

文章编号:1005-6947(2006)07-0557-02

· 临床报道 ·

# 肝硬化并消化性溃疡穿孔的诊治:附26例报告

许东奎, 孙宝友, 孙作成, 薛洪千, 王孟春

(山东省潍坊市人民医院 普通外科, 山东 潍坊 261041)

**摘要:**为探讨肝硬化合并消化性溃疡穿孔的诊治方法与预后因素。笔者回顾性总结17年间收治的26例肝硬化并消化性溃疡穿孔患者的诊治经过及预后情况。26例均行手术治疗,其中胃溃疡17例,十二指肠球部溃疡9例。结果显示,术后切口感染裂开6例。术后死亡8例,均为Child C级患者。18例痊愈出院。5例腹腔镜穿孔修补患者,术后恢复良好,无并发症发生。在穿孔发生后12h内进行手术的10例中,无1例术后死亡;超过12h的16例中,有8例术后死亡。肝硬化并消化性溃疡穿孔的预后与肝功能状况及手术治疗是否及时有密切关系,治疗应根据患者肝功能情况尽量选择创伤小的手术方式。

**关键词:**肝硬化/并发症;消化性溃疡穿孔/病因学

**中图分类号:**R571.3;R656.62 **文献标识码:**B

肝硬化门静脉高压症合并的消化性溃疡又称肝源性溃疡,其发生率约占肝硬化患者的18%。肝性溃疡穿孔在临床上较为少见,且易与腹水感染引起的原发性腹膜炎混淆。大部分患者预后差,尤其发病前肝功能损害严重者手术病死率较高。本文总结了1988年1月~2005年3月我院收治的26例肝性溃疡穿孔患者的诊治及预后情况。

**收稿日期:**2005-08-31; **修订日期:**2005-12-13。

**作者简介:**许东奎,男,河北新河人,山东省潍坊市人民医院主治医师,主要从事胃肠外科方面的研究。

**通讯作者:**许东奎 电话:010-86290526; E-mail: xudongkui7173@126.com。

的另一个重要原因,其对胆道的影响可为缺血狭窄、胆道坏死、胆漏、菌血症或脓肿形成等<sup>[2]</sup>,而且动脉缺血所致的胆道和肝脏损害不易逆转<sup>[5]</sup>。此外,供肝切取时早期胆道未得到充分冲洗、长时间的冷缺血、胆道的二次热缺血时间过长等都是造成术后胆道损伤的重要原因。不可逆的冷缺血保存性损伤和缺血再灌注损伤可引起胆管上皮细胞和胆管血管丛的微循环障碍,导致胆管坏死和狭窄<sup>[6]</sup>。本组第3例诊断为弥漫性胆道狭窄,术后4个月再次肝移植证实肝内外胆管弥漫性铸型结石形成,探查肝动脉无明显异常,推测可能是供体缺血时间过长,切取或修剪供肝过程中有可能损伤肝动脉分支,影响了胆道血供;也可能手术时对供、受体胆管周围结缔组织进行较多或过度的剥离,导致胆管的血供受损。这些因素都容易引起术后胆管壁的缺血坏死,发生胆道狭窄。

因此,不断改进手术技巧,缩短供肝缺血时间,重视供肝获取时胆道充分冲洗,供肝切取和修整时注意保护肝动脉的完整及供肝胆道的供应血管,避免胆道骨骼化,尽量使用显微外科技术进行胆道和血管吻合是预防肝移植术后胆道并发症的关键。值得注意的是肝内胆管弥漫性狭

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组男15例,女11例;年龄35~70(平均55)岁。胃溃疡穿孔17例,十二指肠球部溃疡穿孔9例。穿孔直径0.5~16.0(平均0.9)mm。22例既往有肝硬化病史,所有患者有不同程度的腹痛、呕吐及发热;5例因腹胀明显而误诊为肝硬化腹水感染并麻痹性肠梗阻。肝功能分级:Child A级4例(术中发现轻度肝硬化),Child B级3例,Child C级19例。19例患者出现大量腹水,其中Child B级1例,Child C级18例,且并存在不同程度的休克。

窄预后极差,应及早进行再次肝移植。

### 参考文献:

- [1] 陈规划,陆敏强,何晓顺,等. 原位肝移植术后胆道并发症的预防与诊治[J]. 中华外科杂志, 2003, 41(1): 3-5.
- [2] 王自法,朱岳, John J. FUNG. 肝移植术后的外科并发症[J]. 中国普通外科杂志, 2001, 10(2): 142-145.
- [3] 许卓明,甄作均,苏树英,等. 原位肝移植术后胆道并发症的防治[J]. 中国普通外科杂志, 2002, 11(9): 568-569.
- [4] Hintze RE, Adler A, Veltke W, et al. Endoscopic management of biliary complications after orthotopic liver transplantation[J]. Hepatogastroenterology, 1997, 44(13): 258.
- [5] 杨扬,陈规划,陆敏强,等. 原位肝移植术后动脉并发症的诊断与治疗[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(3): 183-186.
- [6] 郑树森,吴健. 肝移植术后胆道并发症的防治和围手术期处理[J]. 中华肝脏病杂志, 2005, 13(3): 161-163.

