底动脉硬化,出现供血不足。

红花注射液为红花提取物,内含红花黄色素、红花醌甙、红花素等多种有效成分,药理研究表明,本品能抑制血小板聚集,提高纤维蛋白的溶解活性,显著降低全血黏度、血浆黏度和红细胞压积,加快血流速度,增加红细胞携氧能力,改善脑组织缺氧,恢复脑细胞功能。我们应用红花注射液治疗维持性血液透析过程中出现椎-基底动脉供血不足,所选病例临床症状、TCD等改善明显,总有效率达94.1%,且未发现明显副作用,临床应用安全有效,值得推广。

参考文献

[1] 王海燕.肾脏病学[M].第2版.北京:人民卫生出版社,1996.1385~1391
 [2] 游国雄,武志跃,杜贵今.椎-基底动脉供血不足眩晕的诊断问题[J].中风与神经疾病杂志,1985,2(1):6~7

(收稿日期:2007-01-30)

颅骨缺损钛网修补术 30 例治疗体会

叶奇勋 吴天顺 李成宇 胡建民

(江西省铅山县人民医院 铅山 334500)

关键词: 颅骨缺损; 手术疗法; 钛网修补术

中图分类号: R 651.11

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)05-0063-02

颅骨缺损修补术是神经外科常规手术, 虽然手术本身并不复杂, 但在手术时间、材料选择等方面仍存在争议, 我院自 2000~2006 年间共施行 30 例颅骨缺损钛网修补术。现将治疗体会报道如下:

1 材料与方 法

1.1 一般资料 本组材料采用 OSTEOMED 颅骨修补钛网与钛钉。男 24 例, 女 6 例, 其中颞顶 12 例, 顶枕 8 例, 额顶 10 例。缺损范围: 最大 12cm× 12cm, 最小 3cm× 4cm。修补时间: 术后 6 周 2 例, 术后 3 个月 12 例, 术后 6 个月~2 年 16 例。

1.2 手术方法 取原手术切口, 在帽状腱膜与硬脑膜间潜行分离, 并仔细电凝止血, 于骨窗边缘切开骨膜, 钝性剥离, 充分暴露颅骨缺损区域, 将钛网修整, 完整覆盖缺损区域, 并检查钛网的大小、球曲度, 其边缘超过缺损骨缘 1cm, 然后在钛网边缘网格内间断上钛钉至颅骨, 一般 8~12 枚, 最后常规放置引流管, 缝合头皮。

1.3 结果 本组患者修补术后全部一期愈合, 两侧对称, 局部弧度均匀平整、美观。随访: 8 个月后植片浮动 1 例, 1 年后感染钛钉外露 1 例, 均再次手术愈合良好, 术野积液 2 例。

2 讨论

2.1 手术入选标准 (1) 重型颅脑损伤行去骨瓣减压后颅骨缺损者; (2) 颅骨缺损直径大于 3cm 者; (3) 颅内压不高, 脑组织未膨出者; (4) 近期无颅内感染者; (5) 切口愈合良好且术区无软组织感染者; (6) 患者有精神症状及心理恐惧等症

或敷以明胶海绵止血。
2.2 胆囊动脉分支或迷走胆囊动脉喷血 此种情况常在已经钳夹处理了胆囊三角内的胆囊动脉主支后出现, 一般术者此时往往较为自信, 对出血的警惕性下降, 在剥离胆囊床时有时发生这一情况, 出血往往较为凶猛。此时应首先以小纱布压迫出血处, 吸净出血, 看清出血点及出血血管走行后, 分离前暂时控制出血, 再以小钛夹准确地钳夹出血血管, 可达到较为可靠的止血^[2]。电凝止血有时也可奏效, 但是可能误伤周围结构, 且一旦失败, 往往难于再次上钛夹止血而被迫中转开腹。

2.3 门脉高压症肝门区域广泛曲张小静脉损伤出血 进入腹腔镜探查后如遇肝门区域广泛曲张小静脉, 腹腔镜开展初期果断中转开腹是理智的选择。但是随着经验的积累, 这一情况下的成功 LC 实施逐渐增多。此时应争取依次分离钳夹这一区域内的曲张小静脉, 方可获得术野可靠止血, 一旦有小静脉损伤出血, 钳夹止血仍是最可靠的选择。

2.4 胆囊床静脉性出血 胆囊床 1cm 深度范围内一般无重要的管道结构, 包括大血管。有时在剥离胆囊床时如平面过

者; (7) 脑膜 - 脑疤痕形成伴发癫痫者 (需同时行痫灶切除术)^[1,2]。

2.2 手术时机的选择 颅骨修补术的目的主要是恢复颅腔的生理完整性, 修补后对病人的心理安全及一些神经性反应症状, 如头痛、头晕甚至恶心等症状有所改善, 手术时机选择应该是伤口及受伤的脑组织恢复到较好和稳定的状态。闭合性颅脑损伤或择期手术术后遗留的颅骨缺损修补时间一般在 3 个月后, 此时外伤和手术引起的病理变化 (包括疤痕重塑和吸收) 均已完成; 开放性颅脑损伤者一般在 6 个月后, 此时外伤和手术引起的病理变化早已完成, 又避开既往感染复燃或潜在感染发生的时间。本组 2 例术后 6 周行超早期手术, 术中缺点: 术中出血较多, 脑组织膨出明显。我们体会是: 术后 4~6 周, 伤口和受损脑组织尚未恢复到稳定水平, 此时修补仍不合时宜。

2.3 修补材料的选择 目前常用颅骨修补材料有有机玻璃、硅橡胶、自体骨瓣和钛合金板等。但有机玻璃、硅橡胶需术时加热塑形, 容易碎裂、老化, 需二次手术为其缺点, 已逐渐被淘汰; 自体骨瓣需超低温保存或埋藏在患者腹壁下, 需在供皮区及植皮区两处手术, 埋藏在患者腹壁下自体骨瓣常被吸收变小, 保存条件受限, 应用有限; 钛合金板因其手术操作方便, 具有较强抗压性能, 组织相容性亦好^[2], 而且能透过 CT、MRI 等射线, 不需二次手术, 已逐渐被广大患者所接受, 缺点是价格较贵。

2.4 术中及术后出现情况 1 例手术在帽状腱膜外分离, 术深, 可能遇到小的静脉性出血, 一般属于门脉系统的小分支出血。可试行电凝止血, 或以纱布局部压迫 10min, 等待出血自行停止, 确认后局部再喷以纤维蛋白胶封闭创面。

2.5 戳孔出血的处理 一般情况下, 戳孔出血并不严重, 偶尔, 脐下或剑突下戳孔处小血管损伤可发生较重出血。此时, 可先试行腹腔镜监视下电凝止血, 如无效, 则需准确缝扎止血。我们曾遇到 1 例术后戳孔出血致血压下降, 后经再次腹腔镜探查, 确诊为剑突下戳空处肝圆韧带内血管出血, 经电凝及缝扎后痊愈。

2.6 术野大血管损伤、术中大出血 极为罕见, 一旦发生, 往往立即危及病人生命, 多因肝门区炎症、粘连严重、局部解剖变异所致。曾有报道门静脉或肝动脉主干或主要分支损伤出血 (我院尚未遇见), 此时及时中转开腹应该是明智的选择。

参考文献

[1] 魏文京. 腹腔镜胆囊切除术中出血的预防和处理[J]. 中国药物与临床, 2006, 6(12): 959
[2] 刘志坚, 段永辉. 腹腔镜胆囊切除术胆囊动脉出血的预防和处理[J]. 中国实用外科杂志, 2006, 26(5): 380

(收稿日期: 2007-03-08)