

文章编号:1005-6947(2008)01-0075-04

· 临床研究 ·

# 肝硬化门静脉高压症食管胃底曲张静脉破裂出血医院内死亡原因分析

菅志远, 周平, 曾少波, 江斌, 兰明银

( 鄖阳医学院附属太和医院 肝胆外科, 湖北 十堰 442000 )

**摘要:**目的 探讨肝硬化门静脉高压症食管胃底曲张静脉破裂出血患者住院期间的死亡原因。方法 对近3年收治的186例患者及在住院期内死亡的24例患者的临床资料进行回顾性分析。结果 186中择期手术130例,3例(2.31%)因术后肝衰竭或其他并发症死亡;急诊手术28例,术后因肝衰竭或其他并发症死亡5例(17.86%);未行手术治疗28例,16例死亡,其中12例死于出血无法控制。结论 大出血非手术治疗无法控制而又未及时手术是导致肝硬化门静脉高压症食管胃底曲张静脉破裂出血患者最重要的医院内死亡原因,对此类患者及时采取急诊手术对降低门静脉高压症大出血患者的病死率具有重要意义。

[ 中国普通外科杂志, 2008, 17(1):75-78 ]

**关键词:** 高血压, 门静脉; 食管和胃静脉曲张/并发症; 破裂; 出血; 医院病死率

中图分类号: R 657.3 文献标识码: A

## Analysis of the causes of in-hospital death from variceal bleeding in cirrhotic patients with portal hypertension

JIAN Zhiyuan, ZHOU Ping, ZENG Shaobo, JIANG Bin, LAN Mingyin.

( Department of Hepatobiliary Surgery, Taihe Hospital, Yunyang Medical College, Shiyan, Hubei 442000, China )

**Abstract:** **Objective** To analyze the cause of in-hospital death from variceal bleeding in cirrhotic patients with portal hypertension. **Methods** The clinical data of variceal bleeding in cirrhotic patients with portal hypertension admitted in recent three years to our hospital were analyzed retrospectively. **Results** Among the 186 cases of variceal bleeding, 130 patients received elective operation, and 3 of them (2.31%) died from hepatic failure or other complications; 28 patients received salvage surgery and 5 of them (17.86%) died from hepatic failure or the other complications; 28 patients had nonoperative treatment, and 16 died, of which 12 patients died from uncontrolled bleeding. **Conclusions** Massive bleeding uncontrolled by nonoperative treatment and failure to perform prompt operation are the chief reasons for in-hospital death in portal hypertensive patients with ruptured bleeding gastroesophageal varices. Prompt emergency surgery is of vital importance in decreasing mortality from massive bleeding in these portal hypertension patients.

[ Chinese Journal of General Surgery, 2008, 17(1):75-78 ]

**Key words:** Hypertension, Portal/ther; Esophageal and Gastric Varices/compl; Rupture; Hemorrhage; Hospital Mortality

CLC number: R 657.3 Document code: A

收稿日期:2007-08-10; 修订日期:2007-12-04。

作者简介:菅志远,男,湖北省十堰市鄖阳医学院附属太和医院主治医师,主要从事肝胆胰腺疾病的临床和基础方面的研究。

通讯作者:菅志远 E-mail:jzyuan@tom.com

肝硬化门静脉高压症合并上消化道大出血是临床常见的一种急症,目前有很多非手术疗法可起到较好的效果,但急诊手术在抢救过程中仍起非常重要的作用。我院2004年7月—2007年6月收治的肝硬化门静脉高压症上消化道出血的186例患者中有24例死亡,其中16例为未行手术者,现将本组临床资料报道如下并探讨其死亡原因。

## 1 临床材料

### 1.1 分组及一般资料

186例患者均经内镜证实为肝硬化门静脉高压食管胃底静脉曲张破裂出血。根据所采用治疗方法的不同分为3组。

1.1.1 择期手术组 130例。男72例,女58例;年龄24~64岁,中位年龄43岁。包括曾经发生大出血经非手术治疗出血停止后要求手术入住的51例;就诊于内科,出血停止后转入我科47例;32例直接收入我科。出血 $\geq 2$ 次者87例;肝功能为A、B、C级的患者分别为79、37和14例;合并高血压、糖尿病等其他器官系统疾病32例。

1.1.2 急诊手术组 28例。男15例,女13例;

