

# 胆道大出血的介入放射学 (附5例报告)

罗来华 何远忠 周 克 王健忠 何 韧

**摘要:** 5例医源性胆道大出血病例,均经皮经导管用明胶海绵或钢圈动脉栓塞止血成功。证实急诊腹腔动脉造影是胆道大出血最好的定位诊断方法。经皮经导管动脉栓塞治疗胆道大出血操作简便、疗效迅速可靠,并发症少,应作为首选的疗法。作者认为,动脉栓塞不一定非要置管于出血的分支动脉,只要无禁忌证,栓塞肝固有动脉及其分支亦安全可行。长期休克未纠正者也应作为胆道大出血肝动脉栓塞治疗的禁忌证。

**关键词:** 胆道大出血 动脉栓塞

## Interventional Radiology of Massive Hemobilia

Luo Lai-hua, et al. Radiology Department of General Hospital  
of Chengdu Command, PLA

**ABSTRACT:** This paper reports 5 cases of iatrogenic massive hemobilia. The bleeding of all the patients was successfully controlled via transcatheter arterial embolization. Our experience has again proved that emergency arteriography is the best method to determine the bleeding site. Transcatheter arterial embolization is easy, rapid, safe, reliable and with minor complication method, and thus should be first choice for treating hemobilia. The embolization should be contraindicated in patients with long-term shock without correction. The contraindications include severe hepatic cirrhosis accompanied by liver dysfunction, portal hypertension with flow impedance.

**Key words:** hemobilia Arterial Embolization.

胆道大出血是消化道出血的常见原因之一,其病因可分成疾病(感染、肿瘤、动脉瘤)、创伤及医源性损伤(手术及各种侵入性诊疗操作)三大类。小的出血大多可自愈,大的出血则一般传统疗法效果差,如不及时止血可危及生命。近20年来治疗水平虽有提高,其死亡率仍高达20%~34.5%<sup>[1,2]</sup>。血管介入放射学的兴起为胆道出血的诊断和治疗开拓了新的前景。目前国内尚未普遍推广,仅有的几组少数病例都强调栓塞应尽量超选至出血的分支动脉<sup>[3~5]</sup>。我们近年遇到5例医源性胆道大出血,采用急诊腹腔动脉造影诊断,并经导管行肝固有动脉(或胃十二指肠动脉)栓塞治疗,止血效果满意。现予以报道并结合文献加以讨论。

## 临床资料

本组共5例,男性4例,年龄27~65岁。

出血原因:胆管结石取石、U型管引流术2例、右肝叶切除术1例,胆囊切除胆总管探查T型管引流术1例,胆总管远端嵌顿结石行经内窥镜乳头括约肌切开术(EST)1例。

临床表现:术后T型管或U型管引流出鲜血3例,大量便血2例。有典型的周期性出血者仅1例,2例术后因大出血而出现休克。5例虽经反复输血,色素仍持续下降。5例均经对症止血及输血治疗无效,其中1例曾行剖腹肝固有动脉结扎止血,但术后3天即复发。

作者单位:610083 成都军区总医院放射科

血管造影表现: 5 例均行急诊腹腔动脉造影, 除 1 例阴性者根据 EST 史及第二次内镜检查确诊外, 其余 4 例均有典型出血表现或出血原因显示。其中肝内假性动脉瘤 2 例, 出血的分支动脉充盈不连续伴细串珠状痉挛(图 1) 1 例, 不规则布片状造影剂外溢滞留(图 2) 1 例。



图 1. 腹腔动脉造影见胆囊动脉一分支充盈不连续伴细串珠状痉挛(箭头)

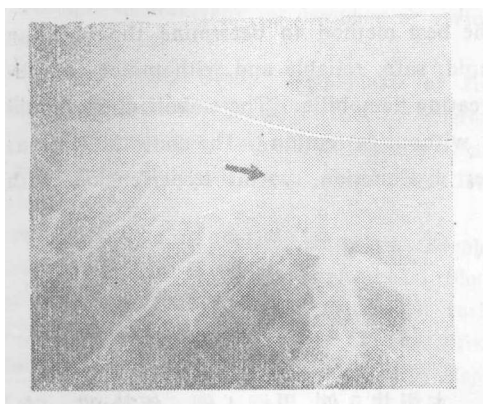


图 2. 腹腔动脉造影见中肝动脉区有一片状外溢之造影剂(箭头)

