论著

文章编号:1000-5404(2007)15-1520-03

贲门周围血管离断联合食管横断治疗食管胃底静脉曲张出血的疗效

张 建,张新民 (湖北省天门市第一人民医院外一科,天门 431700)

提 要:目的 探讨贲门周围血管离断加经腹吻合器行食管横断治疗食管胃底静脉曲张出血的疗效。**方法** 对2002年10月至2006年10月在我科行贲门周围血管离断加经腹食管横断吻合术治疗的26例门脉高压症食管胃底静脉曲张出血的临床资料进行回顾性分析。**结果** 26例中急诊手术2例,择期手术24例,近期无再出血及肝性脑病发生,远期随访16例,1~3年内再出血率3.84%,肝功能均有不同程度改善。**结论** 该手术近期疗效令人满意,是治疗门脉高压症食管胃底静脉曲张出血的一种有效术式。

关键词:门脉高压症;静脉曲张出血;断流术;食管横断;吻合器

中图法分类号:R573.205;R655.4;R657.34 **文献标识码**:A

Transabdominal paraesophagogastric devascularization plus esophageal transection for variceal bleeding of esophagus and gastric fundus

ZHANG Jian, ZHANG Xin-min (Department of General Surgery, The First People's Hospital of Tianmen, Tianmen 431700, China)

Abstract: Objective To explore the therapeutic effect of transabdominal paraesophagogastric devascularization plus esophageal transection for variceal bleeding. Methods From October 2002 to October 2006, 26 patients of portal hypertension received the treatment in our hospital. Their clinical data were retrospectively analyzed. Results In the 26 cases, 2 received emergency operation and 24 selective operation. After operation, no recurrent bleeding or hepatic encephalopathy took place in short term. The long-term follow-up was performed in 16 cases, of which recurrent bleeding rate was 3.84% in 1 – 3 years and liver function was improved to various degree. Conclusion The curative effect in near future of this operation is satisfactory. This operation is an effective method to treat variceal bleeding of oesophageal fundus and stomach in portal vein hyperbarism.

Key words: portal hypertension; variceal bleeding; devascularization; esophageal transection; stapler

食管胃底静脉曲张破裂出血是门脉高压症最严重的并发症,处理不当或不及时往往会导致患者死亡。贲门周围血管离断术是一种较好的手术方式,但存在断流不彻底的问题。我院2002年10月至2006年10月在贲门周围血管离断术中经腹应用消化道管状吻合器行食管下段横断术治疗门脉高压症食管胃底静脉曲张破裂出血26例,临床效果良好,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组病例共26例,其中男性18例,女性8例;年龄35~60岁,平均50岁。均为肝炎后肝硬化,均有上消化道出血史,均有不同程度的脾大和脾功能亢进。行急诊手术2例,择期手术24例。肝功能按Child-pugh分级属A级11例,B级10例,C级5例。除急诊手术1例外,凡肝功能B、C级者,均经积极护肝、退黄、利尿、降门压等支持治疗,待黄疸、腹水基本消退,再择期手术。术前均经纤维胃镜检查证实食管胃底静脉曲张(其中中度22例,重度4例)。

1.2 手术方法

①经左上腹直肌绕至剑突切口;②脾切除术,最好是二级血管处理脾蒂血管;③自胃体中、远1/3交界处开始,逐条离断近端2/3胃的大小弯侧血管,如胃短静脉、胃网膜左静脉、胃冠状静脉的胃支、胃后静脉、左膈下静脉;纵行剪开食管裂孔处浆膜,显露腹段食管,逐渐离断下段食管周围血管,包括胃冠状静脉食管支、高位食管支和(或)异位食管支,打断两侧迷走神经,充分游离食管下段6~8 cm,使其全周径裸露;④在幽门处纵行切开约4 cm切口,置入吻合器至贲门上2~4 cm处,用7号丝线将食管壁结扎在吻合器主体与砧体之间,旋紧后激发吻合器,切除一小段食管壁同时完成吻合(根据患者经济情况和食管周径大小选择进口美国外科公司或国产常州智业公司生产的消化道缝合器,分别为25#、27#和29#);⑤将胃管置入空肠,

