维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2005年第14卷第1期
J Regional Anat & Operative Surg, 2005, Vol.14, No.1

断分流联合术治疗门脉高压症117例分析

蔡清萍,王为民,黄海林,王 强,许 超,徐学俊 (第二军医大学附属长征医院外科,上海 200003)

[摘要] **目的** 探讨断分流联合术对门脉高压症的疗效。**方法** 总结1989至2001年采用断分流联合术治疗的117例门脉高压的疗效与经验。**结果** 所有患者肝功能均为child A~B级,均为择期手术,术前FPP为(2.93±0.31) kPa,无一例手术死亡。术后随访96例,再出血8例,肝性脑病16例,总病死率13.67 %。**结论** 断分流联合术综合了断流和分流的优点,是目前治疗肝功能A、B级门脉高压症的理想术式,但在治疗中须注意防止两种术式缺点的叠加作用。

[关键词] 断流术;脾肾分流术;门脉高压症;外科
[中图分类号] R657.3+4 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2005)01-0015-02

Combined portoazygous devascularization and splenorenal shunt for portal hypertension in 117 cases

CAI Qin-ping, WANG Wei-ming, HUANG Hai-lin, WANG Qiang, XU Chao, XU Xue-jun (Department of General Surgery, Changzheng Hospital, Second Military Medical University, Shanghai 200003, China)

Abstract: Objective To evaluate the therapeutic effect of combined portoazygous devascularization and splenorenal shunt for the treatment of portal hypertension. **Methods** Data from 117 cases of portal hypertension treated with combined portoazygous devascularization and splenorenal shunt from 1989 to 2001 were analyzed. **Results** The hepatic functions of all the patients were Child classes A and B. There was no death in 117 patients undergoing selective operation. The mean portal pressures before and after operation were (2.93± 0.28) kPa and (2.46±0.31) kPa, respectively. A follow-up of 96 patients showed that there were 8 cases of hemorrhage and 16 cases of hepatic encephalopathy. The total fatality rate was 13.67 %. **Conclusion** Combined portoazygous devascularization and shunt, superior to devascularization and shunt, is the ideal surgical procedure for portal hypertension patients with Child classes A and B hepatic functions.

Keywords: portal hypertension; splenorenal shunt; devascularization; surgery

断流及分流都有各自明显的缺陷如:再出血及肝性脑病等并发症,这些并发症迫使我们寻找一种对门脉高压症妥善且有效的外科治疗方法。我院自1989年到2001年采用断分流联合术治疗肝功能Child A~B级的门脉高压患者117例,疗效较确切,并发症较少,现就其临床治疗情况探讨如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

男101例,女16例 年龄:26~71岁,平均(44±3)岁,肝功能A级49例,肝功能B级68例。食道钡餐或纤维内镜检查均显示有不同程度的食道静脉曲张,78例有出血史,12例有反复出血史。

1.2 手术方式

联合断流术:贲门周围血管离断术加吻合器食管下端横断术加远端脾肾静脉分流术。

2 手术结果

本组患者肝功能较好,均为Child A~B级,均为择期手术,无一例手术死亡,全部患者术后半年,均达到止血目的,复查(吞钡)食道静脉曲张明显改善49例,基本消失或消失者58例,后期随访96例,随访率为82.5%,随访时间为2~12年。术后再出血8例,肝性脑病16例,死因主要为肝功能衰竭10例,肝癌1例,消化道大出血1例,肺部感染2例,膈下感染2例,总病死率13.7%,5年生存率98.3%,10年生存率84.6%。术前行彩色多普勒显像对门静脉血流动力学进行观察(共49例),直径为1.3~1.8 cm,术后复查较术前平均缩小约0.4 cm,术中均经横结肠中静脉插管测量自由门静脉压力,术前平均值为(2.93±0.28) kPa,断分流手术完成后自由门静脉压力平均值为(2.46±0.31) kPa.术后半年到3年有26例患者行血管造影检查,发现分流处通畅,且较术中有扩张,门肠分流处有分流血管网形成。

3 讨论

虽然根治门脉高压的手术方法是肝移植,但在我国很长一段时间内,仍有大量的病人等待手术,而肝移植价格昂贵,手术并发症较多,且不够普及等实际情况都迫使我们去探索一种既能有效控制出血,又能降低门脉压力且保证向肝血流灌注的术式。