### 介入治疗方法及结果

本组 5 例均采用经皮经股动脉穿刺插管, 在诊断性腹腔动脉造影后, 依据不同情况进行栓塞治疗。3 例采用 2mm<sup>3</sup> 明胶海绵粒行肝固有动脉栓塞(图 3, 图 4)。2 例分别用一 3mm 或 5mm 钢圈行胃十二指肠动脉栓塞, 其中 1 例为 EST 后胆道大出血, 1 例行剖腹肝固有动脉结扎三天后出血复发, 血管造影见胃十二指肠动脉侧支供血致右肝假性动脉瘤而再度出血。

经介入治疗后 5 例止血效果均满意。其中 1 例随访 1 个月, 1 例随访 4 个月, 2 例随访 1 年出血未复发。1 例术后因持续大出血而一直处于休克状态, 术后第二天虽经介入治疗出血停止, 但终因持续休克于术后第 5 天(栓塞治疗后三天)死于多脏器衰竭。

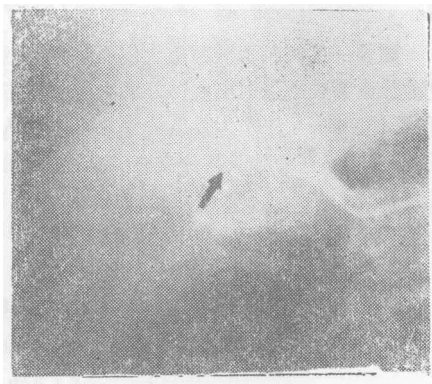


图 3. 导管深置于肝固有动脉, 明胶海绵栓塞后再次动脉造影见原出血的动脉(箭头)及左右肝动脉分支均闭塞。

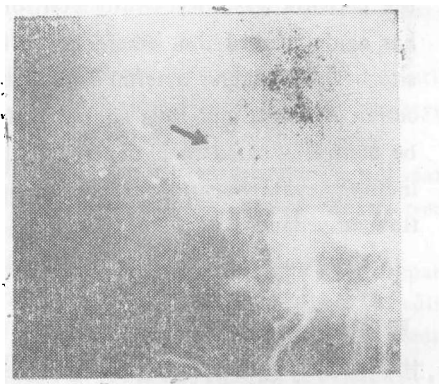


图 4. 肝固有动脉栓塞后动脉造影见左右肝动脉分支及中肝动脉(箭头)均未显影

### 讨 论

国内胆道大出血发生率占胆道疾病的 0.9%<sup>[1]</sup>。由于经皮肝活检、PTC、PTCD 及 ERCP 的广泛应用, 医源性胆道出血的发生率显著增加<sup>[6,7]</sup>Curet。报告医源性胆道出血占创伤性胆道出血的 68%<sup>[6]</sup>。本组 5 例均为医源性。

#### 一、胆道出血的诊断

胆道出血的临床诊断不太困难, 确诊取决于胆道内或来自胆道的出血证据。出血的定位

诊断对治疗极为重要。临床上约32%的病人有周期性消化道出血,右上腹疼痛、复发性黄疸(所谓三联症)症状<sup>[6]</sup>,但只有提示性意义。进一步的检查应包括内镜、肝胆 B-US/CT、肝血管造影。由于出血有间歇性特点,内镜检查阳性率不高,约9.1%~50%<sup>[1,6]</sup>,但可除外其它原因的上消化道出血。血管造影目前被认为是诊断胆道出血最可靠的定位方法,阳性率高达94.6%<sup>[6]</sup>。少数血管解剖变异者需作肠系膜上动脉造影。栓塞前充分认识出血的X线表现,对进行相应的动脉栓塞治疗极为重要。对少数临床和/或内镜已证实胆道出血而血管造影可疑或阴性者,也应进行相应的动脉甚至整个肝固有动脉栓塞,而不应轻易放弃治疗。

