

文章编号:1005-6947(2005)06-0471-02

· 临床报道 ·

肝硬化门静脉高压症患者合并急腹症的处理

胡虞乾

(广西壮族自治区南溪山医院 普外一科, 广西 桂林 541002)

摘要:总结6年间收治的肝硬化门静脉高压症患者合并急腹症48例的临床资料。肝功能按Child-Pugh分级,A级28例,B级15例,C级5例。合并急性胆囊炎14例,胆总管结石并感染10例,急性梗阻性胆管炎2例,急性胰腺炎4例,急性阑尾炎8例,急性肠梗阻2例,急性胃溃疡穿孔3例,急性十二指肠球部溃疡穿孔2例,脾破裂3例。急诊手术17例,择期手术12例,非手术治疗19例。按个体化方案处理后无1例发生严重并发症。48例患者均治愈。随访3个月至5年,无1例死亡。提示对于此类病例宜强调制定合理的个体化方案。

关键词:高血压,门静脉/并发症;急腹症/并发症;急腹症/外科学

中图分类号:R637.34;R459.7 **文献标识码:**B

肝硬化门静脉高压症患者合并外科急腹症的处理较为复杂,也无统一标准,可因延误手术时机或滥用手术而造成治疗失败。笔者对1997年9月~2003年4月住院的肝硬化门静脉高压症合并外科急腹症患者48例实施个体化治疗措施,

效果满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组病例肝硬化门静脉高压症的诊断依据病史,临床表现,辅助检查包括腹部B超和CT、血常规和生化指标等。有上消化道出血史20例,24例有脾肿大,其中合并脾亢10例,5例有中-重度腹水,16例有不同程度的黄疸,15例有食管胃底静脉中-重度曲张。病程1~10年。男28例,女

收稿日期:2004-07-16; **修订日期:**2005-01-20。

作者简介:胡虞乾(1968-),男,湖北监利人,广西壮族自治区南溪山医院副主任医师,硕士,主要从事肝胆胰疾病发病机制与临床治疗方面的研究。

通讯作者:胡虞乾 电话:13977372758; E-mail:GuiLinHuYuQian@126.com。

Child C级患者需加强术前准备,改善全身情况;(2)有出血史,尤其有反复出血者;(3)无出血史,食管静脉曲张呈重度,尤其胃镜下见静脉曲张呈“红色征”。由于门静脉高压症手术治疗效果在很大程度上取决于肝功能代偿的程度;即肝功能良好者,手术疗效较好,肝功能较差者,手术近期和远期疗效较差。因此,除急症手术外,对择期手术病例尽可能做到肝功能处于Child A级或B级,此是施行断流术的最佳时机;经随访,其近期和远期效果均佳。急症手术的危险性大,病死率高。但对于大出血经内科疗法无效,尤其是用三腔二囊管压迫下仍有出血者,过分等待非手术处理的成功,其危险性可能比接受急症或亚急症手术更大。因此,对这类患者笔者体会行急症手术可能更有利于抢救。本组有40例为急症手术,因此,要加强围手术期处理,术前应迅速建立1~2条静脉通道,快速补液、输血,使收缩压维持在90mmHg(1mmHg=0.133kPa)左右,血红蛋白在60g/L以上。麻醉采用静脉复合麻,术中严密监测血压、脉搏、呼吸、氧饱和度、心电图、尿量和中心静脉

压等的变化,并保持各生命体征稳定。手术操作应快速、细致,避免造成术中大出血而引起循环系统的剧烈波动。必须彻底切断结扎门奇静脉间的全部反常的侧支静脉,以使胃近端与食管下段(5~8cm)去血管化,其高位食管支要稳妥切断结扎。术后应继续严密监测上述各指标并积极预防和治疗肝性脑病。本组无1例手术死亡,术后近、远期效果均满意。

参考文献:

- [1] 刘秉义,孟宪民.贲门周围血管离断与胃底血流阻断术治疗门静脉高压症的远期疗效[J].普外临床,1994,9(3):182-184.
- [2] 殷晓煜,吕明德,黄洁夫,等.脾切除门奇血管离断对门静脉动力学的影响[J].中国普通外科杂志,2000,15(12):728-730.
- [3] 吕新生.门奇静脉断流术在我国的现状[J].中国普通外科杂志,2002,11(1):1-3.

