

文章编号:1005-6947(2008)07-0718-03

· 简要论著 ·

门静脉高压症手术后并发症:附 810 例分析

肖广发, 汤恢煊, 吕新生

(中南大学湘雅医院 普通外科, 湖南 长沙 410008)

摘要:目的 探讨门静脉高压症术后并发症的发生原因及其防治要点。方法 回顾性分析近10年收治的810例门静脉高压症患者的临床资料。结果 全组共发生术后并发症169例,发生率为20.9%。影响术后并发症的主要因素有:手术时机、肝功能分级等。结论 减少术后并发症的关键是手术时机和手术方式的个体化选择,规范手术操作,注重围手术期处理,尽量避免急诊手术。

[中国普通外科杂志,2008,17(7):718-720]

关键词: 高血压,门静脉/外科学;手术后并发症

中图分类号: R 657.34 **文献标识码:** B

门静脉高压症断流、分流、联合断分流术的应用确实使大部分病人获得了即时相应的疗效,但目前仍表现有较高的术后并发症发生率和手术病死率。防治术后并发症和降低术后病死率是门静脉高压症治疗中的两个重要的环节。我院自1997年6月—2007年6月间共手术治疗810例门静脉高压症病例,并发症的发生率为20.9%,现就术后并发症发生相关因素报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男652例,女158例;年龄16~76(平均 45 ± 11)岁。肝炎性肝硬化648例,血吸虫性肝硬化122例,其他40例。肝功能按Child分级:A级405例,B级340例,C级65例。行断流术(脾切除+门奇断流)472例,分流术(脾切除+近端脾肾或脾腔分流)311例,联合手术(脾切除+门奇断流+近端脾肾或脾腔分流)19例,其他如肝内门体分流术(TIPSS)等8例。146例门静脉高压症合并食管静脉曲张破裂出血行急症手术,616例行择期手术,48例行预防性手术。

1.2 手术后并发症

术后169例出现并发症,发生率为20.9%。

其中肝功能衰竭(含肝性脑病)26例,术后消化道大出血34例,胸肺部感染19例,其他90例(表1)。本组围手术期间共死亡49例(6.0%),死亡原因主要为:肝功能衰竭、消化道大出血等(表1)。

2 与术后并发症和病死率有关因素

2.1 肝功能分级、手术时机、手术方式对术后并发症发生率与病死率的影响

Child A, B, C级患者术后并发症发生率分别为13.0%(53/405),22.1%(75/340),63.1%(41/65),病死率分别为2.0%(9/405),6.2%(21/340),29.2%(19/65);Child C级患者术后并发症发生率和病死率均显著高于Child A, B级患者(均 $P < 0.05$),A级组与B级组比较,差异无显著性($P > 0.05$)。急症、择期、预防术后并发症发生率分别为41.7%(61/146),16.7%(103/616),10.4%(5/48);病死率分别为17.8%(26/146),3.4%(21/616),4.2%(2/48),急症手术患者术后并发症率和病死率显著高于择期、预防手术患者($P < 0.01$)。断流术、分流术、联合手术术后的总并发症发生率和病死率3组间比较虽均无显著性差异(均 $P > 0.05$)(表2),但各术式的肝功能分级与并发症及死亡的关系显示,在A级与B级组差异无显著性(均 $P > 0.05$);在C级组中断流术组的并发症发生率和手术病死率均较分流术、联合手术组显著为低(均 $P < 0.05$)(表2-3)。

收稿日期:2008-01-18; 修订日期:2008-06-12。

作者简介:肖广发,男,中南大学湘雅医院博士研究生,主要从事胆道肿瘤方面的研究。

通讯作者:肖广发 E-mail:xiaoguangfa@yahoo.com.cn

2.2 其它因素

2.2.1 术中出血量与输血量 出血量在200~1200(平均300)mL,输血量平均450 mL。出血量>600 mL,输血量>900 mL组的并发症发生率(61/269,22.7%)和病死率(21/269,7.8%)也显著高于出血量≤600 mL,输血量≤900 mL组(59/325,18.2%;9/325,2.8%)($P < 0.05$)。

2.2.2 手术时间 本组手术时间为2.5~6(平

均3.5)h,手术时间>4h者的并发症发生率(98/251,39.1%)也明显高于手术时间≤4h者(71/559,12.7%)($P < 0.05$)。

2.2.3 肝硬化病因 肝炎性肝硬化患者术后并发症发生率19.5%(126/648)和手术病死率4.8%(31/648)均较血吸虫性肝硬化者高(40/122,32.8%;16/122,13.1%)($P < 0.05$)。

