

文章编号:1005-6947(2004)01-0063-02

· 临床报道 ·

门奇静脉断流加 XF 折叠缝合胃底术治疗门静脉高压症 28 例

刘宏方, 刘沅丰, 黄毅为

(湖南省涟钢医院 普外科, 湖南 娄底 417000)

摘要:笔者回顾性分析采用门奇静脉断流加 XF 折叠缝合胃底术治疗 28 例门静脉高压症患者的治疗效果。28 例中术后发生并发症 8 例(28.6%), 均经非手术疗法治愈; 全组无手术死亡。27 例(96.4%) 经 4~49 个月随访, 结果示胃底食管曲张静脉消失率为 81.5%, 术后再出血率 14.3%, 肝功能明显改善, 远期并发症少。提示门奇断流加 XF 折叠缝合胃底术治疗门静脉高压症食管胃底静脉曲张疗效满意。

关键词:高血压, 门静脉/外科学; 门奇静脉断流术

中图分类号: R657.34 **文献标识码:** B

近年来, 我国门静脉高压症的外科治疗水平取得了令人瞩目的成就, 但它的治疗方法不断发生变化, 手术方式几经轮回, 几经周折。1991 年 3 月~2001 年 12 月, 我院对门静脉高压症并食管胃底静脉曲张患者采用贲门周围血管离断(门奇静脉断流)加直线缝合器(XF)折叠缝合胃底术治疗 28 例, 疗效满意, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 19 例, 女 9 例。年龄 31~65 岁。有明确乙肝病史 26 例, 血吸虫病史 2 例。肝功能 Child 分级: A 级 8 例, B 级 19 例, C 级 1 例。全组均有肝硬化。胃镜检查均有中等或重度胃底食管静脉曲张; 有 2 次出血史 3 例, 1 次出血史 15 例。28 例中经内科积极治疗无效而行急诊手术 5 例, 择期手术 21 例, 预防性手术 2 例。

1.2 手术方法

选择连续硬膜外麻醉或气管插管全麻。左肋缘下斜切口进腹。按常规行脾切除, 完全离断并结扎胃冠状静脉、胃短静脉、胃后静脉、左膈下静脉及其相伴的胃左动脉、胃网膜左动脉及胃后动脉。食管分离平面至贲门上方 6~8 cm, 彻底结扎切断高位食管支及异位高位食管支, 然后距贲门约 6 cm, 用国产 XF90(12 例)或 XF60(16 例)缝合器及用组织钳协助将胃壁黏膜对黏膜全层折叠订合, 环绕胃底订合 1 周, 不留空隙区。XF 夹持的胃壁组织超出 XF 表面约 0.5 cm 以保证胃壁全层订合。术毕于脾床置引流。

2 结果

2.1 术后并发症

术后并发肺炎 3 例, 少~中量腹水 4 例, 膈下脓肿 1 例, 经 1~2 周治疗均消失。

2.2 随访

全组随访 27 例, 随访率 96.4%; 随访时间 4~49 个月。术后无 1 例发生肝性脑病; 22 例(81.5%)胃底食管曲张静脉消失, 5 例(18.5%)较术前明显好转。近期无 1 例出血; 远期再出血 4 例, 再出血率为 14.3%, 其中 2 例术后 12 个月及 16 个月再发黑便, 胃镜检查发现符合门静脉高压性胃病出血; 1 例术后 35 个月再发呕血 1 次; 1 例术后 40 个月再发呕血及黑便, 胃镜检查发现轻度食管下端静脉曲张。19 例术前肝功能 B 级患者有 14 例术后肝功能明显改善, 改善率为 73.7%。半年后 1 例死于肝衰竭, 系术前肝功能 C 级者。

3 讨论

肝硬化门静脉高压症并发胃底食管静脉曲张破裂大出血, 来势凶猛, 病死率高。文献^[1]报道采用单纯贲门周围血管离断术(PCDV)的术后食管胃底静脉曲张消除率仅为 50%。裘法祖等^[2]指出, 肝硬化门静脉高压时除冠状静脉、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区反常血流的 1/8~1/6, 贲门周围血管离断主要离断了食管贲门周围静脉, 而胃壁肌层和黏膜下层的静脉曲张未予处理, 断流术后胃远端的静脉压升高, 反而加重肌层和黏膜下层的静脉曲张, 导致破裂。这可能是断流术后再出血的另一重要原因。传统的 Hassab 手术, 虽然离断了食管下端及左半胃的外周血管, 阻断了食管下端及胃底周围的门静脉系统的

收稿日期:2003-02-07; 修订日期:2003-10-20。

作者简介:刘宏方(1964-), 男, 湖南新邵人, 湖南省涟钢医院(现在广东省增城市中医院)副主任医师, 主要从事普外科方面的研究。

文章编号:1005-6947(2004)01-0064-02

· 临床报道 ·

门静脉插管灌注抗生素治疗细菌性肝脓肿 36 例报告

曹登科¹, 徐元灯², 周东海¹

(1. 三峡大学仁和医院 普外科, 湖北 宜昌 443001; 2. 湖北省当阳市人民医院 肝胆外科, 湖北 当阳 444100)

