

文章编号:1005-6947(2004)01-0040-04

· 临床研究 ·

食管曲张静脉破裂大出血患者出血停止后的近期手术治疗:附52例报告

何显力, 马庆久, 高德明, 鲁建国, 褚延魁, 杜锡林, 乔庆

(第四军医大学唐都医院 普外科, 陕西 西安 710038)

摘要:目的 探讨门静脉高压症食管曲张静脉破裂大出血患者出血停止后近期内行手术治疗的可行性及临床效果。方法 回顾分析52例门静脉高压症食管曲张静脉破裂大出血患者经非手术治疗止血后,1~2周内行手术治疗(断流术或分断联合术)的临床资料。结果 分断联合术组及断流术组术后门静脉压力分别平均降低(9.3 ± 2.25) cmH_2O 和(3.65 ± 1.52) cmH_2O 。手术死亡率为5.8% (3/52),术后并发症发生率44.2% (23/52)。断流术组术后近期再出血2例,远期再出血5例(20.0%);分断联合术组术后近期未再出血,远期再出血1例(5.6%)。术后远期3例(7.0%)发生肝性脑病,其中联合术组2例,断流术组1例。结论 对门静脉高压症食管曲张静脉破裂大出血患者出血停止后1~2周内行手术治疗是安全、可行的;肝功能较好、门静脉压力过高的青壮年患者以分断联合术为宜,而术前肝功能较差(Child C级)者则应首选断流术。

关键词:食管和胃静脉曲张/外科学;出血,胃肠/外科学

中图分类号:R571.3; R722.152

文献标识码:A

Operation performed on the short-term after stop of gastroesophageal variceal bleeding in patients with portal hypertension

HE Xian-li, MA Qing-jiu, GAO De-ming, LU Jian-guo, CHU Yan-kui, DU Xi-lin, QIAO Qing

(Department of General Surgery, Tangdu Hospital, The Fourth Military Medical University of PLA, Xi'an 710038, China)

Abstract: Objective To investigate the feasibility and effect of the operation performed on the short-term after stop of esophageal variceal bleeding (EVB) in patients with portal hypertension. **Methods** The clinical data of fifty two cases of EVB underwent pericardiac devascularization (PCDV) operation or combination of PCDV and shunt operation (combined operation) 1-2 weeks after the EVB stopped were analysed. **Results** After operation, the portal pressure in combined operation group and PCDV group was (9.3 ± 2.25) cmH_2O and (3.65 ± 1.52) cmH_2O respectively. The operative mortality was 5.8% (3/52) and the morbidity was 44.2% (23/52) in this series. No rebleeding occurred in combined operation group, but recurrent bleeding developed in 2 cases in PCDV group during the early postoperative period. The incidence of rebleeding was 5.6% in combined operation group and 20.0% in PCDV group in long follow-up period. Postoperative encephalopathy occurred in 2 cases in combined operation group and 1 case in PCDV group. **Conclusions** For the patients with portal hypertension complicated with EVB, surgical therapy 1-2 weeks after stop of EVB might be a safe and feasible method. Combined operation should be performed on the younger patients with higher portal pressure ($> 35 \text{cmH}_2\text{O}$) and the liver function belongs to Child A or B grade; however, if the patient with hepatic function of Child C grade, the first choice of surgical procedure is PCDV.