表1 169例门静脉高压症患者术后主要并发症

种类	发生例数	断流术后并发症		分流术后并发症		联合术后并发症	
		治愈	死亡	治愈	死亡	治愈	死亡
肝功能衰竭	26	2	5	4	12	1	2
多器官衰竭	13	1	4	2	6	0	0
术后腹腔出血	12	5	2	3	1	1	0
术后消化道大出血	34	16	3	8	5	2	0
DIC	4	1	1	0	2	0	0
胸肺部感染	19	9	2	7	1	0	0
腹腔脓肿	10	6	1	3	0	0	0
膈下脓肿	12	7	0	4	0	1	0
胃滞留	11	9	0	2	0	0	0
胃穿孔	3	2	1	0	0	0	0
切口裂开	11	8	0	2	0	1	0
门静脉血栓形成	14	8	1	5	0	0	0
合计	169	74	20	40	27	6	2

表2 169例术后并发症及死亡的影响因素(%)

结果	例数	手术时机			P	Child 分级			P	手术方式			P	肝硬化病因		P
		急症	择期	预防		A 级	B 级	C 级		断流	分流术	联合术		肝炎后	血吸虫病	
并发症	169	41.7	16.7	10.4	<0.05	13.1	22.1	63.1	<0.05	19.9	21.5	42.1	>0.05	19.5	32.8	<0.05
死亡	49	17.8	3.4	4.2	<0.05	2.0	6.2	29.2	<0.05	4.2	8.6	10.5	>0.05	4.8	13.1	<0.05

表3 810例患者各术式的肝功能分级与并发症及死亡的关系(%)

手术方式	例数	Child 分级					
		A 级		B 级		C 级	
		并发症	死亡	并发症	死亡	并发症	死亡
断流术	472	33.2	20.7	50.4	37.1	53.8	48.6
分流术	311	29.5	25.9	49.7	42.7	76.2 ¹⁾	80.0 ¹⁾
联合术	19	17.9	30.0	50.0	50.0	80 ¹⁾	80.0 ¹⁾

注:1)与断流术比较, $P < 0.05$

3 讨论

3.1 影响门静脉高压症术后并发症发生率和手术病死率的因素

3.1.1 手术时机 本组资料显示,术前肝功能

状态是影响手术并发症发生率重要的因素。Child C 级患者术后并发症发生率明显高于 Child A, B 级患者。肝功能分级水平基本上反映了患者的机体状况和对手术的适应能力,因此,术前应正确评估患者的肝功能,做好充分的术前准备,尽可能把肝功能纠正至 Child A 级范围内。门

静脉高压症的急诊手术多是在大出血后保守治疗无效的情况下进行的,此时患者的全身状况差,各个器官功能低下,甚至休克,再加上手术打击,易使濒于衰竭的器官发生衰竭。不仅并发症的发生率升高(41.7%),而且并发症病死率亦升高。而择期手术远较急症手术患者的病死率低^[1-2]。故对门静脉高压大出血的病人应采取各种措施控制出血后再手术,尽量避免行急症手术。

3.1.2 手术方式 就本组资料分析,断流、分流术与联合断流术的术后并发症发生率和手术病死率均无显著性差别(均 $P > 0.05$)。对手术方式的选择,在C级病例中,行分流术及联合手术患者的并发症及病死率均显著高于断流术者。因此,笔者认为,对于肝功能A、B级患者,可根据外科医师的临床经验和对某种术式熟悉程度而定;但对C级患者即使在某些特殊情况下迫行手术则仅能选用断流术^[2]。

3.2 术后并发症分析及防治

3.2.1 术后肝功能衰竭及其防治 本组于术后死亡49例,19例(38.8%)死于肝衰竭,其中属肝功能C级者11例(22.5%),急症手术者13例(26.5%)。本组31例器官衰竭死亡者中,18例肝功能为Child C级,21例为急症手术,提示避免对肝功能Child C级患者进行手术,尤其是急症手术,可大大降低手术病死率。防治术后肝衰要注意以下几点:(1)术前改善肝功能,尽量把肝功能提高到A级或B级后手术。(2)尽量择期手术,术前作好充分准备。急诊手术术前尽快扩容和补充足够的血容量,纠正低血压。(3)贲门周围血管离断术应被视为最佳的首选术式^[3],但当术中测得门静脉压很高,可附加作一“外周”型分流^[4]或大网膜包肾术^[5]。尤其对于肝脏体积小,肝硬化为大结节型的不做分流术,而应采用断流或其它术式。(4)积极消除各种诱因,加强护肝治疗。

