文章编号:1005 - 6947(2007)04 - 0353 - 03

·临床研究·

门静脉高压断流术后上消化道再出血的治疗策略:附 56 例报告

马秀现[1], 李天晓[1], 王志伟[1], 党晓卫[2], 许培钦[2], 冯留顺[2]
(1. 河南省人民医院 介入科, 河南 郑州 450003; 2. 郑州大学第一附属医院 普通外科, 河南 郑州 450052)

摘要:目的 探讨门静脉高压断流术后上消化道再出血的原因及分流术的治疗作用。**方法** 回顾性分析 10 年间收治的门静脉高压断流术后上消化道再出血 56 例患者的临床资料。其中 54 例再次行分流手术,其中急诊手术 5 例,择期手术 49 例,包括肠系膜上静脉 - 下腔静脉人工血管反 C 型分流术(肠腔分流术)45 例,门静脉 - 下腔静脉分流术 5 例,肠系膜下静脉 - 下腔静脉人工血管分流术 4 例。**结果** 54 例手术治疗者术后出现乳糜漏 13 例,均治愈;肝性脑病 5 例,治疗好转 4 例,死亡 1 例;术后 3d,死于肝衰竭 1 例。另非手术治疗 2 例中 1 例死于肝衰竭;1 例死于失血性休克。随访 52 例,随访时间 6 个月至 9 年;随访期间无上消化道再出血病例;死亡 7 例,其中 2 死于原发性肝癌,3 例死于肝衰竭、肝性脑病,2 例死于非相关性疾病。**结论** 对于门静脉高压断流术后上消化道再出血患者首先采取积极的非手术治疗,然后行择期手术;积极非手术治疗 48h 无效者,应急诊手术治疗。手术方式首选肠系膜上静脉 - 下腔静脉人工血管反 C 型分流术(肠腔分流术),尤其对伴有门静脉血栓、门脉高压性胃病患者。

[中国普通外科杂志,2007,16(4):353 - 355]

关键词: 高血压,门静脉; 门奇静脉 断流术; 再出血; 分流术

中图分类号: R657.3 **文献标识码:** A

Treatment strategy for upper gastrointestinal rebleeding after devascularization operation in portal hypertension patients: a report of 56 cases

MA Xiu-xian[1], LI Tian-xiao[1], WANG Zhi-wei[1], DANG Xiao-wei[2], XU Pei-qin[2], FENG Liu-shun[2]
(1. *Department of Intervention, Henan Provincial People's Hospital, Zhengzhou* 450003, *China*; 2. *Department of General Surgery, the First Affiliated Hospital, Zhengzhou University, Zhengzhou* 450052, *China*)

Abstract: Objective To explore the causes of upper gastrointestinal rebleeding after devascularization operation for portal hypertension and the therapeutic effect of shunt operation. **Methods** The clinical data of 56 cases of upper gastrointestinal rebleeding after devascularization operation for portal hypertension in our hospital from 1996 to 2006 were retrospectively analyzed. Shunt operation was done in 54 ceses including emergency operation shunt in 5 cases, and elective operation in 49 cases. C-type Mesocaval shunt was done in 45 cases, inferior mesenteric vein-cava shunt in 4 cases, H-type and portacaval in 5 cases. **Results** Chylorrhea occurred in 13 cases after operation and all recovered; hepatic encephalopathy occurred in 5 cases, and 4 cases recovered, 1 died; and 1 case died of liver function failure on the third day after operation. Fifty-two cases were followed-up from 6 months to 9 years, and none had recurrence of upper gastrointestinal bleeding, but 7 died (2 cases died of primary hepatic carcinoma, 3 cases died of liver function failure and hepatic encephalopathy, and 2 cases died of non-correlated disease). **Conclusions** Patients with upper gastrointestinal rebleeding after devascularization operation for portal hypertension should undergo non-operative treatment at first, and elective surgery is done later. If aggressive non-operative treatment for 48h is not

收稿日期:2006 - 08 - 22; **修订日期:**2007 - 03 - 02。

作者简介:马秀现,男,河南巩义人,河南省人民医院主任医师,主要从事门静脉高压症、布加综合征、血管外科等方面的研究。

通讯作者:王志伟 E-mail:wangzhiwei126@126.com

successful, then emergency operation should be performed. In elective cases, the operation of first choice is mesocaval interposition synthetic graft shunt, which is particularly applicable in patients with portal vein thrombosis or portal hypertensive gastropathy. [**Chinese Journal of General Surgery, 2007, 16(4): 353 – 355**]

Key words: Hypertension, Portal; Portoazygous devascularization; Rebleeding; Shunt

