DOI:10.16016/j.1000-5404.2004.14.021

参考文献:

[1] Roth T, Ackermann R, Stein R, *et al*. Thirteen years follow-up after radical transsternal thymectomy for myasthenia gravis. Do short-term results predict long-term outcome[J]? Eur J Cardiothorac Surg, 2002, 21(4): 664-670.

[2] Budde J M, Morris C D, Gal A A, *et al*. Predictors of outcome in thymectomy for myasthenia gravis[J]. Pathol Res Pract, 2002, 198(8): 553-558.

[3] 张宗泰, 信国玺, 韩振东, 等. 重症肌无力围手术期治疗体会[J]. 中华医学写作杂志, 2000, 7(6): 625-626.

[4] Papatestas A E, Gnkins G, Kornfeld P, *et al*. Effects of thymectomy in myasthenia gravie[J]. Ann Surg, 1987, 206(1): 79-88.

[5] Masaoka A, Yamakawa Y, Niwa H, *et al*. Extended thymectomy for myasthenia gravis patients: a 20-year review[J]. Ann Thorac Surg, 1996, 62(3): 853-859.

[6] 李 忠, 崔永生, 张振和, 等. 胸腺切除治疗重症肌无力临床探讨[J]. 中国现代医学杂志, 1995, 6(1): 12-13.

[7] Kas J, Kiss D, Simon V. Decade-long experience with surgical therapy of myasthenia gravis: early complications of 324 transsternal thymectomies[J]. Ann Thorac Surg, 2001, 72(5): 1691-1697.

(编辑 汪勤俭)

文章编号: 1000-5404(2004)14-1277-02

个案与短篇

216例肝硬变患者非食管胃底静脉曲张破裂出血临床分析

Clinical analysis of 216 cases of nonesophago-gastric varices hemorrhage in cirrhosis of liver

冯爱娟[1], 王宗海[2], 陈东凤[1] ([1] 第三军医大学大坪医院野战外科研究所消化内科, 重庆 400042; [2] 解放军第71352部队医院门诊部, 安阳 455000)

1 资料与方法

1.1 研究对象

收集我院20年(1982-01-2002-10)临床确诊为肝硬变非静脉曲张性消化道出血病人共216例。男性164例, 女性52例, 平均年龄49.5岁(13~86岁), 其中肝炎后肝硬变174例, 酒精性肝硬变29例, 胆汁性肝硬变10例, 血吸虫肝硬变3例。肝硬变代偿期35例, 失代偿期181例, 临床表现为呕血、暗红色血便或黑便, 呕吐物或大便潜血阳性。

1.2 方法

216例患者经临床确诊为肝硬变并消化道出血, 在出血后24~48 h内进行急诊胃镜检查。食管静脉曲张程度根据国内分级标准[1], 分为轻度: 血管直径< 3 mm; 中度: 血管3~6 mm; 重度: 血管> 6 mm。肝功能按Child标准, 分为A、B、C级。胃镜检查时抽取胃液2 ml, 行pH值测定。对10例肝硬变伴消化道出血者胃镜检查未见出血病灶者, 行肠镜检查。

1.3 统计学处理

用χ^2检验。

2 结果

2.1 内镜观察

所有患者均有不同程度的食管或胃底静脉曲张(轻度34例, 中度55例, 重度127例), 但无曲张静脉破裂出血的表现。门脉高压性胃病123例, 占56.9%。门脉高压性胃病(PHG)病灶局限于胃窦89例(72.4%), 局限于胃底16例(13.0%), 累及全胃18例(14.6%)。镜下见胃粘膜呈蛇皮状改变, 弥漫性充血, 同时见新鲜点状出血灶51例(41.5%), 糜烂、弥漫性出血72例(58.5%), 大出血11例。肝源性溃疡(hepatogenic ulcer, HU)75例, 占34.7%, 其中十二指肠球部溃疡45例(60%), 胃溃疡20例(26.7%), 复合性溃疡8例(10.7%), 食管溃疡2例(2.6%), 大出血8例。溃疡直径0.5~8 cm, 溃疡形态多呈圆形或椭圆形, 可见溃疡基底覆盖污秽厚苔, 苔上或边缘处见活动性出血或附着血痂。胃窦粘膜下小动脉出血4例, 占1.9%。钩虫病4例, 占1.9%。肠镜发现溃疡性结肠炎3例, 占1.4%, 直肠溃疡3例, 占1.4%, 结肠癌2例, 占0.9%, 痔疮2例, 占0.9%。

2.2 PHG、HU出血与食管胃底静脉曲张及肝功能child分级的关系

PHG、HU之间与食管胃底静脉曲张程度无显著差异$\chi^2=0.34$, $P>0.05$, 二者均在静脉曲张重时出血率最高, 轻、中之间比较χ^2值分别为3.72、3.972; 中、重之间χ^2值分别为33.6、13.1, P值均< 0.01。PHG、HU之间与肝功能状态无显著差异$\chi^2=0.98$, $P>0.05$, 二者出血率在肝功能C级时最高, A、B级之间比较χ^2值分别为1.77、1.90, P值均> 0.05; B、C级之间χ^2值分别为46.7、13.3, P值均< 0.01(表1)。

表1 PHG、HU出血与食管胃底静脉曲张及肝功能Child分级的关系[例数(%)]

