经验交流

文章编号:1000-5404(2005)23-2396-02

脾切除加断流术治疗门静脉高压症并发上消化道出血的疗效观察

Effect of splenectomy and disconnection on upper gastrintestinal bleeding for portal hypertension

张 莹[1],别 平[2],石承先[1],任娟娟[1],崔斌强[3] ([1]贵州省人民医院普通外科,贵阳 550000;[2]第三军医大学西南医院全军肝胆外科研究所,重庆 400038;[3]陕西省铜川市黄堡医院外科,铜川 727000)

门脉高压症并发上消化道出血为外科常见急诊,由于病情危重,是普外科高病死率疾病之一。我院自2002年3月至2004年3月,采用脾切除加贲门周围血管离断手术治疗肝硬变门脉高压并上消化道出血患者18例,疗效满意。现报告如下。

1 资料与方法

本组18例患者中,男15例,女3例;年龄32~54岁,平均44.3岁。全组病例术前均经B超、CT检查诊断为肝硬变,18例术前或入院前经钡餐或内窥镜检查钡餐造影和纤维胃镜检查提示有中~重度食管静脉曲张。18例均有上消化道出血。出血原因:出血性胃炎4例;胃底静脉曲张破裂出血14例。术前肝功能Child分级,属A级7例,B级10例,C级1例。

临床表现:18例均有上消化道出血和不同程度的门脉高压症表现(如脾肿大、脾功能亢进),其中急性出血12例,表现为呕血和解柏油样便,出血量800~1 800 ml;慢性出血6例,表现为解柏油样便,大便潜血强阳性。

手术方式:12例大出血患者经保守治疗无效,行急诊手术。6例患者经保守治疗,反复出现消化道出血,给予护肝、营养支持治疗后行择期手术。手术取左肋缘下切口,若脾巨大则取左上腹"L"或"⊢"形切口。常规切除脾脏,沿左右网膜血管交界向上切断胃大弯全部血管,将胃上翻,游离胃后壁与后腹膜之间纤维组织,注意妥善结扎贲门下方及食管下段后方侧支血管,切开小网膜充分显露胃左静脉,在根部切断结扎胃左静脉及属支,切断食管后壁迷走神经,向上游离食管至贲门食管交界上方约10 cm,并将其周围所有组织血管离断结扎,保证离断胃冠状静脉的高位食管支和异位高位食管,切开近端胃前壁,置入筒状吻合器,用食管下端吻合器切断,原位吻合。胃大、小弯浆膜化后,左膈下放置橡皮引流管。术中探查确定诊断后,行胃网膜右静脉插管测自由门静脉压力(FPP)。

2 结果

本组手术时间3~4.5 h,平均3.5 h。全组(100%)术后均立即获得确定的止血效果,均无手术死亡。本组患者门静脉测压,断流前为29~38 cmH_2O,平均34.6 cmH_2O;断流后为23.2~32.3 cmH_2O,平均28.6 cmH_2O,术后平均下降6 cmH_2O。本组术后发生并发症4例(22.2%),其中切口感染1例,术后腹水增加者3例,经治疗后均治愈。术后均随访3个月至2年,结果6个月内无1例再出血,2例在6个月以后出现消化道出血的症状,经保守治疗出血停止,再出血率为11.1%(2/18)。6例术后出现腹水和肝功能损害均经治疗后好转。本组无肝性脑病发生。

3 讨论

食管胃底静脉曲张和门静脉高压性胃病是导致威胁生命的上消化道出血的直接原因,门脉高压症患者中,大约有1/3的患者最终将发生出血,而其中50%将死于第1次出血。研究证实,门脉高压症并发上消化道出血的手术治疗效果显著优于保守治疗[1]。手术治疗方式分为断流术和分流术。因断流术具有手术操作简单、手术风险较小,对肝功能尚好的肝硬化门脉高压患者的治疗效果较为满意[2]。有学者认为,对于首次上消化道大出血,自由门静脉压(FPP)<3.92~4.41 kPa(1 kPa=10.2 cm H_2O)、年老、体弱和急诊病人均适合断流手术[3]。

合理掌握手术适应证和手术时机,是减少术后并发症和病死率的重要措施。Orloff等[4]倡导对所有诊断为急性曲张静脉出血的病人在入院8 h内进行急诊手术。本组中有12例为大出血,入院时出现失血性休克,经紧急处置后急诊手术。我们的体会是:食管胃底曲张静脉破裂大出血,在积极的非手术治疗下,包括内镜下注射硬化剂或结扎、三腔二囊管压迫、使用垂体后叶素、生长抑素等,经过6~24 h仍不能控制出血者;或经治疗后短暂止血后再发生大出血;或连续输血800 ml以上,血循环仍不稳定者,应行急诊手术治疗。

脾切除加贲门周围血管离断术操作简便,手术时间较短,止血彻底又增加肝血流灌注,有利于减少患者手术创伤及术后并发症的发生。但该术式术后有一定的再出血率,可能由于血流通过胃贲门胃壁黏膜下进入食管,造成食管下段静脉曲张再出血。另外,此术式游离食管下段6 cm,由于部分病人存在更高位食管支,其手术范围小,不能将高位食管支离断,为术后再出血另一原因。本组手术我们将腹段食管游离至贲门上方约10 cm,扩大的贲门周围血管离断术包括上半胃周和下段食管周围曲张静脉侧支循环的彻底离断,特别是离断高位食管支,再加上食管下端切断吻合,阻止血流通过贲门胃壁黏膜下进入