Key words: ESOPHAGAL AND GASTRIC VARICES/surg; HEMORRHAGE, GASTROINTESTINAL/surg

CLC number: R571.3; R722.152

Document code: A

收稿日期:2003-02-06; 修订日期:2003-10-20。

作者简介:何显力(1967-),男,吉林榆树人,第四军医大学唐都医院主治医师,主要从事门静脉高压症和腔镜外科方面的研究。

食管胃底曲张静脉破裂出血是门静脉高压症的致命并发症。因其出血量大,病死率高,部分病例经非手术治疗虽出血停止但往往出现近期再出血^[1],严重威胁患者生命。而急诊手术存在病死率、并发症发生率高^[2]。因此,如何选择合适的手术时机,采取恰当的手术方式,在保证患者安全的前提下行手术治疗以防止其再出血一直是外科医生致力探讨的问题。1990~2001年我院对52例患者经非手术治疗出血停止后1~2周施行手术治疗,取得了较好的临床效果,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男39例,女13例。年龄19~56(平均38.7)岁。全组病例均有中-重度食管静脉曲张(经胃镜或钡餐造影证实)。首次出血者14例(26.9%);余38(73.1%)例既往曾有类似大出血病史,出血次数3~8次,其中曾行胃镜下套扎或注射硬化剂治疗者5例,行经颈内静脉肝内门体分流术(TIPSS)治疗2例。病因:门静脉海绵样变性1例,胆汁性肝硬化1例,酒精性肝硬化1例,肝炎后肝硬化49例。

本组患者出血量与肝功能改变情况见表1。

表1 出血与肝功能改变情况(Child分级)

出血情况	例数	肝功能无变化 例数(%)	肝功能恶化 例数(%)	无对照 例数(%)
呕血量				
<400ml	11	8(72.7)	2(18.2)	1(9.1)
400~800ml	28	12(42.9)	10(35.7) ¹⁾	6(21.4)
>800ml	13	2(15.4)	8(61.5) ¹⁾	3(23.1)
呕血地点				
住院后	15	12(80.0)	2(13.3)	1(6.7)
未住院	37	10(27.0)	18(48.6) ²⁾	9(24.4)
抢救距呕血时间				
<30min	19	12(63.2)	5(26.3) ³⁾	2(10.5)
30min~2h	22	8(36.4)	8(36.4) ³⁾	6(28.2)
>2h	11	2(18.2)	7(63.6)	2(18.2)
低血压状态或休克				
有	17	2(11.8)	11(64.7)	4(23.5)
无	35	20(57.1)	9(25.7) ⁴⁾	6(17.2)

注:1)与呕血量<400ml比较 $P=0.0137$;2)与住院后呕血比较, $P=0.0022$;3)与抢救距呕血时间>2h比较, $P=0.032$;4)与有低血压状态或休克比较, $P=0.0057$

本组资料显示:随着出血量的增加,肝功能恶化的比例越来越高;住院后出血对肝功能的影响明显小于未住院时出血;抢救时间距出血时间越短,肝脏功能所受打击越小;出血过程中伴随低血压状态或休克者肝功能恶化率明显升高(11/17:9/35)。全组无严重心、肺、肾合并病。

1.2 手术前准备

所有患者在出血时均以输血,液体复苏,利用垂体后叶素、止血剂、制酸药(法莫替丁或洛赛克)和/或生长抑素等治疗的同时均给予保肝(能量合剂、支链氨基酸等),利尿,纠正低蛋白血症,抗肝性脑病等治疗;其中24例行二囊三腔管压迫,2例于内镜下行套扎或硬化剂注射治疗。出血停止后行静脉肾盂造影,以了解双肾功能,并行门静脉系统彩色多普勒超声(CDFI)检查,以了解门静脉系统血流动力学的改变。

1.3 手术时机及手术方式的选择

经上述治疗后,患者出血停止,粪潜血阴性,血红蛋白>80g/L,肝功能有所改善(腹水减少或消失,转氨酶和胆红素基本正常或轻度增高,清蛋白>30g/L)或较稳定即可手术。出血停止1周后行分断联合术10例,断流术17例,出血停止后2周内行分断联合术12例,断流术13例。凡肝功能A~B级,门静脉压力>35cmH₂O(1cmH₂O=0.098kPa),脾静脉条件满足手术要求,年龄<50岁者均行联合术,其余病例行断流术。联合术组2例肝功能为C级者,其中1例为21岁,考虑应减少其远期再出血而选择联合术,另1例患者术中门静脉压力达到52cmH₂O(1cmH₂O=0.098kPa),切脾后门静脉压力仍高达44cmH₂O,故采用联合术。术式(贲门周围血管离断术或脾肾分流加断流联合术)及手术后处理均按常规方法进行^[3,4]。

1.4 术中门静脉压力测量

与手术前相比,两组术后门静脉压力均有下降,但分断联合术组门静脉压力下降较断流术组更明显(表2)。

表2 两种术式对门静脉压力 (cmH₂O) 的影响
($\bar{x} \pm s$)

