

文章编号:1005-6947(2005)06-0468-02

· 临床报道 ·

经胸行联合断流术治疗门静脉高压曲张静脉破裂出血 26例

张海蛟

(湖南省长沙市第七医院 外一科, 湖南 长沙 410001)

摘要:为探讨经胸联合断流术治疗门静脉高压曲张静脉破裂出血的疗效,笔者回顾性分析采用该术式治疗26例门静脉高压曲张静脉破裂出血患者的临床资料。全组男17例,女9例。择期手术14例;急诊手术12例,其中1例5d后死于肝昏迷(肝功能C级)。急诊病死率8.3%(1/12),全组总病死率为3.8%(1/26)。无近期出血,近期止血率100%;远期出血者2例,远期出血率9.5%(2/21)。提示经胸联合断流术是治疗门静脉高压曲张静脉出血较好的方法。

关键词:高血压,门静脉/外科学;破裂,自发性/外科学;断流术

中图分类号:R657.34;R364

文献标识码:B

外科治疗门静脉高压症(PHT)的手术方法很多,但大多有较高的术后再出血率,如何降低术后再出血率是提高治疗效果的关键。1994年10月~2004年10月长沙市第七医院共对26例门静脉高压曲张静脉破裂出血患者采用经胸联合断流术治疗,效果满意,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组26例,男17例,女9例;年龄28~72(平均47.2)岁。全组均因食管胃底静脉曲张破裂出血入院。8例为首次出血,18例为2~5次出血。术前有食管X线检查和内镜检查18例,其中食管重度静脉曲张15例,中度曲张3例。肝功能分级:Child A级9例、B级13例、C级4例。病因分类:肝炎后肝硬化11例,酒精性肝硬化8例,血吸虫性肝硬化6例,药物性肝硬化1例。本组均为第一次手术,其中急诊手术12例,择期性手术14例。

1.2 手术方式

本组全部采用静脉复合气管插管,右侧卧位,经左后外侧第七肋切口进胸。切开纵膈胸膜(下食管三角处),游离食管下端,切开左侧膈肌,结扎切断脾胃韧带,游离脾脏,施行脾切除术。然后离断近侧半胃、贲门及食管下段10~15cm周围的所有血管,即胃冠状静脉及其胃支、食管支、高位食管支以及胃后、胃短和左膈下血管。另外还紧贴食管壁及胃壁逐一离断、结扎其穿壁静脉。完成上述步骤后,在

贲门下4~5cm胃底前壁沿胃纵轴切开胃壁6cm,在胃腔内行胃底黏膜下血管交锁性环形缝扎及贲门黏膜下血管环扎,然后连续缝合切开的胃壁,间断加固后放回腹腔。缝合膈肌,用稀释络合碘液冲洗胸腔,置引流管后关胸。

2 结果

2.1 近期结果

择期手术组无死亡;急诊手术12例中1例术后5d死于肝昏迷(肝功能C级),急诊病死率8.3%,全组总病死率为3.8%。无近期再出血者,急诊止血效果100%,急诊手术组术后肺部感染3例,经抗炎后治愈;腹水2例经利尿补充白蛋白后好转。择期手术14例,术后肺部感染1例、腹水2例,对症治疗好转。

2.2 远期效果

本组除近期死亡1例外,余25例中得到随访21例,随访率84.0%。随访时间1~5年2例,6~10年9例,10年以上10例。随访期间,死亡7例,其中2例分别于2年1个月和3年4个月死于肝癌,1例手术后4年因腹部感染死于肝衰。4例失访者也按死亡计算。本组随访5年绝对生存率为73.3%,10年绝对生存率38.4%。得到随访的21例中,2例分别于术后2年4个月,3年7个月再次发生上消化道出血。经胃镜检查,1例为贲门上10cm食管静脉曲张破裂出血行套扎止血,另1例因门静脉高压症性胃病变(PHG)出血,再次行肠腔分流手术。本组远期出血率9.5%(2/21)。

3 讨论

PHT是我国的常见病,每年有大批病人要接受手术治

收稿日期:2005-02-20; 修订日期:2005-03-25。

作者简介:张海蛟(1943-),男,湖南长沙人,湖南省长沙市第七人民医院副主任医师,主要从事腹部外科方面的研究。

通讯作者:张海蛟 电话:0731-2637577(H), 0731-2637617

(O), 13786111294(手机); E-mail:cyjzj@126.com。

疗,除肝移植外,PHT的各种外科治疗均是“治标”^[1],各种手术后均有较高的再出血率。PHT手术是机体重要器官之一肝脏严重病变的情况下进行的。手术前后的处理均较复杂,术后再出血更是困扰外科医生。正确选择PHT第一次手术的术式是降低PHT术后再出血的重要因素。贲门周围血管离断术,是当前国内治疗PHT并发上消化道出血最常用、疗效最佳的术式^[2],它具有手术范围不大,创伤小,止血作用确切,又能维持门静脉入肝血流,术后肝性脑病发生率。目前已形成了一套标准化、规范化的操作程序,缺点是术后仍有较高的再出血率,各家统计不一,达10%~30%^[3]。如何降低贲门周围血管离断术后的再出血,裘法祖等认为关键是要完全彻底离断贲门周围血管。