作者简介:张 莹(1974-),男,陕西省铜川市人,博士研究生,医师,主要从事肝移植和重症胰腺炎方面的研究。电话:(023)68754169,E-mail:zhangyingdoc@163.com

收稿日期:2005-09-02;修回日期:2005-10-24

食管，离断了食管下段和胃底出血危险区外周血管，提高了止血效果，也可避免因术野不清盲目分离引起食管壁的损伤，阻断门奇间的反常血流，降低食管胃底静脉的压力，直接阻止曲张静脉破裂出血，近期止血效果满意，手术止血率达100%，无手术死亡，无肝性脑病发生。另外脾切除能有效治疗脾功能亢进，改善机体免疫状态，而且能维持门静脉血的向肝灌注，改善肝脏的血供，使肝营养因子直接进入肝脏，有利于肝细胞的再生和肝功能的改善，所以肝性脑病发生率低。

本组患者肝功能仅1例为Child C级，其余为Child A级和Child B级，有较好的肝功能储备，因此我们认为对于肝功能较好的门脉高压症引起的上消化道出血的病例，因脾切除术加贲门周围血管离断术操作相对简单，近期止血效果满意，并且手术不涉及解剖肝门，不会影响以后可能施行的肝移植术，故有较高的实用价值。

关键词：门静脉高压症；出血；断流术；治疗
中图法分类号：R657.340.5 **文献标识码**：B

参考文献：

[1] Orozc H, Mercado M A, Chan C, *et al*. A comparative study of the elective treatment of variceal hemorrhage with beta-blockers, transendoscopic sclerotherapy, and surgery: a prospective, controlled, and randomized trial during 10 years[J]. Ann Surg, 2000, 232(2): 216-219.

[2] Haciyanli M, Genc H, Halici H, *et al*. Results of modified Sugiura operation in variceal bleeding in cirrhotic and noncirrhotic patients[J]. Hepatogastroenterology, 2003, 50(51): 784-788.

[3] 蔡景修. 门静脉高压症外科治疗的探讨[J]. 消化外科, 2004, 3(4): 229-231.

[4] Orloff M J, Orloff M S, Rambotti M, *et al*. Is portal-systemic shunt worthwhile in Child's class C cirrhosis? Long-term results of emergency shunt in 94 patients with bleeding varices[J]. Ann Surg, 1992, 216(3): 256-268.

（编辑 陈聪连）

文章编号：1000-5404(2005)23-2397-02

经验交流

胃黏膜相关淋巴组织淋巴瘤35例临床分析

Pathological characteristic of gastric mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma

宫立众，夏顺中，田小波，魏朝朗，杨 超，裴 莉，陈洁平 （第三军医大学西南医院血液内科，重庆 400038）

胃黏膜相关淋巴组织淋巴瘤（gastric lymphoma arising from mucosa-associated lymphoid tissue），是常见的结外淋巴组织恶性肿瘤，由于本病临床表现多样，缺乏特异性，X线、CT、B超和胃镜等检查很难与胃癌、溃疡和炎症鉴别，容易造成误诊和漏诊。我院1991-2002年收治了35例胃黏膜相关淋巴组织淋巴瘤，现分析报告如下。

1 临床资料

共35例，男24例，女11例，男女之比2.18∶1，诊断时中位年龄为62岁，发病至确诊的时间为12 d至4年，平均10.2个月。腹痛25例（71.4%），发热15例（44.9%），消瘦11例（31.4%），腹部肿块10例（28.6%），腹泻4例（11.4%），恶心呕吐4例（11.4%），贫血7例（20.0%），上消化道出血10例（28.6%）。

2 结果

2.1 血象结果分析

28例患者初诊时血象的结果在正常范围内，7例患者出现贫血，血红蛋白范围65～92 g/L。没有发现白细胞计数和分类、血小板计数的异常。

2.2 胃镜检查

35例胃原发性淋巴瘤，均行胃镜检查。病变部位胃窦部12例，胃体部8例，同时累及胃底、胃体和胃窦中至少2个部位的15例，其中有2例累及幽门。15例接受过2次以上的胃镜检查。胃镜下病变形态表现多样：溃疡型22例，其中10例胃单发大溃疡，溃疡直径1.2～5 cm，溃疡深且形态不规则，另12例为多发性溃疡，溃疡数量3～5个，直径0.5～2.5 cm；浸润型6例，局限浸润型4例，表现为局部黏膜皱襞隆起，增厚粗大，呈脑回样征，另2例为弥漫浸润，胃壁广泛增厚变硬；肿块型5例；此外，有2例患者仅表现为局限性黏膜小区扩大，中心浅表糜烂。本组25例表现为典型的恶性征象（大溃疡+肿块），胃镜下诊断为胃癌，2例诊断为胃息肉，3例诊断为胃平滑肌瘤，仅5例诊断为淋巴瘤，诊断正确率为14.3%。

2.3 幽门螺杆菌

尿素试验检测幽门螺杆菌。其中31例阳性，阳性率88.6%，4例阴性。

2.4 腹部B超

32患者进行了腹部B超检查，发现肝大5例，脾大7例，双肾、胰腺胆囊没有发现异常。腹膜后淋巴结肿大8例。4例提示胃壁增厚，1例可见胃壁包块影。

作者简介：宫立众（1966-），男，河北省巨鹿县人，博士，副主任医师，副教授，主要从事血液病临床方面的研究。现在北京海军总医院血液科，电话：(010)66958509，E-mail：gonglizhong@hotmail.com

收稿日期：2004-10-11；修回日期：2004-12-05