## 1.2 诊断

自穿孔至入院时间为12~48h。入院时均有不同程度的腹膜炎体征。腹部X线检查,10例发现双膈下游离气体,5例发现肠管膨胀明显而误诊为麻痹性肠梗阻。其余11例患者因病情重未行此项检查。术中均发现腹腔内有浑浊腹水,肝脏有不同程度的硬化,其中术中诊断肝硬化4例,食管-胃底静脉曲张和脾肿大,门静脉高压2例。

## 2 治疗及结果

### 2.1 治疗方法

本组病例均行手术治疗。肝功能Child A组4例行毕Ⅱ式胃大部切除术;Child B、C级22例行穿孔修补术;Child C级中5例行腹腔镜穿孔修补术。术后行抗休克、抗感染、护肝、利尿、降门静脉高压及抗幽门螺杆菌(Hp)治疗。

### 2.2 结果

本组26例中18例7~20d康复出院。术后切口感染裂开6例。5例腹腔镜穿孔修补患者,术后恢复良好,无并发症发生。术后死亡8例,均为Child C级患者,其中死于肝、肾衰竭4例,死于感染性休克2例,死于应激性溃疡大出血2例。手术在穿孔发生后12h之内进行的有10例病人,无术后死亡发生;超过12h的16例病人中,有8例术后死亡。

## 3 讨论

肝源性溃疡以胃溃疡居多,且为多发性,溃疡的形态与单纯性溃疡无明显差别<sup>[1]</sup>。其发病可能与下列因素有关:肝硬化门静脉高压时内脏淤血,胃黏膜层血流减少,削弱了黏膜的防御作用,增加了对攻击因子的敏感性;肝硬化时肝功能减退,对激素灭活能力下降,血中胃泌素、组织胺等升高,刺激胃壁细胞分泌胃酸增加;肝硬化时易形成肠源性内毒素血症,损伤胃肠黏膜,导致黏膜糜烂和溃疡;肝硬化时自主神经功能紊乱、血浆蛋白过低、维生素A缺乏及精神障碍等均可导致胃十二指肠黏膜抵抗力降低,易受损伤<sup>[2-3]</sup>。

肝源性溃疡发生穿孔后,由于存在腹水对消化液的稀释,患者的腹痛、腹肌紧张等腹膜炎症状反而不典型,往往与肝硬化腹水感染引起的原发性腹膜炎混淆。穿孔后由于肠管积气明显扩张而干扰膈下游离气体的发现,因而易误诊为麻痹性肠梗阻。本组中有5例被误诊为麻痹性肠梗阻而延误治疗。

由于腹水、贫血、肾功能不良及低蛋白血症的存在,溃疡周围组织水肿严重,自行愈合的可能性极小。尤其是肝功能损害严重的患者,由于消化液的刺激,腹水常明显增加,导致有效循环容量下降,出现严重休克和肝、肾衰竭<sup>[4]</sup>,此时患者手术耐受性极差,是手术的重要危险因素。手术最好在穿孔发生后6h内进行,不超过12h,这样可减少对肝功能的损伤和并发症的发生。本组手术在12h之内进行的有10例,无术后死亡发生;超过12h的16例中,有8例术后死亡。由此可

见,肝源性溃疡穿孔后能否及时进行手术治疗对预后巨大的影响。

手术治疗的目的是不是消灭溃疡本身,而主要是其并发症。手术时间的长短、手术方式的选择也是影响预后的重要因素。术式的选择应根据患者身体状况,尤其是肝功能损害的严重程度,尽可能选择创伤小的手术,及时控制并消除腹腔感染源。腹腔镜技术创伤小,患者术后恢复快,因此近年越来越受到人们的重视<sup>[5]</sup>。本组5例行腹腔镜穿孔修补术,预后良好,无并发症发生。Child A级患者术后恢复良好;B级3例中1例发生切口感染;C级14例开腹行穿孔修补的病人中死亡8例,其中4例死于肝、肾衰竭,2例死于感染性休克,2例死于应激性溃疡大出血。可见肝源性溃疡穿孔的预后与患者肝功能状况有密切关系;肝功能越差,预后越差。腹腔镜穿孔修补术的创伤较传统开腹手术大为减少。因此前者的手术病死率和并发症发生率都有明显降低。故认为腹腔镜穿孔修补术较开腹手术更为优越。

腹腔镜胃十二指肠穿孔修补术和开腹修补的适应证相同,特别适合于:病情较重,不能耐受胃大部切除手术者;穿孔时间超过12h,且腹腔内感染严重;穿孔及周围瘢痕较小者,笔者认为Child C级患者因肝功能差,更适合于腹腔镜穿孔修补术。

肝源性溃疡穿孔行穿孔修补术后由于溃疡仍存在,故应继续采用药物治疗。近年来,应用单硝酸异山梨醇酯联合洛塞克治疗肝性溃疡取得了较高的溃疡愈合率<sup>[6]</sup>。此外术后还应尽快对患者的肝功能作出评估,及时改善肝功能,对减少并发症,降低病死率有重要意义。

### 参考文献:

- [1] 刘建生,费正权,傅极,等.肝源性溃疡临床特点与治疗探讨[J].中华消化内镜杂志,1988,17(1):28.
- [2] 陈道达,王国斌,卢晓明,等.重视消化性溃疡病因和治疗变化[J].中国普通外科杂志,2003,12(7):481-482.
- [3] 尚中华,刘浔阳,黄飞舟,等.门静脉高压症胃黏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.
- [4] Lehnert T, Herfarth C. Peptic ulcer surgery in patients with liver cirrhosis [J]. Ann Surg, 1993, 217(4): 338-346.
- [5] Gentileschi P, Rossi P, Manzelli A, et al. Laparoscopic suture repair of a perforated gastric ulcer in a severely cirrhotic patient with portal hypertension: first case report [J]. JSLS, 2003, 7(4):377-382.
- [6] 谢亨银,罗美苑.单硝酸异山梨醇酯联合洛塞克治疗肝性溃疡临床研究[J].赣南医学院学报,2004,24(1):57-58.