CLC number: R657.3 **Document code**: A

断流术是预防和治疗门静脉高压症食管胃底静脉曲张破裂出血的主要术式之一。此法安全、有效、简便,但术后上消化道再出血率可达20%[1]。这是困扰临床治疗的难题之一。我院普通外科自1996年1月—2006年1月共收治门静脉高压断流术后上消化道再出血患者56例;其中54例再次行各种分流手术治疗,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男35例,女21例,年龄18~70(平均49.6)岁。乙型肝炎病毒(HBV)(+)27例,丙型肝炎病毒(HCV)(+)8例。肝功能Child A级12例,B级35例,C级9例。原手术方法均为断流术(脾脏切除术+贲门胃底周围血管离断术)。再出血时间为断流术后1~26年。彩超检查49例,均示门静脉和/或肠系膜上静脉增宽;其中伴门静脉血栓形成或门静脉海绵样变性者10例。胃镜检查31例,其中食管胃底静脉重度曲张18例,中度曲张13例;合并门静脉高压性胃黏膜病变22例,其中广泛糜烂出血17例,点片状出血5例。急诊入院者26例。

1.2 治疗方法

1.2.1 非手术治疗 禁饮食,胃肠减压,补液抗休克,纠正电解质紊乱,及时给予血浆、清蛋白、红细胞等。应用止血药物如:维生素K_1、止血敏、止血芳酸、立芷雪、凝血酶原复合物、纤维蛋白原、垂体后叶素、冰盐水加去甲肾上腺素(口服或鼻饲)。抑制胃液分泌药物如西米替丁或洛赛克。降低门静脉高压药物如善宁(奥曲肽)、思他宁或垂体后叶素。应用三腔二囊管压迫止血5例。

1.2.2 手术治疗 积极进行非手术治疗48h无效后急诊手术5例,均行肠系膜上静脉-下腔静脉反C型分流术(肠腔分流术)(MCS)。保守治疗成功49例均择期进行分流术,其中肠腔分流术(MCS)40例,门静脉-下腔静脉分流术(Portacaval)5例,肠系膜下静脉——下腔静脉分流术(IMCS)4例。

2 结 果

2.1 治疗结果

急诊入院26例,首选非手术治疗而成功止血者19例。应用三腔二囊管压迫止血5例中无效3例,死亡2例;其中1例死于肝衰竭,1例死于失血性休克。急诊手术的5例,择期手术的49例中,术后出现乳糜漏13例,均治愈。肝性脑病5例,治疗好转4例,死亡1例。术后3d死于肝衰竭1例。

2.2 随访

52例随访时间6个月至9年,无上消化道再出血者;随访期间经彩超检查45例人工血管血流通畅,1例人工血管内未见血流信号。死亡7例中2例死于原发性肝癌,3例死于肝衰竭、肝性脑病,2例死于非相关性疾病。

3 讨 论

3.1 再出血的原因

(1)断流不彻底是术后近期上消化道再出血的首要原因 贲门胃底周围血管离断术应完全彻底结扎切断门奇静脉间的全部反常侧支静脉即胃短静脉、冠状静脉的胃支、食管支、高位食管支、异位高位食管支及胃后静脉、左膈下静脉。由于各静脉走行经常变异,往往迂曲成团,术中辨认各静脉分支困难,且由于高位食管支和异位高位食管支位置较高、较深,术中容易漏扎。通常要求分离、结扎、切断贲门胃底周围血管,使贲门胃底四周处于游离状态,并要求向上游离食管约8cm;如果漏扎某一反常侧支血管,再加上单纯断流术并不能有效降低门静脉压力,使断流术后反常血流集中涌向此血管,其压力和血流量必然增加,从而增加了术后近期破裂出血的几率。

(2)门静脉高压性胃黏膜病变出血 门脉高压性胃病(PHG)是门静脉高压的直接后果,表现为胃静脉回流障碍,血管被动性充盈,黏膜及黏膜下静脉扩张;同时由于门体侧支循环建立或重新开放,体内扩血管物质(一氧化氮、胰高血糖素、血管活性肠肽等)增多,内脏血管处于高动力循环状态,胃黏膜形成多条动静脉短路,使供应胃黏

膜的血流量减少,造成胃黏膜因缺血缺氧而损伤、水肿、糜烂、出血。门静脉高压性胃黏膜病变出血多为长期广泛弥漫渗血,少数严重者也会大量出血。单纯断流术不仅不能治疗门静脉高压性胃病,反而会使其加重。其治疗关键在于有效降低门静脉压力[2],首选分流术。非手术治疗时应用三腔两囊管压迫止血对本原因引起出血的患者效果不佳,本组用此法止血5例,无效达3例。

(3)门静脉血栓形成或门静脉海绵样变性　脾切除后,脾静脉远端便成为盲端,即可能形成脾静脉血栓。血栓向脾静脉近端、门静脉方向延伸,称为"向肝性血栓";此血栓延伸到门静脉,形成门静脉血栓,便使门静脉压力升高,大大增加再出血几率。门静脉血栓长期存在,机化再通,便形成门静脉海绵样变性。本组彩超发现门静脉附壁血栓2例,门静脉海绵样变性8例。