## 二、经导管动脉栓塞治疗胆道出血的价值

胆道大出血病人常用的止血方法有:(1)肝叶切除,因并发症多,危险性大,不宜普遍施行。(2)肝动脉结扎:结扎肝总动脉或肝固有动脉或相应的出血的左、中、右肝动脉,有效率为20%~94.1%不等<sup>[1,2,8]</sup>。可因侧支建立而复发。此法死亡率达29.8%<sup>[2]</sup>。(3)经皮经导管动脉栓塞术:Curet<sup>[6]</sup>收集73例胆道大出血资料,25例栓塞治疗,成功24例(96%)。本组5例4例治愈,一例虽终因多器官衰竭死亡,但止血效果满意。经导管动脉栓塞对动脉性胆道出血,一经栓塞立即止血;对肝静脉和门静脉出血仍可起止血作用。而且由于肝动脉及其细小分支栓塞,阻断了侧支循环,故出血不易复发。本方法简便安全,疗效迅速可靠,并发症少,对病人干扰很少,应列为胆道大出血首选的疗法。为避免广泛的肝缺血,应力争栓塞出血的动脉分支<sup>[1,3]</sup>。我们的经验及肝动脉栓塞治疗肝癌的实践却证明,为立即止血,只要无禁忌证,甚至肝固有动脉及其分支的栓塞也是安全可行的。目前常用栓塞剂是明胶海绵、其次是钢圈,或二者兼用之,亦有用聚乙烯醇(Ivalon)、可分离的球囊等<sup>[3,6]</sup>。对口径大的假性动脉瘤或动静脉瘘用微粒栓塞剂应极为小心,最好选用外径适当的钢圈或分离的球囊,

由于胆管和血管间异常交通为感染扩散提供了一个门户,故栓塞后除常规输液外,应给予抗生素治疗。

## 三、经导管动脉栓塞治疗的并发症

此法并发症少。常见的有肝细胞坏死。与肝固有动脉结扎一样有引起一过性ALT轻度升高的可能。但不会引起明显肝损害<sup>[2]</sup>。即使有轻度肝功损害也可在2~4周恢复正常<sup>[2,4]</sup>。据文献报告,本方法死亡率为8%<sup>[1]</sup>,且与病人本身的病情密切相关。本组有1例因手术创伤加上胆道大出血而致长期失血性休克,又长期未能纠正,术前肝功能就差,术后第5天(动脉栓塞后第三天)终因多器官衰竭而死亡。这例病人肝固有动脉栓塞对死亡可能有一定促进作用。文献提到休克初起是急诊栓塞治疗指证,但长期休克未纠正者能否栓塞则无定论。本组此例经验提示,长期休克多脏器灌注不足而缺血、坏死,若不及时纠正即行肝动脉栓塞,虽可达止血目的,但不能改善缺血的其它器官的功能,反而加重肝肾功能损害,甚至死亡。因此,我们认为,长期休克未纠正者应作为肝动脉栓塞的禁忌证。

## 参考文献

1. 叶维法主编. 肝病治疗学, 第一版, 天津, 天津人民出版社 1990;974.
2. 郑光琪, 等. 122例胆道大出血的诊治经验. 实用外科学杂志 1989;9:233.
3. 陈清圣, 等. 胆道出血的栓塞治疗(附三例报告). 中华放射学杂志 1989;23(增刊):9
4. 顾万清, 等. 经皮选择性肝动脉栓塞治疗胆道大出血(附二例报告). 实用外科杂志 1989;9:235.
5. 徐光伟, 等. 经皮经导管肝左动脉栓塞治疗胆道大出血一例报告. 中华消化杂志 1989;9:213.
6. Curet P, et al. Hepatic hemobilia of traumatic or Iatrogenic Origin: Recent Advances in Diagnosis and Therapy, Review of the literature from 1976 to 1981. World J Surg 1984; 8:2.
7. Sandblom P, et al. Iatrogenic Hemobilia. Am J Surg 1986; 151:745.
8. 何振平, 等. 肝动脉结扎治疗胆道大出血临床体会. 实用外科杂志 1989;9:239.