术式	例数	手术前	手术后	平均下降值
断流术	30	36.4 ± 7.68	34.2 ± 4.83	3.65 ± 1.52
联合术	22	41.7 ± 8.32	32.1 ± 3.41	9.3 ± 2.25 [†]

注:†与断流术比较, $P = 0.0000$ (成组 t 检验)

2 结果

2.1 术后并发症及病死率

本组52例中,术后1个月内死亡3例,病死率为5.8%。其中,联合术组死亡2例(9.1%),分别死于肝性脑病、左膈下脓肿并多器官衰竭(MOF);断流术组死亡1例(3.3%),死于严重肺部感染。全组术后发生并发症23例(44.2%),其中左膈下积液9例,膈下感染4例,肺部感染6例,切口感染或延期愈合4例。

分断联合术组术后2例发生肝性脑病,经调整饮食、口服乳果糖等治疗而愈;断流术组术后无肝性脑病发生。分断联合术组术后近期无1例再出血,断流术组2例出现黑便,分别约为500ml和800ml,均经药物治疗痊愈。两组术后近期均无肝功能恶化。分断联合术组术后2例再出现腹水,断流术组10例再出现腹水,均经限制液体入量、输注胶体、利尿而消失。

2.2 远期疗效

2.2.1 随访 全组存活49例中43例获随访,随访率87.8%,其中分断联合术组18例获随访,断流术组25例获随访。随访时间为0.5~12年。

2.2.2 再出血率 联合术组于术后14个月发生1例(5.7%),为门脉高压性胃黏膜病变所致;断流术组共发生5例(20.0%),分别发生于术后6个月~5年。两组再出血率相比差异显著($P < 0.05$)。

2.2.3 肝性脑病发生率 术后共3例发生肝性脑病(7.0%),其中联合术组2例,均与饮食不当有关;断流术组1例,为肝硬化失代偿期所致。两组肝性脑病发生率无显著差异($P > 0.05$)。

3 讨论

如何把握门静脉高压症并食管胃底曲张静脉

破裂出血的手术时机一直是比较棘手的问题。食管胃底曲张静脉一旦破裂即会反复出血,甚至在较短时间内发生再出血^[1]。而每次出血对患者全身状况及肝脏功能都是一次严重的打击,手术耐受性会越来越差,部分病例往往在一次次的等待中因反复出血而失去手术机会。而急诊手术有较高的手术风险及手术死亡率。文献报道急诊分流术的手术死亡率为29.8%~57.0%^[5],急诊断流术则可高达36%^[6]。国外也主张尽量避免急诊手术^[7]。因此,必须寻找一个最佳手术时机,既能避免急诊手术所带来的巨大风险,又不至于因追求择期手术以致患者再出血而丧失手术机会。近期手术即首先采取非手术治疗暂时控制出血,然后经短时间的积极准备后进行一次合理的手术以获得最佳疗效^[8]。

随着重症监护水平的提高、营养支持及生长激素的临床应用,条件较差以往认为不能耐受手术的患者也都能顺利渡过围手术期。同时,医生手术经验的积累和手术技巧的提高使得手术时间明显缩短,手术创伤减轻,有利于降低手术死亡率及并发症发生率。因此,对肝功能尚好,已有1次以上出血史者,应积极采取手术治疗,在首先采取非手术疗法暂时止血,在围手术期采取积极措施进行术前准备的情况下,争取10~14d手术。本组52例出血停止后1~2周接受手术者,手术死亡率5.76%(3/52),明显低于急诊手术的22.8%(4/18)^[2],仅略高于本院同期施行的择期手术;而手术并发症的发生率与择期手术大致相同^[9]。根据笔者的实践,下述情况下出血停止后1~2周施行手术是安全可行的:(1)病程中近期有反复严重的上消化道大出血史,此次再出血;(2)既往在积极的非手术治疗过程中曾经发生再出血;(3)首次出血,且出血迅猛、量大,但在住院期间出血抢救及时,未出现休克或低血压状态时间较短,肝功能为A级者;(4)出血停止后一般情况尚好,经护肝治疗肝功能属A或B级,食管静脉呈重度曲张,无其它合并病;(5)年龄在50岁以下。