作者简介:张 建(1979-),男,湖北省天门市人,硕士研究生,主治医师,主要从事肝胆及普胸外科方面的研究,发表论文5篇。电话:(0728)5237445,E-mail:zl_10@sina.com

收稿日期:2006-10-24;修回日期:2007-01-01

行幽门成形术。术毕于吻合口及左膈下各置引流管 1 根。

2　结果

本组一般术后第 2 天白细胞和血小板开始上升,至出院时二者均恢复到正常水平。全组近期无死亡病例,无肝性脑病及再出血发生。本组术后 1 例(3.84%)患者发生门脉系统血栓,表现为腹胀、轻度腹痛和血性腹水,行彩色超声多普勒和增强 CT 扫描后确诊。经予以抗凝、溶栓、祛聚等治疗治愈出院。2 例术后 1 个月内出现吻合口狭窄(7.6%),表现为进食哽咽感,随着进食增加逐渐缓解。全组无吻合口瘘及膈下感染发生。由于术中切断了迷走神经干,我们常规行幽门成形术,术后无 1 例发生排空障碍。分别于术后 1 月复查胃镜,25 例曲张的食管静脉完全消失,占总数的 96%,有 1 例仍有轻度的食管静脉曲张,但较前明显减轻。总的食管静脉曲张改善率为 98%。随访 16 例 1 ~ 3 年,其中 1 例出现再出血,再出血率为 3.84%,2 例因其他疾病死亡。总的术后存活率为 88.5%。

3　讨论

目前我国肝硬化门脉高压症的治疗模式已经发生了巨大的变化,其主流是对症治疗和非手术治疗,外科仅有选择地处理食管胃底静脉曲张出血和脾肿大、脾功能亢进等并发症。目前治疗门脉高压症合并食管胃底静脉曲张破裂出血的方法,欧美以分流术、肝移植术及经颈静脉途径肝内门体分流术,日本及我国则以断流术占支配地位,这都是由于肝病病因不同造成的。国外则以酒精性肝硬化为主,国内以肝炎后肝硬化为主,即使在南方血吸虫病区也有 30% ~40% 合并病毒性肝炎,而城市患者仍以肝炎后为主。20 世纪 70 年代以来,学术界认为,患者一旦发生消化道出血,表明患者肝功能受损,多属 Child-pugh 分级Ⅱ级或Ⅲ级,若采取分流术,均不同程度剥夺了门脉血对肝脏的有效灌注,对肝脏的代谢、功能及再生都是不利的。这就是断流术逐渐占支配地位的原因之一[1]。

目前国内肝硬化门脉高压症合并食管胃底静脉曲张破裂出血约占 25%,病死率 30% ~50%[2],多主张采用贲门周围血管离断术(Hassabi)和采用经胸腹食管横断的贲门周围血管离断术(Sugiura)。但 Hassabi 术式术后有一定再出血率,有文献报道术后近期出血率可达 13%[3],随访病例的出血率高达 18.8%[4]。究其原因主要是断流不彻底、离断的侧支重建在通、应激性溃疡,尤以遗漏血管造成的压力骤升的危害最大。近年来已知,在门脉高压时,于食管贲门部位的食管内环肌和外环肌之间有 1 组曲张静脉网,它将食管周围和黏膜下静脉网连接起来。常规的断流术只是将外层静脉切断,随血管的再生,势必发生侧支血管的重新开放,导致术后再出血。北京协和医院对食管胃底静脉出血病例进行胃镜加查发现:食管下段静脉曲张出血部位多集中在贲门上方 2 ~ 3cm 处[5]。因为该处曲张静脉在黏膜固有层中分布很丰富,数目和面积均超过食管上段和胃底。故单纯贲门周围血管离断术是不充分的,应联合食管横断。而 Sugiura 等[6]提倡的经胸横断食管和经腹离断贲门周围血管,虽然术后食管静脉曲张复发率为 5%,再出血率 1%,但手术死亡率过高[7]。Sugiura 在膈肌上方离断食管,远离了曲张静脉破裂的好发部位,阻断的是曲张血管的远端,反而可能增加了食管下段的曲张程度[8]。