3.2.2 术后出血的防治 (1)术后腹腔出血。主要是由于肝功能代偿能力差及凝血功能障碍,或止血不彻底,或胃周血管结扎不牢靠,术后胃膨胀致结扎线滑脱等所致腹腔内出血。本组术后腹腔内出血12例,10例再次入腹探查,发现出血的主要原因有切脾时伤及胰尾血管而出血,食管下端剥离面渗血等,经缝扎止血治愈。因此,术中应注意切脾时勿伤及胰尾等周围脏器,一旦损伤应尽量缝扎;胃周离断的血管要行双重结扎和缝扎,并尽可能使创面腹膜化,以减少渗血面积。(2)术后30d内消化道出血。门静脉高压症后再出血的发生率大约在10%左右^[6]。本组术后发生再出血为断流术后19例(2.3%),分流术后13例(1.6%),联合手术术后2例(0.2%)。

引起再出血的原因很多,结合本研究断流术后再出血多由于断流不彻底所致食管静脉曲张破裂出血或门静脉高压型胃病出血,而分流术后的再出血主要原因可能是降压不足,吻合口狭窄、扭曲、血栓形成。术后再出血的处理,目前多主张采用非手术治疗,尽可能不做急诊手术^[7]。本组病例治疗全部采用非手术治疗,死亡8例。

3.2.3 术后感染防治 包括膈下脓肿、胸肺部感染。腹腔感染多由于腹腔积血、积液或胃痿、胰痿没得到及时有效的引流所致。本组发生膈下脓肿12例,7例在B超引导下穿刺抽脓治愈。预防性应用抗生素,膈下常规置管引流,可以减少和预防此类并发症发生。肺部感染与患者体质衰弱术后不能有效地咳痰有关。为避免胸肺部感染,手术前应禁烟并鼓励患者进行呼吸锻炼,术后给予雾化吸入,鼓励深呼吸,拍背以促进排痰。

3.2.4 术后胃穿孔及胃潴留的防治 本组胃穿孔3例,均发生于断流术后,2例治愈,1例死亡。断流术后胃底坏死穿孔的主要原因是:离断胃周血管时过于贴近胃壁钳夹切断,特别是胃底部;或者是胃短血管切断时滑脱,止血时盲目钳夹致胃壁受损,使胃底血供障碍而造成胃底缺血坏死穿孔。因此,在离断胃周围血管时,应远离胃壁钳夹和切断血管,并使胃周创面浆膜化,可有效预防术后胃穿孔的发生。本组术后胃潴留并发症发生7例,经胃动力药、小剂量红霉素等治疗,症状均在4周内消失。

总之,笔者认为,减少术后并发症的关键是手术时机和方式的个体化选择,规范手术操作,注重围手术期处理,尽量避免急症手术。

参考文献:

- [1] 陈学金,郭继雄,刘佳新,等.门静脉高压症近期并发症的分析[J].中国普通外科杂志,2005,14(6):413-416.
- [2] 吕新生.门静脉高压症手术后并发症手术后并发症的防治[A].见吕新生.实用临床普通外科学[M].长沙:中南大学出版社,2006.1294-1301.
- [3] 杨镇,裘法祖.脾切除贲门周围血管离断术治疗门静脉高压症的疗效[J].中华外科杂志,2000,38(9):645-648.
- [4] 谭毓铨.门静脉高压症临床治疗进展[J].中国实用外科杂志,1997,17(8):491-493.
- [5] 邹卫龙,相镇,许戈良,等.大网膜包肾术在门静脉高压症治疗中的临床价值[J].中国普通外科杂志,2004,13(8):561-563.
- [6] 黄庭庭.重视对门静脉高压症术后再出血的临床诊治[J].中国实用外科杂志,2001,21(3):129-130.
- [7] 黄庭,王维民,戴植本.国内门静脉高压症外科现状调查[J].中华外科杂志,1998,36(6):324-325.