目前传统意义上的贲门周围血管离断术,大都是经腹进行的,笔者从实践中感到经腹断流手术,对于经验尚缺乏的医生来讲并非是一件易事。如术中手术部位暴露不好,手术的难度加大,风险也就增加,影响到手术的质量。贲门区位于胸腹结合部,位置较深,显露不够理想,器官密集,如果患者情况差,麻醉限制,致使腹肌松弛差,加上肝左叶增大,贲门区的暴露相当难,如胃膨胀则暴露更难,外科医生在这种条件下要做到“彻底”的断流是比较勉强的,如果要离断穿壁的静脉还有胃壁坏死的担忧。时德等^[4]认为经腹作门奇断流,对每个患者要求断流彻底,在技术上是难以实现的。冷希圣也认为^[5]通常意义上的门奇断流术,因不开胸,甚至也不游离左肝三角韧带,更不切断食管,不可能达到彻底的断流。笔者根据本组经胸途径施行贲门周围血管离断术26例体会到:经胸断流虽比经腹创伤要大些,但暴露好、操作方便,手术安全,减少了盲目性。贲门胃可游离至胸腔进行操作,膈肌上下的血管也方便处理,经腹较难以结扎的食管支和高位食管支经胸结扎就很容易。而且经胸门奇断流是离断近半胃贲门及食管下段10~15cm周围全部血管,这是经腹难以做到的。彭淑牖^[6]在实践中发现多例断流术后再出血的患者系由于原手术遗漏了对高位食管和胃后静脉的处理,其中1例已行2次断流术,3次手术时行经胸断流术,比较方便地处理了高位食管支,随访没有再出血。笔者认为与其一次一次经腹手术,还不如一开始就经胸手术的好,患者所受的创伤要小些。

贲门周围血管离断术,主要离断了食管贲门胃底周围的血流,胃壁肌层和黏膜下的静脉曲张未予处理。裘法祖

等指出^[7],肝硬化门静脉高压症时,除冠状静脉胃短静脉两处反常血流外,还有胃壁肌层和黏膜下层静脉内的反常血流。这种胃壁的反常血流量约为胃脾反常血流量的1/8~1/6。断流术后胃远端的静脉压升高,可促使肌层和黏膜下层静脉曲张破裂,这是断流术后再出血的另一个重要原因。笔者在术中看到,断流术后的胃底贲门黏膜下血管不是消失了,而是更加明显了。这些黏膜下血管有的曲张呈蚯蚓状,有的形成团块突向胃腔,呈血管瘤样,这样的血管一旦破裂出血,后果将是严峻的。针对这一威胁,人们提出了腔内外联合断流,以阻止这种反常血流的危害,即在断流的同时行食管或胃底横断,术中术后的套扎和栓塞等,各有优点和不足。本组采用胃底前壁切开,在直视下行胃底黏膜下血管环扎和贲门下黏膜血管缝扎,将贲门“痔”结扎,阻断了高压状态下的反常血流,向食管下段黏膜下血管反流,术后3个月,对3例患者进行了胃镜检查,看到了原食管下段曲张的静脉已基本消失,说明了手术的效果。笔者认为切开胃壁进行黏膜下血管的环扎虽增加了感染机会,但只要注意手术中的各个环节,感染也是可以避免的,此法较盲目的浆膜下血管缝扎直接可靠。

参考文献:

- [1] 彭志海. 门脉高压症术后再生出血的治疗现状和展望[J]. 中国实用外科杂志, 2001, 21(3): 165-166.
- [2] 黄志强. 腹部外科手术学[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2002. 703-713.
- [3] 张曙光, 阮长兵, 于振海, 等. 断流和分流联合术治疗肝硬化门静脉高压症疗效观察[J]. 中国实用外科杂志, 2001, 21(3): 147-148.
- [4] 时德, 白麟祥, 刘象和. 经胸门奇断流治疗门脉高压症曲张静脉破裂大出血38例体会[J]. 实用外科杂志, 1991, 11(10): 539-540.
- [5] 冷希圣. 分流加断流术后再出血的治疗[J]. 中国实用外科杂志, 2001, 21(3): 140-141.
- [6] 彭淑牖, 陈晓鹏. 断流术后再生出血的治疗[J]. 中国实用外科杂志, 2001, 21(3): 135-136.
- [7] 裘法祖, 戴植本, 刘龙, 等. 贲门周围血管断流术的评价[J]. 中华外科杂志, 1983, 21(5): 275-277.