维普资讯 http://www.cqvip.com

19 门脉高血压；脾切除；外科手术，临床分析

局解手术学杂志 1995 年第 4 卷第 3 期总第 15 期

脾切除术治疗门脉高压症临床分析

浙江绍兴第二医院外科 李玫维 陈国华

神经内科 金耀卿

（浙江绍兴，邮政编码312000）

R657.340.5

我院自 1983 年 6 月至 1992 年 4 月，采用脾切除术治疗门脉性肝硬化所致的门脉高压症 54 例，取得较好效果。现将该组近期与远期的疗效分析如下：

临床资料：本组病例年龄最小的为 21 岁，最大者为 62 岁，其中以 32～48 岁者居多，为 42 例。病史有上消化道出血者 32 例。本组 54 例，行 X 线检查者 52 例（另 2 例因大出血而行急症手术），均有食管静脉曲张。其中单纯脾切除术 20 例，余 34 例附加大网膜包肝包肾 30 人次，冠状静脉结扎 10 人次，胃底静脉结扎 5 人次，门奇静脉断流 2 人次。

child 分级情况：A 级 14 例，占 25.9%；B 级 26 例，占 48.1%；C 级 11 例，占 20.4%；资料不全者 3 例，占 5.6%。

手术时机：治疗性手术 38 例（急症手术 10 例，择期手术 28 例），预防性手术 16 例。

近期手术效果：手术死亡 3 例，死亡率为 5.6%。3 例均为治疗手术，肝功能均属 C 级，其中 2 例为急症手术。3 例死亡原因分别为肝肾综合征，肝功能衰竭及肝性昏迷。急症手术止血率：10 例急症手术中 9 例获得确切止血效果，止血率为 90%。手术前、后门静脉压力变化：手术前、后均测门静脉压力者为 20 例。降低者 10 例（50%），最大降压 1.47Kpa（15cmH_2O），最小降压 0.098Kpa（1.0cmH_2O），平均降压 0.80Kpa（8.2cmH_2O），升高者 10 例（50%），最大升压 0.98Kpa（10cmH_2O），最小升压 0.098Kpa（1.0cmH_2O），平均升压 0.39Kpa（4.0cmH_2O）。手术并发症：术后共发生并发症 8 例次（14.8%）：近期再出血 2 例次；膈下感染 2 例次；切口裂开 3 例次；肝胃综合症 1 例次；肝功能衰竭 1 例次；肝性昏迷 1 例次。

随访结果：本组术后随访到 46 例（3 例住院死亡，2 例失访），随访率为 95.8%。随访时间最长为 7 年 3 个月，最短为 5 个月。(1) 术后出血及再出血：获得随访的 46 例中，15 例为预防术后，31 例为治疗性术后的病例。15 例预防性有 2 例发生术后出血，术后出血率为 13.3%，31 例治疗性术后有 5 例发生再出血，术后再出血率为 16.1%。7 例均用内科保守治疗后自然止血。(2) 生存率：如将失访的 2 例按死亡计，术后 1 年绝对生存率为 88.1%（37/42）；3 年绝对生存率为 75%（9/12）；5 年绝对生存率为 75%（6/8）。(3) 远期死亡率：获得随访的 46 例中有 3 例死亡，远期死亡率为 6.5%。(4) 手术前后有肝功能对照者 20 例，术后好转者 10 例（50%），无变化者 10 例（50%）。(5) 食管静脉曲张变化情况：生存的 43 例中有 20 例得到 X 线复查，术后静脉曲张消失者 10 例（50%），改善者 5 例（15%），无变化 5 例（15%）。(6) 脑病发生率：本组随访病例中，未见脑病发生。(7) 劳动力变化情况：生存的 43 例中有 39 例（90.7%），在出院后 6 个月内恢复原来工作，3 例在家从事家务，1 例仍在休养中。

讨论：目前治疗门脉高压症的手术方法较多，我们感到脾切除术治疗门脉高压症受病人一般情况及肝功能限制较分流术小，适应症广泛，该术式的远期生存期较高（75%）。急症止血率、再出血率与分流术相比基本相似，但脑病发生率却明显低于分流术。与传统的各种门体分流术比较，该术式简便安全，并发症少，无肝性脑病发生，远期生存率高，生存期生活质量高。故我们认为：在治疗和预防食管曲张静脉大出时是值得采用的方式，这一点对于条件不足的医院，尤有一定的参考意义。

参考文献 略

（收稿：1994—07—25）