贲门周围血管离断加食管横断术不仅适合于首诊病例,也适用于硬化治疗后再出血的病例和脾肾或门腔分流术后再出血的病例。适应证包括[5]:①门脉高压症仅伴有食管静脉曲张者;②原已行脾切除,门-腔、肠-腔或脾-肾分流估计再次手术分离食管下段贲门周围无大困难者;③肝功能还好,无其他重要脏器功能衰竭,能耐受一般大手术者;④急诊大出血患者。

通过本组病例的治疗,我们体会到要提高疗效,减少术后并发症,术中必须掌握以下几点:①选用与食管直径大小相匹配的吻合器,避免因吻合器口径过大造成食管撕裂、口径过小造成食管狭窄;②游离食管下段应足够长,并打断两侧迷走神经,是其全周径裸露;③横断部位应在贲门上 2 ~ 4 cm 处;④横断食管时应检查食管两端结合部位浆膜是否对合光滑完整及有无外周脂肪嵌入,以保证离断吻合质量;⑤在完成吻合食管吻合后可将膈肌脚上的腹膜与贲门浆膜间断缝合数针,以减少吻合口的张力。这样做的另一个好处是将食管下段腹膜化,可能会减少创面与周围组织的黏连,阻止侧支循环的重建[8];⑥常规将胃管置入空肠,除起到胃肠减压外,一则可早期行肠内营养,改善患者的营养状态,促进吻合口愈合,二则万一发生吻合口瘘,可以行肠内营养,为患者顺利渡过吻合口瘘早期内稳态失衡和严重感染阶段提供有力的物质基础,从而提高吻合口瘘的愈合率;⑦切割钉合后,取出吻合器,检查切割的食管环是否完整,周边是否大小均匀。

贲门周围血管离断加食管横断术取得满意疗效的原因是它不仅离断了食管下段的外层血管,且离断了食管肌层和黏膜表层、黏膜下层曲张的血管。术后被钉合的食管和局部愈合的瘢痕组织也能有效的阻隔血流进入曲张的静脉。故贲门周围血管离断加食管横断吻合术治疗门脉高压症的胃底食管静脉曲张出血更符合解剖生理特点。吻合器用于断流术,增加了断流的彻底性,对改善近期和远期疗效具有一定价值。

参考文献：

[1] 刘飞龙，张志伟，梅 斌，等. 贲门周围血管缝扎的食管横断术治疗食管胃底曲张静脉大出血[G]. 2005年武汉地区普外科学术年会论文汇编，湖北：湖北卫生出版社，2005，121－122.

[2] 张俊峰，陈积圣，陈规划，等. 自体脾移植联合食管横断吻合术治疗肝硬化门静脉高压症210例分析[J]. 中国实用外科杂志，2004，24(12)：733－734.

[3] 石运明，卞永生. 门静脉高压症的外科治疗[J]. 临床荟萃，2003，18(1)：59－60.

[4] 钟大昌，饶林强，薛云芳，等. 经腹离断术或联合离断术治疗门静脉高压症[J]. 中华外科杂志，1991，29(9)：561－563.

[5] 戚可名. 北京协和医院普通外科诊疗常规[M]. 北京：人民卫生出版社，2004：145－146.

[6] Sugiura M, Futagawa S. Esophageal transection with paraesophagogastric devascularizations (the Sugiura procedure) in the treatment of esophageal varices[J]. World J Surg, 1984, 8(5): 673－679.

[7] 杨 镇，裘法祖. 门脉高压症外科治疗中应重视的几个问题[J]. 肝胆外科杂志，2000，8(1)：1－2.

[8] 陈太忠，杨 强，余 正，等. 贲门周围血管离断术治疗食管胃底曲线静脉破裂大出血[J]. 消化外科，2006，5(3)：228.

