



腹腔镜脾切除术后出血 10 例临床分析

肖群¹ 袁通立¹ 杨毅¹ 唐华勇¹ 彭婷¹ 肖凡²

1 湖南中医药高等专科学校附属第一医院肝胆外科 湖南株洲 421000; 2 湖南中医药高等专科学校 湖南株洲 421000

摘要:目的 探讨腹腔镜脾切除术后出血的原因及诊治原则和预防措施。方法 回顾性总结我院肝胆外科 2011 年 6 月至 2016 年 6 月行腹腔镜脾切除术后出血的 10 例临床病例资料。结果 10 例患者均为乙肝后肝硬化失代偿期、门脉高压症、脾肿大伴脾亢患者, 10 例临床病例有 3 例再次腹腔镜探查止血, 1 例为出标本处 Trocar 切口出血, 行切口扩创严密缝合切口止血; 1 例为胃短动脉处出血, 再次腹腔镜用 4-0 Prolene 缝线连续缝合止血; 1 例为脾窝创面渗血, 给以多点间断缝合止血。1 例为开腹止血, 为脾窝广泛渗血, 行中转开腹缝合止血, 最终见针眼渗血, 无法凝固, 给以输入冷沉淀、血小板、浓缩红细胞后还是渗血不止, 抢救 24 小时后死亡。其他 6 例通过输冷沉淀、血小板、血浆、浓缩红细胞保守治疗抢救成功, 2 例脾窝术区行成巨大血肿, 止血后再次行腹腔镜及脾窝多次穿刺引流治愈。结论 肝硬化门脉高压脾亢患者凝血功能差, 术中脾切除创面大, 一旦出血后凝血因子容易耗竭, 出现渗血不止甚至 DIC 导致死亡, 术后发现出血必要早期采用积极的止血措施, 输入凝血因子和冷沉淀、血浆等血液制品, 必要时再次手术止血方可抢救成功。

关键词: 腹腔镜 脾切除术 术后出血

中图分类号: R657.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2016) 12-069-01

我国是乙型肝炎大国, 肝炎发展到肝硬化, 引起门脉高压症, 导致门体静脉间交通支开放, 大量门静脉血在未进入肝脏前就通过交通支进入体循环, 出现了脾脏肿大、脾脏淤血、脾功能亢进、食管胃静脉曲张破裂出血、腹水等一系列门脉高压表现, 脾功能亢进造成患者白细胞、红细胞、血小板“三系”减少, 导致贫血, 凝血功能不全, 反复食管胃静脉曲张破裂出血严重时危及生命, 常需行脾切除和贲门周围血管离断术^[1]。随着医疗技术的发展, 至 1991 首例腹腔镜脾切除术后, 腹腔镜脾切除技术迅猛发展, 腹腔镜脾切除联合贲门周围血管离断术在各大医疗中心也广泛开展^[2]。脾功能亢进、门脉高压后, 术区血管压力增加, 凝血功能差, 出血风险增加, 术中和术后出血, 严重可导致死亡^[3]。现将我院至 2011 年 6 月至 2016 年 6 月共完成腹腔镜脾切除 92 例, 10 例术后再次出血, 4 例严重出血病例再次手术, 死亡 1 人, 再出血率 9.2%, 现在将出现的腹腔镜脾切除术后出血 10 例病例报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组患者男 6 例, 女 4 例; 年龄 35—65 岁 (平均 45 岁)。10 例患者均为乙肝后肝硬化, 门脉高压症, 脾肿大伴脾功能亢进, I 度脾肿大 1 例, II 度脾肿大 8 例, III 度脾肿大 1 例。4 例行腹腔镜脾切除+贲门周围血管离断术; 6 例行腹腔镜脾切除术。本组 10 例患者 6 例术后给以输入冷沉淀、血浆、浓缩红细胞后出血停止; 4 例患者再次手术治疗止血。

1.2 出血的原因及处理结果 10 例出血患者中, 有 8 例考虑为术区渗血, 1 例切口出血沿引流管进入腹腔, 导致腹腔积血约 2000ml, 第二天患者出现休克才急诊手术沿原来 Trocar 处进入腹腔止血, 行切口扩创严密缝合止血彻底; 1 例为胃短动脉处出血, 再次腹腔镜用 4-0 Prolene 缝线连续缝合止血; 1 例为脾窝创面渗血, 给以多点间断缝合止血。1 例为开腹止血, 为脾窝广泛渗血, 行中转开腹缝合止血, 最终见针眼渗血, 无法凝固, 给以输入冷沉淀、血小板、浓缩红细胞后还是渗血不止, 抢救 24 小时后全身出血考虑 DIC 死亡。其他 6 例通过输冷沉淀、血小板、血浆、浓缩红细胞保守治疗抢救成功, 2 例脾窝术区行成巨大血肿, 止血后再次行腹腔镜及脾窝多次穿刺引流治愈。10 例患者, 抢救成功 9 例, 1 例出血不止考虑 DIC 死亡。