年龄27~64岁,中位年龄41.5岁。由门诊或急诊科直接收入我科16例;由内科转入者12例。消化道出血 $\geq 2$ 次者7例,合并高血压、冠心病和/或糖尿病者共6例,合并肺部感染2例,合并慢性肾小球肾炎和肺结核各1例。经治疗后仍有休克者(收缩压 $< 90$  mmHg,脉搏 $> 100$ 次/min)90例。

1.1.3 非手术组治疗组 28例。男9例,女7例;年龄28~65岁,中位年龄41岁。由门诊或急诊科直接收入我科12例;由内科转入的为18例。其中9例出血 $\geq 2$ 次以上;8例患者合并不同程度的高血压、冠心病和/或糖尿病,3例合并肺部感染,其中1例存在严重的慢性阻塞性肺病,1例因反复出血数十次长期三腔二囊管压迫导致食道几乎完全疤痕性梗阻;出血次数最多的达数十次,其中因出血在内科住院8次。经治疗后仍有休克者(收缩压 $< 90$  mmHg,脉搏 $> 100$ 次/min)6例。

急诊和非手术组入住时的肝功能、血压、心率和血红蛋白均无显著性差异(均 $P > 0.05$ )(表1)。

表1 急诊手术组和保守治疗组的一般情况

|                 | 收缩压(mmHg)        | 心率(次/min)       | 血红蛋白(g/L)       | 肝功能 Child 分级      |    |   | 合并症               |
|-----------------|------------------|-----------------|-----------------|-------------------|----|---|-------------------|
|                 |                  |                 |                 | A                 | B  | C |                   |
| 急诊手术            | 103.4 $\pm$ 14.2 | 93.0 $\pm$ 12.0 | 75.4 $\pm$ 15.2 | 3                 | 17 | 8 | 9                 |
| 非手术             | 98.8 $\pm$ 12.4  | 95.0 $\pm$ 12.8 | 77.1 $\pm$ 19.9 | 5                 | 14 | 9 | 12                |
| 统计值( <i>t</i> ) | 1.315            | 0.614           | 0.370           | 0.849( $\chi^2$ ) |    |   | 0.686( $\chi^2$ ) |
| <i>P</i>        | 0.194            | 0.542           | 0.731           | 0.654             |    |   | 0.582             |

### 1.2 治疗方式

所有入住我科时仍有出血的患者除1例因长期三腔二囊管压迫导致食管疤痕梗阻无法进行胃肠减压外,均予禁食、心电监护,胃肠减压管观察引流液的颜色,以及便血和腹部情况;应用质子泵抑制剂止酸、生长抑素外周静脉泵入或/和垂体后叶素外周静脉滴注,同时应用抗生素、护肝和一般止血药物,行经胃肠减压管注入肾上腺素、冰盐水洗胃,胃腔注入凝血酶、云南白药、胃黏膜保护剂等局部止血措施,并根据情况采用三腔二囊管压迫止血。对于短期内止血效果不佳或再次出血的患者,在患者和家属同意后行急诊手术治疗。对于经上述措施出血得以控制以及

入住时出血已经停止者,经短暂的术前准备后行择期手术。具体手术方法为择期手术组130例均采用经典的脾切除加食管下端胃底贲门周围血管离断术,其中61例加行食道下端离断吻合(联合断流)术<sup>[1]</sup>;28例急诊手术者均行脾切除加食管下端胃底贲门周围血管离断术,其中2例同时行食道下端离断吻合术。

### 1.3 治疗结果

择期手术组死亡3例,其余127例中发生膈下脓肿3例,胰瘘1例,肺部感染1例,经治疗后均顺利出院。急诊手术组死亡5例,其余23例中发生并发症4例,包括膈下脓肿2例,胰瘘1例和切口裂开、感染1例,均治愈出院。未手术组

12例患者出血控制后,患者因经济原因不同意择期手术治疗出院,另16例死亡。

#### 1.4 统计学处理

计数资料采用 $\chi^2$ ,计量资料采用 $t$ 检验。未手术组和手术组病死率的比较采用四格表资料的 $\chi^2$ 检验。以 $P \leq 0.05$ 为差异有统计学意义。所有统计学分析采用SPSS11.0统计软件包完成。