20例;年龄27~72岁,中位年龄44岁。肝功能按Child-Pugh分级,A级28例,B级15例,C级5例。合并急性胆囊炎14例,胆总管结石并感染10例,急性梗阻性胆管炎2例,急性胰腺炎4例,急性阑尾炎8例,急性肠梗阻2例,急性胃溃疡穿孔3例,急性十二指肠球部溃疡穿孔2例,脾破裂3例。急性病程4~72h。

1.2 处理方式

1.2.1 治疗方法及选择 急诊手术17例(包括联合断流术加处理急腹症手术11例,单一处理急腹症的手术6例),择期手术12例(联合断流术8例和联合脾切除4例),非手术治疗19例(附表)。

附表 不同方式处理肝硬化门静脉高压症合并急腹症患者临床资料(n)

合并病	n	急诊手术	择期手术	非手术治疗
急性胆囊炎	14	6	1	7
胆总管结石并感染	10	2	4	4
急性梗阻性胆管炎	2	1	1	0
急性胰腺炎	4	0	0	4
急性阑尾炎	8	4	4	0
急性肠梗阻	2	0	0	2
急性胃溃疡穿孔	3	2	1	0
十二指肠球部溃疡穿孔	2	0	0	2
脾破裂	3	2	1	0
合计	48	17	12	19

下述6项中 ≥ 4 项者为急症手术治疗的指征:(1)入院时,体温(T) $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$;(2)白细胞计数(WBC) $\geq 16 \times 10^9/L$;(3)中性粒细胞(N) ≥ 0.8 ;(4)病程 $\leq 72\text{h}$;(5)休克存在(包括感染性休克和低血容量性休克);(6)积极治疗24~48h病情加重或缓解不明显。择期手术在3个月之后进行,非手术治疗重视内镜的使用,尤其单纯胆总管结石可在ERCP下取石,本组4例均成功;Child-Pugh分级C级患者有食管胃底静脉曲张-重度曲张时可内镜下完成套扎或硬化剂注射治疗,本组5例均成功。

1.2.2 围手术期处理 围手术期严密监控,正确评估各个脏器的功能。对于术中创面易出血,采用术野喷洒纤维蛋白胶加大网膜覆盖。术中术后重视应用生长抑素降低门静脉压力,术后加强保肝营养支持治疗等措施。

2 结果

2.1 近期疗效

48例患者均治愈(治愈率100%)。29例手术治疗者中无1例严重手术并发症发生,仅3例切口因脂肪液化部分噻开行Ⅱ期缝合后乙级愈合。5例肝功能Child-Pugh分级C级患者均病情稳定度过围手术期。

2.2 随访

48例(100%)获随访,随访时间3个月至5年,无1例死亡(病死率为0),无1例严重并发症发生。

3 讨论

急腹症的处理基本上以抢救生命为第一原则,正确把握手术时机及选择恰当的手术方式为第二原则^[1]。对肝硬化门静脉高压症合并急腹症患者的处理笔者认为还应遵循以下原则:(1)个体化;(2)循证医学原则;(3)围手术期严密监控,正确评估各个脏器的功能。一般认为,急性胆囊炎超过72h,宜行非手术治疗,待炎症消退6~12周以后再手术^[2]。但肝硬化门静脉高压症合并急性胆囊炎时则不一定要把病程放首位,应根据患者肝硬化程度、肝门部血管扩张程度、胆囊的炎性程度等进行选择^[3]。笔者认为个体化处理原则很重要,要注重综合评判决定手术时机,本文所述的处理标准6项中同时具备 ≥ 4 项则应积极手术,再依肝功能分级实施不同手术方式。无论手术与否,笔者的经验是此类患者入院时即完成血细菌培养与药敏试验,但在筛选敏感性抗生素之前,最好使用三联抗菌药。术中应取腹腔分泌物做细菌培养与药敏试验。原则上应使用最敏感性抗生素,这对控制感染尤为关键。另外,由于肝硬化门静脉高压症合并急腹症治疗周期较长,随病程进展患者全身状况存在不稳定性,易导致其他合并症出现^[4],故针对多脏器功能的评估在随访中不容忽视。另外,对提高疗效有如下体会(1)合理的选择治疗方式和手术时机是成功的关键,应尽量避免急诊手术,择期手术在3个月之后进行,非手术治疗重视内镜的使用;(2)对于术中创面易出血,采用术野喷洒纤维蛋白胶加大网膜覆盖;(3)术中术后重视应用生长抑素降低门静脉压力是减少出血的有效手段;(4)术前术后加强保肝营养支持治疗等措施有利于肝功能恢复。

参考文献:

- [1] 高德明,吴金生. 现代急腹症学[M]. 北京:人民军医出版社,2002.42-46.
- [2] 黄志强. 胆道外科[M]. 济南:山东科学技术出版社,1998.332-334.
- [3] 程庆君,姜从桥. 门静脉高压症合并胆囊结石[J]. 中国普通外科杂志,2001,10(4):378-379.
- [4] 商中华,刘浔阳. 门静脉高压症胃粘膜血管内皮生长因子的变化[J]. 中国普通外科杂志,2002,11(8):485-487.