2 讨论

文献报道脾切除术后出现渗血的比率约 0.7—5.8%^[4]。本组患者再出血率高达 9.2%, 可能和以下因素有关: (1) 腹腔镜脾切除手术操作难度远大于开腹脾切除术, 术中处理血管一旦出现出血, 术中结扎或者缝合止血时间比开腹时间长, 患者失血量增加; (2) 腹腔镜脾切除中首先处理的是脾动脉, 术中有部分患者脾动脉异位, 或者脂肪组织较厚, 在脾腺上源无法找到脾动脉, 从而放弃脾动脉结扎, 未结扎脾动脉患者在断脾蒂时容易出现大出血; 出血后凝血因子消耗, 导致术后渗血不止; (3) 腹腔镜操作下, 有气腹压力, 在气腹压力, 脾窝创面可能在术中未发现出血, 术后气腹压力消失后容易出现渗血增多; (4) 腹腔镜下, 对脾窝渗血缝合止血使用过少, 这和术中视

野和操作者在镜下缝合技术相关, 腹腔镜下缝合结扎耗时, 采用少, 渗血采用压迫止血或者止血纱布止血为多, 术中止血不彻底, 术后容易出现再次出血。同时其他的出血原因和开腹手术一样, 患者本身凝血功能, 门脉高压, 侧支循环多, 脾组织脆, 易碎出血等。

对腹腔镜脾切除术后出血, 应该严密观察病情, 监测生命体征, 如果患者出现以下情况, 应该果断再次手术止血: (1) 腹腔引流管引流处大量鲜红色血液, 每小时大于 50ml, 24 小时引流管引出鲜红色血液 800—1000ml; (2) 患者出现循环不稳定, 心率增快, 大于 120 次/分, 血压下降, 甚至出现休克血压, 需行快速输血补液仍难维持血压, 患者出现腹部膨隆, 腹腔穿刺见不凝血, 血红蛋白低于 70g/L, 应该积极再次手术探查止血^[5]。本组有 3 例患者再输入浓缩红细胞和冷沉淀、血小板的同时, 仍可见腹腔引流管引出鲜红色血液。腹部膨隆, 穿刺见鲜红色血液, 再次手术探查。其中有 1 例特殊患者是 Trocar 切口出血, 出血后流入腹腔, 但腹腔引流管未见血液流出, 原因是腹腔引流管放在脾窝, 而切口出血后往盆腔流, 当晚医师经验不足, 用升压药物血液仍难以维持, 最后行床旁 B 超检查, 发现盆腔 90mm 液暗区, 穿刺见不凝血, 急诊再次沿原来 Trocar 口进入腹腔, 发现切口肌层出血, 原因是当地缝合 Trocar 切口的时候仅仅缝合了腹外斜肌腱膜层, 腹内斜肌和腹横肌及腹膜层都没有缝合, 而此 Trocar 口为脾脏标本取出切口, 曾用止血钳扩张过, 导致肌层内小动脉出血。对一般患者, 没有肝硬化、门脉高压、凝血功能差, 如平常做腹腔镜胆囊切除, Trocar 切口的缝合可以缝合到筋膜就达到标准, 但是对肝硬化、门脉高压、凝血功能差的患者, Trocar 切口必须严密缝合, 避免切口出血。本组死亡患者, 脾窝周围炎, 脾脏和周围组织广泛粘连, 脾切除术后, 术区渗血严重, 导致凝血因子消耗过多, 引起凝血功能障碍, 最终输入血小板、冷沉淀、浓缩红细胞仍无法挽回。对脾脏和周围组织粘连严密者, 建议放弃脾脏切除, 行介入脾栓塞治疗脾亢比较稳妥, 脾脏和周围组织粘连强行分离, 容易导致大量侧支循环血管开放, 在此类凝血功能及差的患者, 容易导致 DIC 引起死亡。对生命体征平稳的出血患者, 可以密切观察, 积极输入冷沉淀、血小板、血浆、浓缩红细胞、补充凝血因子, 纠正患者凝血功能, 最终止血成功。

参考文献

- [1] Dong MH, Saab S. Complication of cirrhosis [J]. Dis Mon, 2008, 54 (7): 445-456;
- [2] 洪德飞, 郑雪咏, 彭淑麟等. 完全腹腔镜巨脾切除联合贲门周围血管离断术. 中华医学杂志, 2007, 87: 820-822.
- [3] 杨连寿, 郭磊. 复杂性脾切除 102 例回顾性分析 [J]. 中国实用外科杂志, 2009, 29 (5): 403-405.
- [4] 侯和民, 姜洪池, 乔海泉. 脾切除术后并发症 [J]. 腹部外科, 2003, 16(5): 270-271.
- [5] 李志红, 王志明. 脾亢脾切除术后腹腔内“渗血”原因分析及治疗 [J]. 中国普通外科杂志, 2010, 19 (8): 953-954.