门静脉高压症并食管胃底曲张静脉破裂大出血的手术方式有分流术、断流术以及分断联合术。单纯分流术和单纯断流术各有其优势,也均存在缺

点^[9]。分断联合术则保留了两者的优点。由于分断联合术在离断了门奇静脉间逆向血流侧支的同时,能有效地降低门静脉压力,缓解门静脉系统的高动力循环状态,故从根本上去除了食管静脉曲张发生的始动因素,同时改善了门静脉高压时胃壁的瘀血状态,从而避免或减少了由于胃黏膜病变而导致的再出血,因此远期止血效果较为理想^[3,4]。分断联合术后门静脉仍保持向肝血流,且压力仍保持在较高水平,血流量的变化与单纯断流术无显著差异,这就为术后肝脏门静脉血流良好的灌注提供了保证,因而该术式肝性脑病发生率低于国内单纯分流组^[10,11]。但也存在手术时间较长的不足。本组22例施行分断联合术,30例施行断流术。术中门静脉压力监测显示联合术组压力降低较断流术组更为明显($P < 0.05$)。手术死亡率联合术组略高于断流组,远期再出血率前者则明显低于后者($P < 0.05$),但与本院同期施行的择期手术同类术式相比差异无显著性^[10]。分断联合术组术后腹水再发生率也低于断流组。故认为,出血停止后短期内手术的术式选择应与择期手术基本相同,主要应考虑患者的全身状况,肝功能,门静脉系统血流动力学状况(门静脉压力、脾静脉直径、侧枝循环的建立等)以及术者的手术技巧。

本组有6例肝功能C级患者均有在较短时间内反复发生上消化道大出血史,故对出血非常恐惧,急切要求手术,笔者考虑到继续非手术治疗后行择期手术,极有可能在等待期间再出血而导致患者死亡,故亦予以行近期手术。术后2例死亡,手术死亡率33.3%,其中2例施行分断联合术,1例死亡,4例施行断流术,1例死亡(两种术式手术死亡率比较因病例数较少而无统计学意义)。故认为,肝功能不良且反复发生大出血者,经非手术治

疗暂时止血后,当可考虑短期内手术治疗,但手术方式则应选择相对简单而又止血效果较好、死亡率低的断流术。

参考文献:

- [1] 张宏健,江玉菊. 门脉高压症合并上消化道大出血的术式选择[J]. 哈尔滨医科大学学报,1997,31(6):493-494.
- [2] 王福顺,黄磊,朱继业,等. 门静脉高压症并发上消化道出血的急诊手术治疗[J]. 肝胆外科杂志,2002,8(1):23-25.
- [3] 高德明,马庆久,鲁建国,等. 分流加断流联合术治疗门静脉高压症[J]. 中国普通外科杂志,2000,9(1):4-7.
- [4] 高德明,马庆久,鲁建国,等. 脾肾分流加门奇断流联合术治疗门静脉高压症的合理性和价值[J]. 外科理论与实践,2002,7(4):268-271.
- [5] De Diego A, Banares R, Asanza CG, et al. Portacaval H-graft shunt as an alternative long-term treatment in gastrointestinal hemorrhage caused by esophagogastric varices[J]. Gastroenterol Hepatol,1995,18(2):73-77.
- [6] 彭德恕. 谈门奇断流术的几点看法[J]. 实用外科杂志,1990,10(4):201-203.
- [7] Henderson JM, Barnes DS, Geisinger MA. Portal hypertension[J]. Gurr Probl Surg, 1998, 35(5):379-452.
- [8] 黎介寿. 围手术期处理[A]. 见:黄家驷外科学[M]. 第6版. 北京:人民卫生出版社,1999. 314.
- [9] 王宇. 门静脉高压症的外科治疗[J]. 中国普通外科杂志,2000,9(1):1-3.
- [10] 高德明,吴金生,何泽生,等. 脾肾分流加断流联合术治疗食管曲张静脉破裂出血的疗效观察[J]. 中华普通外科杂志,1998,13(1):11-13.
- [11] 高德明,吴金生,何泽生,等. 脾肾分流加门奇断流联合术血流动力学变化的临床研究[J]. 中国普通外科杂志,1996,5(4):214-217.