[作者简介] 蔡清萍(1969-),男,江西省波阳县人,讲师,博士,主要从事胰腺基因与外科治疗及乳腺微创治疗的研究。电话:63610109-73952

[收稿日期] 2004-10-12 [修回日期] 2004-11-01

维普资讯 http://www.cqvip.com

断分流联合术从理论上吸取了断流术和分流术的优点[1]，一方面切除脾脏及断流，从而达到止血的目的，且保证了肝血流量，而分流术通过降低门脉的压力来止血。本研究结果显示：分流后门静脉压力降低了，当加做断流后其压力有不同程度的上升，但总的效果是术后门脉压力（2.46 ± 0.31）kPa，较术前（2.93 ± 0.28）kPa低。彩色多普勒的结果亦显示该术式既能适当降低门脉压力，又能使血流量维持在正常高值，起到止血的目的同时又能维持相对较多的门脉向肝血流灌注。从临床效果看，手术死亡率低，术后再出血8例，肝性脑病16例，总病死率13.7 %，5年生存率98.3 %，10年生存率84.6 %，总的疗效较以往单一的断流术或分流术好，因此，断分流联合术是治疗门脉高压症较理想的一种术式[2]。

现在较统一的认识是断分流联合术术后再出血率约9 %，且肝性脑病发生率低，其既能有效控制食管曲张静脉破裂出血，又能保持有效的门静脉血流向肝脏[3]。断分流联合术的分流术有多种术式，选择远端脾肾分流术，分流口径必须有较确定的限制和固定，否则轻微的口径改变会产生较大的分流量的改变，从而使并发症升高，影响疗效。我们的经验是选用适当的人造血管，自身血管或利用大网膜控制分流口径，而吻合口的位置应远离肝门，降低肝性脑病发生率，同时能保持肝灌注及肝门解剖完整不影响后续治疗如肝移植。

断分流术的近远期疗效满意，止血效果持久确切，肝性脑病发生率低，断分流术综合了断流术及分流术的优点，扬长避短，既保持了门脉血流的肝灌注，降低肝性脑病的发生率，又缓解了门静脉系统的高压状态，减少了再出血率及门脉高压性胃病的发生，临床疗效更满意，但该术式创伤大，操作较复杂，本研究认为应选择肝功能较好的如Child A或B级的患者进行手术，另外，合理的选择断流术与分流术的不同组合，以及分流口径的大小，部位，限制方法仍是我们今后研究的方向[4]。

[参考文献]

[1] Boyer TD. Pharmacologic treatment of portal hypertension : past present and future[J]. Hepatology, 2001, 34(4): 834 - 839.
[2] Ottesen LH, Aagaard NK, Kiszka KM, et al. Effects of a long-acting formulation of octreotide on renal function and renal sodium handling in cirrhotic patients with portal hypertension: a randomized, double-blind, controlled trial[J]. Hepatology, 2001, 34(3): 471 - 477.
[3] Shah SR. The difficulties in carrying out this study comparing three established modalities of preventing recurrent variceal hemorrhage in patients with portal hypertension[J]. Ann surg, 2001, 234(2): 263 - 265.
[4] 王为民，王国宏，查 玮，等.联合术治疗门静脉高压症22例[J].中国普通外科杂志，2003，70(12)：105 - 106.

（编辑：邱全光）

·个案与短篇·

高速涡轮钻拔除下颌阻生智齿方法的探讨

霍 虹 （佳木斯铁路医院口腔科，黑龙江 佳木斯 154002）

[关键词] 高速涡轮钻；阻生智齿；探讨
[中图分类号] R782.11 [文献标识码] B [文章编号] 1672 - 5042(2005)01 - 0016 - 01

笔者应用高速涡轮钻拔除下颌阻生智齿258例，术前常规拍X线片，结合临床检查，分析智齿阻力，确定去除阻力的方法和步骤，取得了满意效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

下颌阻生齿患者258例，男156例，女102例。年龄最大45岁，最小20岁。其中低位垂直位阻生齿99例，前倾位阻生齿76例，水平位阻生齿83例。

1.2 手术设计与操作

1.2.1 低位垂直位阻生齿 如仅有冠部骨阻力，则用钻针磨除阻力后用牙挺挺出；如根部阻力较大者，则从颊侧牙颈部钻沟，用三角挺撬断牙冠后再用钻针分根后用牙挺挺出；若有软组织阻力则需切开翻瓣后再用钻针钻除冠周最突点以上或根分歧间的骨阻力。

1.2.2 前倾位阻生齿 低位前倾位阻生齿需用钻针去除冠周阻力，先磨除冠上部覆盖的骨质，再磨除颊侧及远中骨质，达牙冠外形高点下方；高位前倾位阻生齿直接用钻针置于近中颊沟处行颊舌向切割，斜行离断牙冠近中部分，再用增隙法挺出远中部分。

1.2.3 水平位阻生齿 其远中切口的近端应偏向第二磨牙远中舌侧角，以扩大手术视野，并可避免钻针卷进软组织。用钻针环形切割覆盖在牙冠上的骨质后，用钻针贴冠面在颊、舌侧作适当增隙[1]。冠周阻力去除后，牙根无阻力者可直接挺出；

（下转18页）

[收稿日期] 2004 - 09 - 25 [修回日期] 2004 - 11 - 03