## 2 病死情况

### 2.1 病死率

本组共死亡24例(12.9%),其中择期手术组3例(2.3%,3/130),急诊手术组5例(17.9%,5/28),未手术组16例(57.1%,16/28)。经统计学分析,择期手术组的死亡率显著低于急诊手术组( $\chi^2 = 11.6, P = 0.005$ )和未手术组( $\chi^2 = 65.5, P < 0.001$ ),而急诊手术组显著低于未手术组( $\chi^2 = 9.2, P = 0.02$ )。

### 2.2 死亡原因

(1)择期手术组:1例死于肝衰竭;1例死于术后再次出血;1例死于术后腹腔和肺部的严重感染。(2)急诊手术组:2例死于术后肝衰竭;1例因术前合并慢性阻塞性肺病并肺部感染,术后出现大量腹水,终因呼吸衰竭治疗无效死亡;1例死于术后再次发生上消化道出血;1例因凝血功能差,术后腹腔内出血,再次手术见创面广泛渗血,治疗无效死亡。5例死亡患者术前肝功能为Child C级的2例,死于术后肝衰竭。(3)非手术组:7例(43.75%)因患者或家属顾虑术中术后仍抢救无效导致人财两空而拒绝手术,或持犹豫态度而未能及时施行手术,最终死于出血或肝衰竭;3例(18.75%)因出血量过大,休克严重,肝功能极差,血红蛋白在40g/L以下,外科医生和/或麻醉科医师认为患者暂时无法耐受手术,在继续输血支持过程抢救无效死亡;因严重的合并症(1例严重的慢性阻塞性肺病,1例曾4个月内发生2次心肌梗死,1例冠心病、糖尿病并严重的腹水和肺部感染),被认为属绝对禁忌证而未行手术的3例(18.75%)中,1例死于出血无法控制,1例死于严重全身炎症反应综合征,1例死于肝衰竭;其余3例中1例在入科后突然发生心肌梗塞抢救无效死亡;1例因食管中下段严重梗阻,出血控制后,在与相关科室讨论手术方案,拟行择期手术过程中,患者突发大出血,抢救无效死亡;另外1例因合并肝性脑病,呕血时窒息死亡。

## 3 讨论

门静脉高压症引起的上消化道出血是门静脉高压最凶险的并发症,病死率高达22%~84%;其中首次出血者可达30%以上,再次出血可达60%以上<sup>[2-3]</sup>。随着非手术治疗方式的进步,大多数患者在其首次出血时经血管加压素、生长抑素、质子泵抑制剂、三腔二囊管压迫止血和/或内镜等治疗可得到控制,从而为患者行择期手术提供条件<sup>[1]</sup>。目前普遍认为在如此危重情况下行急症手术有较大风险,尤其对Child C级的患者,因此最好在非手术治疗使病情得到控制,不出血的情况下及时手术<sup>[4-5]</sup>。然而部分患者经上述非手术治疗后效果不理想,急诊手术在控制大出血方面仍占有十分重要的地位。

对于短期非手术治疗效果不理想的患者,应当机立断采取手术治疗。本组资料急诊手术组的病死率为17.86%,即使肝功能Child C级,急诊手术的病死率也仅为40%,此结果与文献报道近似<sup>[6]</sup>。如出血不止,而继续采用非手术治疗,患者存活几率极小<sup>[4]</sup>。因此对短期非手术疗效不佳或止血后未来得及行择期术前准备即再次出血的患者,若继续一味非手术治疗其病死率将会大大增加。故认为急诊行抢救手术在门静脉高压症消化道出血治疗中仍具有十分重要的意义<sup>[4]</sup>。

笔者资料中非手术治疗的28例中死亡16例,其中10例(62.5%)有手术治疗指征但未及时手术,包括7例在非手术治疗效果不佳的情况下,外科医生曾一次以上建议患者行手术治疗,而其家属直接签字拒绝手术者5例,持犹豫态度者2例。分析家属和患者对手术态度不坚决的原因主要是:(1)患者对医生的信任度差。本组4例。此类患者,非手术治疗期间,已付出巨大的经济开支,此时再告知行手术治疗,又将是一大笔可观的支出,而在不能充分保证疗效的前提下,家属和患者背负巨大的压力,加之其他各种原因,对医务人员信任度下降,从而拒绝手术。(2)患者家属观念和心理因素所致。本组2例。在非手术治疗无效的情况下建议行手术治疗,但不能肯定告知术后效果,使家属认为基本上无抢救价值,同时受传统观念影响,不希望患者临终前受到不应有的伤害,从而拒绝手术,导致失去手术时机而死亡。(3)患者的经济心理因素。本组有1例因非手术治疗2d后再发出血,建议手