摘要:总结了门静脉插管灌注抗生素治疗位于第二肝门、肝实质深部或病灶呈“蜂窝”状的肝脓肿 36 例的临床资料, 36 例中单发脓肿 6 例, 均位于右叶; 多发脓肿 30 例, 其中局限于右叶者 24 例, 弥漫左右肝呈粟粒样脓肿者 6 例。位于肝表面的弥漫性脓肿 6 例, 位于肝实质深部者 21 例, 位于第二肝门者 9 例, 脓腔直径为 7~12 cm。灌注液中均联合应用抗生素, 一般为氨苄青霉素、庆大霉素及灭滴灵三联用药, 或头孢类和灭滴灵二联用药。36 例均痊愈出院, 脓肿消失时间最短的 7 d, 最长的 36 d, 平均 14 d。该方法简单、有效、安全; 有效抗生素直接进入门静脉而达肝内, 病变部位的抗生素浓度增高, 有利于控制肝胆系统的炎症, 促进脓肿的吸收是一种可取的手术方法。

关键词:肝脓肿/治疗; 插管法; 门静脉

中图分类号: R575.4; R472.9

文献标识码: B

细菌性肝脓肿是临床较常见的疾病, 目前治疗方法较多, 但对于位于第二肝门的脓肿、肝实质深部脓肿或病灶呈“蜂窝”状的脓肿治疗仍十分困难。我们自 1989 年 1 月~1999 年 12 月共收治了各种类型的细菌性肝脓肿 207 例, 对其中 36 例类型及部位特殊的脓肿进行门静脉领域插管灌注抗生素治疗, 取得了良好的效果, 现报告如下。

收稿日期:2002-09-07; **修订日期:**2003-08-16。

作者简介:曹登科(1964-), 男, 湖北当阳人, 三峡大学仁和医院副主任医师, 主要从事肝胆胰脾外科方面的研究。

血液回流, 减少了食管下端和胃的充血, 同时纠正了奇静脉的淤滞, 有利于食管静脉血的正常回流^[3]。但它并未解决胃脾区的胃壁肌层和黏膜下层的反常血流, 因而造成术后较高的复发率。目前在联合断流术中, 采用较多的是胃底横断术, 胃底浆膜层血管环切缝合术及食管下端切断再吻合术等, 但均存在一定的手术并发症和手术难度。有鉴于此, 笔者认为采用 XF 缝合器距贲门下 6 cm 全层折叠订合胃底胃壁组织以阻断胃壁肌层和黏膜下层静脉反常血流, 从而起到联合断流术的作用。理由有二: 其一, 它可以在胃底形成一道厚厚的瘢痕屏障, 这道环形瘢痕屏障可以阻断远端胃体与胃底贲门及食管下段血管的直接沟通, 从而促使胃底静脉压下降; 二, 折叠的胃底组织瘢痕萎缩相当于胃底横断术的作用。本组临床观察显示术后胃底食管静脉曲张消除率为 81.5%, 再出血率 14.3%, 而单纯 PVDC 术再出血率为 10~30%^[4]。术后患者肝功能明显改善。本术式

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 36 例, 男 22 例, 女 14 例。年龄 7~60 (平均 35.5) 岁。发病至入院时间 6~36 d。本组病因中有胆道蛔虫 3 例 (8.3%), 重症急性胆管炎 (ACST) 8 例 (22.2%), 肝外伤 2 例 (5.6%), 糖尿病并感染 2 例 (5.6%), 化脓性阑尾炎 1 例 (2.8%), 肝门部胆管癌 1 例 (2.8%), 全身软组织化脓性感染 4 例 (11.1%), 无明显诱因 14 例 (38.9%)。本组有 20 例首发症状为寒战、高热, 一般在 39℃ 以上, 并伴有

操作简单, 且无腹腔污染、吻合口瘘及狭窄之弊, 并发症少, 生存质量高。但本组病例不多, 随访时间短, 远期疗效还有待进一步观察。

参考文献:

- [1] Ohashi K, Kojima K, Fukazawa M, *et al.* Long-term prognosis of nonshunt operation for idiopathic portal hypertension [J]. *J Gastroenterol*, 1998, 33 (12): 241-246.
- [2] 裘法祖, 戴植本, 刘飞龙, 等. 贲门周围血管离断术的评价 [J]. *中华外科杂志*, 1983, 21 (5): 275-277.
- [3] 吕新生, 韩明. 肝脏门静脉高压症外科 [M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1995. 419-433.
- [4] 蔡景修, 董家鸿, 别平, 等. 手术治疗门静脉高压症 392 例分析 [J]. *中国实用外科杂志*, 1999, 19 (11): 603-605.