(4)新生侧支血管的再建立　断流术人为缩小了门体间侧支分流的总口径,门静脉压力并不能有效降低反而增高,促使门奇交通支再次形成,增加再出血的几率[3]。本组在手术治疗中均见不同程度的广泛血管性粘连,有的再生侧支血管出现了明显曲张,术者均给予简单缝扎。

(5)肝硬化程度加重　使门静脉压力增高,肝功能下降,使凝血机制紊乱,均会增加再出血的几率。

3.2　再出血的治疗体会

急性出血期首先采取积极的非手术治疗,尽量避免急诊手术[4]。在积极非手术治疗48h无好转情况下,则应考虑行急诊手术。如果非手术治疗止血成功,应继续进行保肝、营养、补液及应用心得安或善宁降低门静脉压力等治疗,待患者一般状况、肝功能等好转后行择期手术。

单纯断流术可简单有效地预防和治疗门静脉高压食管胃底静脉曲张破裂出血,但不能有效地降低门静脉压力及解决门静脉高压性胃黏膜病变等问题。门体分流术可有效降低门静脉压力,控制门静脉高压食管胃底静脉曲张破裂出血和门静脉高压性胃病。所以分流术、断流术联合应用是治疗门静脉高压上消化道出血及防止术后再出血的有效手段[5-6]。通常笔者在门体分流术后仅对贲门胃底曲张血管或冠状血管进行简单的缝扎,效果同样满意。对于门静脉高压断流术后再出血患者,因上腹部原手术区粘连严重,且往往在粘连瘢痕中新生很多侧支血管,再次行断流术出血多、并发症多、难度很大。但横结肠下区粘连不多,可方便进行肠系膜上静脉-下腔静脉人工血管反C型分流术(肠腔分流术);尤其是伴有门静脉血栓、门脉高压性胃病的患者更应首选肠腔分流术。对于肠系膜上静脉质量差(血管壁厚薄不一、血管壁过于菲薄、管径过细、血栓形成等)而不能利用时,术中探查门静脉或肠系膜下静脉,视其血管质量(管径粗细、管壁厚薄、通畅情况等),择其优者而用之。

分流术后肝性脑病、肝衰竭、乳糜漏等并发症的发生几率增加。术后应常规给予保肝、营养、补液、抗凝等支持治疗。对于肝功能差的患者可给予支链氨基酸和/或门冬氨酸鸟氨酸注射液(雅博司)预防肝性脑病。正确选择人工血管的直径将是在有效降低门静脉高压的同时降低肝性脑病、肝衰竭等并发症发生率的重要手段。通常对于伴有乙肝或丙肝患者、肝功能差的患者选用直径为8mm的人工血管;对于门静脉海绵样变性或血栓形成、布加综合征、特发性门静脉高压症等患者选用直径为10mm的人工血管。由于分流手术分离肠系膜上静脉、下腔静脉时常难于避免对腹膜后淋巴管的损伤,故乳糜漏发生率高;尤其是对于腹水量大于3 000mL者,多在术后进食2~3d出现乳糜漏。对此,给予低脂饮食,静脉营养,维持白蛋白>40g/L,通畅引流,多能在1个月左右自愈。少数为一过性乳糜,在7d内消失;少数严重者在2个月后乳糜消失。本组乳糜漏13例,发生率24.1%(13/54),均治愈。

术后通常给予阿司匹林、复方丹参等口服半年以上,以保持人工血管分流的通畅性。本组随访期间经彩超检查45例人工血管血流通畅,1例人工血管内未见血流信号。人工血管分流通常,使门静脉压力降低,上消化道再出血的几率便很小。

参考文献:

[1]　戴植本. 我国门脉高压症外科的展望[J]. 腹部外科杂志,1999,12(3):101-102.

[2]　漆德芳,张泰昌. 消化系统血管疾病[M]. 济南:山东科技技术出版社,2003.298-301.

[3]　陈钟,陈玉泉,方庆安,等. 门奇断流术后再出血病理机制的试验研究[J]. 中华外科杂志,1990,28(5):311-312.

[4]　黄筵庭. 重视对门静脉高压症术后再出血的临床诊治[J]. 中国实用外科杂志,2001,21(3):129-130.

[5]　Lepner U, Vaasna T, Rebane E, *et al*. Sugiura procedure in the treatment of bleeding esophageal varices[J]. Ann Chir Gynaecol, 1999, 88(2):122-126.

[6]　马秀现,冯留顺,赵永福,等. 三联手术治疗门静脉高压症食管静脉曲张破裂出血[J]. 中国普通外科杂志,2000,9(1):12-14.