术治疗,但因患者经济情况较差,虽然医院开通了“绿色通道”,家属依然拒绝手术,最终导致死亡。要解决上述问题,很大程度上是目前的社会因素,也还需医务工作者加强与患者及其家属的沟通。消除家属和患者的顾虑,争取他们对医务人员的信任。另外,本组有3例出血次数在4次以上,因消化道出血在内科住院3次以上。对于此类患者,因为反复出血,肝功能损害渐进性加重,即使再次非手术治疗出血也不一定能够有效控制。该类患者一般情况差,手术风险大,医生不敢于承担手术风险最终导致出血无法控制而死亡。笔者认为,在目前社会大环境下,医生不愿承担高风险手术的责任,是导致患者未进行急诊手术而致死的另一个重要原因。

总之,从本组资料看,对有手术治疗指症的肝硬化门静脉高压症食管胃底静脉曲张破裂出血患者未及时进行手术治疗是导致死亡的重要原因,需要广大医务工作者和全社会人员共同关注并努力解决的一个重要问题。

#### 参考文献:

- [1] 刘佳新,艾竹林,郭继雄,等.联合断流术治疗食管胃底静脉曲张破裂出血[J].中国普通外科杂志,2007,16(4):356-359.
- [2] Longacre AV, Garcia-Tsao G. A commonsense approach to esophageal varices [J]. Clin Liver Dis, 2006, 10(3):613-625.
- [3] De Franchis R, Primignani M. Natural history of portal hypertension in patients with cirrhosis [J]. Clin Liver Dis, 2001, 5(3):645-663.
- [4] Sharma A, Vijayaraghavan P, Lal R, et al. Salvage surgery in variceal bleeding due to portal hypertension [J]. Indian J Gastroenterol, 2007, 26(1):14-17.
- [5] Goyal N, Singhal D, Gupta S, et al. Transabdominal gastroesophageal devascularization without transection for bleeding varices: results and indicators of prognosis [J]. J Gastroenterol Hepatol, 2007, 22(1):47-50.
- [6] 时常乐,顾方明.急诊断流术治疗门脉高压症并上消化道大出血46例分析[J].中国现代医药杂志,2006,8(12):111.

· 读者 · 作者 · 编者 ·

## 关于一稿两投和一稿两用问题处理的声明

近来本刊编辑部发现仍有个别作者一稿两投和一稿两用,为了维护本刊的声誉和广大读者的利益,本刊就一稿两投和一稿两用问题的处理声明如下。

1. 一稿两投和一稿两用的认定:凡属原始研究的报告,同语种一式两份投寄不同的杂志,或主要数据和图表相同、只是文字表达可能存在某些不同之处的两篇文稿,分别投寄不同的杂志,属一稿两投;一经为两杂志刊用,则为一稿两用。会议纪要、疾病的诊断标准和防治指南、有关组织达成的共识性文件、新闻报道类文稿分别投寄不同的杂志,以及在一种杂志发表过摘要而将全文投向另一杂志,不属一稿两投。但作者若要重复投稿,应向有关杂志编辑部作出说明。

2. 作者在接到收稿回执后满3个月未接到退稿通知,表明稿件仍在处理中,若欲投他刊,应先与本刊编辑部联系。

3. 编辑部认为文稿有一稿两投或两用嫌疑时,应认真收集有关资料并仔细核对后再通知作者,在作出处理决定前请作者就此问题作出解释。编辑部与作者双方意见发生分歧时,由上级主管部门或有关权威机构进行最后仲裁。

4. 一稿两投一经证实,则立即退稿,对该作者作为第一作者所撰写的论文,2年内将拒绝在本刊发表;一稿两用一经证实,将择期在杂志中刊出作者姓名、单位以及该论文系重复发表的通告,对该作者作为第一作者所撰写的论文,2年内拒绝在本刊杂志发表。本刊将就此事向作者所在单位和该领域内的其他科技期刊进行通报。