维普资讯 http://www.cqvip.com

·经验交流·

远端脾腔分流术治疗门静脉高压症56例

Portal hypertension treated by distal end spleen shunt in 56 cases

郑冰生,纪孝良 (佳木斯市中心医院二部,黑龙江 佳木斯 154002)

[关键词] 远端脾腔分流术;门静脉高压症
[中图分类号] R657.34 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)04-0251-01

远端脾腔分流术(DSCS)克服了远端脾肾分流术(DSRS)受左肾静脉解剖变异的限制和术后可能并发左肾静脉高压、早期再出血的危险,而且操作较DSRS容易,术后脾静脉压力可降至正常范围,更有利于胃-脾静脉系统的减压,从而有效地防治食管胃底曲张静脉破裂出血[1-2]。我院1988年采用DSCS治疗肝炎肝硬变门静脉高压症55例,血吸虫肝硬变门静脉高压症1例,手术方法不断改进和完善,治疗效果亦不断提高。现将56例DSCS临床疗效报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组资料56例,其中男49例,女7例。年龄39.5~51.5岁。肝功能(Child)分级,A级40例,B级12例,C级4例。小量或中等量腹水7例,中等量胸水1例。有上消化道出血史43例,有中度或重度食道静脉曲张,但无出血史13例。

1.2 手术方法

DSCS手术的关键是游离脾静脉,近端游离尽量靠近脾门,其远端游离至门静脉汇合部,达到脾静脉与胰腺间的数支胰腺小静脉彻底断流(脾胰断流)。在游离脾静脉时,有时会遇到粗大的冠状静脉,约占34.8%。粗而短的冠状静脉处理很困难,用无损伤血管钳在冠状静脉流入脾静脉的两侧钳夹,阻断脾静脉血流,再钳夹冠状静脉,并切断,以5-0线连续缝合脾静脉端。为预防冠状静脉出血,亦可在胃小弯侧胰腺上缘将冠状静脉结扎。游离下腔静脉,一般长约6~7 cm,上至左肾静脉下缘。间断缝合在左侧下腔静脉鞘与脾静脉鞘、左侧后腹膜间组织,以缩短其间距和预防术后淋巴腹水的发生。手术中,脾静脉阻断时间长,在脾腔静脉吻合口后壁吻合完毕后,应常规开放脾静脉血流,排出脾静内血栓,吻合口用肝素生理盐水冲洗。

2 结果

本组术后并发腹水14例,其中大量腹水2例与FPP高和急诊手术后肝功能不稳定有关。再次出血5例。手术死亡5例,出院后死亡6例,死亡率19.6%。随访5年以上生存者40例,5年生存率为71.4%。

3 讨论

门静脉高压症的外科治疗主要是针对解决食管胃底曲张静的破裂出血,其次是纠正脾大和脾功能亢进。主要的手术法有门体静脉分流术和门奇静脉断流术,以及目前蓬勃发展的肝移植术。大量临床资料表明,分流术可即止血,并且远期止血效果满意,其控制出血率可达85%~100%[2-3]。

再出血的原因及预防:①脾静脉和脾静脉吻合口有张力,直接影响脾静脉血流速,这是术后再出血的主要原因。充分游离脾静脉和下腔静脉,并结扎、切断1支腰静脉是减低吻合口张力的主要措施。②术后大量腹水和腹膜水肿,增加了脾静脉和脾腔静脉吻合口张力,导致脾静脉高压、脾静脉血流速减慢、血栓形成和再出血有腹水,术后早期输入人体白蛋白、小剂量利尿剂和适当控制钠盐摄入可预防腹水和腹膜后水肿的发生。③脾静脉炎及其周围炎,术后极度易发生脾静脉栓塞。遇有脾静脉炎者应放弃DSCS手术。④远端脾静脉一腔静脉人造血管桥式分流,本组1例术后2年发生人造血管栓塞、再出血。以往我们也有用人造出血管桥划分流发生栓塞的经验,故应避免采用人造血管、必要时可选用自体颈内静脉或脐静脉行桥式分流。⑤胃小弯侧胃冠状静脉和胃后壁侧支循环断流不全也是常见的再出血原因。本组病例选择性腹腔动脉造影显示,术膈肝固有动脉增粗,肝动脉血供增加。从彩色多普勒超声和选择性腹腔动脉造影结果表明DSCS手术对肝脏总的血供影响不大,因此病人术后一般恢复较快,多在2周内出院。

在DSCS手术进展过程中,由于经验不足、手术指征掌握不严造成了再出血率和手术死亡率的增高[2-3]。充分的术前准备,严格手术指征的选择和提高手术技巧,做到脾腔静脉吻合口无张力是保证吻合口通畅,预防术后发生再出血的关键,以降低再出血率和手术死亡率,从而提高治疗效果,提高5年生存率。

[参考文献]

[1] 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.
[2] 徐新保,蔡景修,董家鸿,等.不同手术方式对门体分流率和肝功能影响的实验研究[J].消化外科,2004,3(1):46-49.
[3] 魏云巍,张伟辉.门静脉高压症外科治疗的新进展[J].局解手术学杂志,2003,12(1):71-74.

[收稿日期] 2007-03-15 [修回日期] 2007-04-11

(编辑:郭光金)