（编辑 王 红）

个案与短篇

文章编号：1000-5404(2007)15-1522-01

脑出血3例误诊分析

文华海 （重庆市酉阳县人民医院内科，重庆 409800）

2004年9月至2006年6月我院收治脑出血患者380例，首诊误诊3例，现报告如下。

1 临床资料

患者1，男性，40岁，因“被人发现意识障碍1 h”于2004年9月24日21:00入院。“发现者”诉患者独自饮酒，现场有多处呕吐物，酒瓶内酒量减少100 ml。查体：体温35.5 ℃，脉搏84次/min，呼吸18次/min，血压150/90 mmHg；昏睡状，可嗅及酒精味，唇周、全身多处呕吐物附着，双侧瞳孔等大等圆，对光反射稍迟钝，颈软，神经系统未引出病理征。入院后考虑为“急性酒精中毒”，经正规洗胃、解酒、催醒、保肝、促排泄、抑胃酸分泌等治疗后，患者意识逐步清醒。约2 h后意识障碍再次加深，血压150/90－160/90 mmHg。经了解，患者平常酒量约250 ml，无高血压，故考虑脑血管意外。急诊头颅CT示脑出血，经积极抢救，但患者很快进入深昏迷，8 h后死亡。

患者2，女性，80岁，因“反复阵发性左侧头痛2个月，双下肢乏力1 d”于2006年7月1日8:30以“偏头痛”入院。4个月前曾因“低钾血症”住院治疗，既往无高血压病史。查体：体温36.5 ℃，脉搏78次/min，呼吸21次/min，血压160/84 mmHg；神志清楚，查体合作，双侧瞳孔等大等圆，对光反射灵敏，颈软，双下肢肌力Ⅳ级，肌张力稍降低，余未发现阳性病理征。血钾3.15 mmol/L，以偏头痛及低钾血症处理后患者头痛无缓解，稍有加剧，呈持续性，考虑颅内病变。行头颅CT示右侧外囊区小片状脑出血、脑萎缩。经卧床休息、促进血肿吸收、补钾、对症、支持、营养神经等治疗痊愈出院。

患者3，女性，38岁，因“突发意识障碍8 h余”于2006年5月26日18:00以“急性有机磷农药中毒”入院。发病前曾无保护连续喷洒有机磷农药8 h，院外应用甘露醇及阿托品后无好转，伴频繁呕吐而急诊入院。既往有反复头昏史10年。查体：体温36.7 ℃，脉搏70次/min，呼吸20次/min，血压160/100 mmHg；浅昏迷状，双侧瞳孔等大等圆，对光反射迟钝，颈软，余无阳性体征发现。入院后肌注阿托品2 mg后患者很快出现全身躁动，考虑合并颅内病变。经头颅CT检查示左侧外囊区3 cm×6 cm×4 cm出血灶，转脑外科手术治疗后好转出院。

2 讨论

脑出血临床表现不一，患者发病时头痛、头晕、抽搐、恶心呕吐、神志不清、感觉障碍为非特异症状，一些不典型的脑出血易与癫痫、短暂性脑缺血发作、酒精中毒、电解质紊乱、偏头痛和有机磷中毒等相混淆[1]。这3例误诊的主要原因是医师被病史中表面现象误导。患者1入院时因送诊者诉现场有大量呕吐物，且体检时嗅及酒精味而以急性酒精中毒处理，忽视患者血压升高的病情。当患者意识障碍再次加重时才想到有颅内病变，导致延误诊断。患者2入院前1 d出现乏力，且血钾偏低，而未考虑脑血管意外，未作常规检查。当患者头痛加剧后方作检查明确诊断。患者3虽有有机磷接触史，但是院外阿托品治疗未见意识障碍好转、无心率加快、流涎、多汗等中毒症状。这些均未被医师重视，意识障碍加重以后才考虑到脑出血。对患者病史分析不全面，对脑出血认识不够深刻，缺乏完备的辅助检查是误诊的主要原因。故对疑有脑血管意外的患者应常规行CT或MRI检查。

对于疑似脑出血病例，应全面收集病史、临床资料，并进行全面、综合分析，尽可能避免漏诊、误诊。特别是对于意识障碍的患者，应重视与初诊不相符合的症状和体征，对初诊及时调整，如有神经精神症状者建议早做颅脑CT或者MRI。

关键词：脑出血；误诊

中图法分类号：R743.34 文献标识码：B

参考文献：

[1] 杨玉红，刘 俊. 脑出血急性期开发高钠血症的临床研究[J]. 实用临床医药杂志，2006，10(10)：111－112.

（编辑 邓强庭）

作者简介：文华海(1971－)，男，重庆市酉阳县人，主治医师，主要从事外科临床方面的研究。电话：(023)75535222

收稿日期：2007-05-10；修回日期：2007-06-13