	食管胃底静脉曲张			肝功能Child分级		
	轻	中	重	A	B	C
PHG	18(14.6)	30(24.4)	75(61.0)	18(14.7)	26(21.1)	79(64.2)
HU	11(14.7)	21(28.0)	43(57.3)	13(17.3)	20(26.7)	42(56.0)

作者简介: 冯爱娟(1973-), 女, 河北省安国市人, 硕士, 主治医师, 主要从事脂肪肝方面的研究。电话: (023)68719640

收稿日期: 2003-01-25; 修回日期: 2003-09-05

(下转1280页)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

病例出现严重或长期漏气。术后加强排痰，及时发现和处理肺部感染与肺不张，痰多、粘稠而不易排除时，可纤支镜下吸痰和支气管灌洗。此外，在积极 LVRS 围手术处理的同时，要注意同期手术的相应处理。如食管贲门癌术后应禁食、胃肠减压，同时加强营养。若为恶性肿瘤，术后应给予抗肿瘤治疗，以期获得良好的综合疗效。

参考文献：

[1] Pezzetta E, Fitting J W, Ris H B. Advances in thoracic surgery: emphysema and simultaneous bronchial carcinoma[J]. Swiss Med Wkly, 2003, 133(1—2): 4—8.

[2] 张灿斌, 王 强, 曹凤云. 食管贲门癌合并哮喘的外科治疗[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2000, 7(5): 40—42.

[3] 丁嘉安, 姜格宁. 肺切除并肺减容术治疗肺癌及重度肺气肿[J]. 中华胸心血管外科杂志, 2000, 16(8): 193—195.

[4] Mckenna R J. Combined operations for lung volume reduction surgery and lung cancer[J]. Chest, 1996, 110(4): 885—888.

[5] Edwards J G, Duthie D J, Waller D A. Lobar volume reduction surgery: a method of increasing the lung cancer resection rate in patients with emphysema[J]. Thorax, 2001, 56(10): 791—795.

[6] Fishman A, Martinez F, Naunheim K, *et al*. A randomized trial comparing lung volume reduction surgery with medical therapy for severe emphysema[J]. N Engl J Med, 2003, 348(21): 2059—2073.

[7] 曲家骐, 高 昕, 童向东, 等. 肺减容术治疗慢性阻塞性肺气肿[J]. 中国胸心外科临床杂志, 2002, 9(1): 32—34.

[8] Yusen R D, Lefrak S S, Gierada D S, *et al*. A prospective evaluation of lung volume reduction surgery in 200 consecutive patients[J]. Chest, 2003, 123(4): 1026—1037.

[9] Ciccone A M, Meyers B F, Guthrie T J, *et al*. Long-term outcome of bilateral lung volume reduction in 250 consecutive patients with emphysema[J]. J Thorac Cardiovasc Surg, 2003, 125(3): 513—525.

[10] 姜格宁, 丁嘉安, 周 晓, 等. 肺容积减少术治疗重度肺气肿患者的围术期处理经验[J]. 中国危重病急救医学, 2002, 14(3): 131—133.

（编辑 张大春）

（上接1277页）

2.3 胃内 pH 值与出血的关系

PHG、HU 之间与胃内 pH 值无显著差异（$\chi^2=0.81$, $P>0.05$），二者均在胃内 pH 值＜2 时出血率最高，pH＜2 与 pH2～4 之间比较，χ^2 值分别为 7.23、10.8，pH 2～4 与 pH＞4 之间，χ^2 值分别为 24.8、7.78，P 值均＜0.01。

表 2 **PHG、HU** 出血与胃内 **pH** 值的关系[例数(%)]

出血形式	胃内 pH 值		
	＜2	2～4	＞4
PHG	66(53.7)	45(36.6)	12(9.7)
HU	43(57.3)	23(30.7)	9(12.0)

3 讨论

肝硬变发生消化道出血尤其是以呕血为主要表现的患者中，往往首先考虑到食管胃底静脉曲张破裂，用三腔二囊管压迫等方法处理，但有时并不能收到良好的止血效果，随着急诊内镜的广泛开展，人们逐渐认识到非食管胃底静脉曲张破裂出血也是肝硬变消化道出血的常见原因，其中以 PHG、HU 较常见。PHG 以往称之为急性出血性胃炎、急性胃粘膜病变、充血性胃病等。

肝硬变门脉高压并 PHG、HU 并出血，发生率较一般人群高，其主要发病机制是由于门脉高压时内脏瘀血，粘膜下动、静脉短路，胃粘膜有弥漫性毛细血管及静脉扩张，粘膜下静脉扭曲管径不规则，粘膜下小动脉变直扩张动静脉吻合，粘膜固有层血管数量增多扩张，胃粘膜血流灌注量明显降低，血液瘀滞造成胃粘膜被动性充血，各种物质交换障碍引起胃粘膜糜烂出血；肝功能不全时，对体内泌酸物质灭活降低，经侧支循环进入体循环，促进胃酸分泌造成胃粘膜损坏出血[2]；肝硬变时内分泌失调，激素灭活能力下降，血中胃泌素、组织胺升高，刺激壁细胞分泌胃酸增加，本组资料表明，PHG、HU 出血发生率随静脉曲张程度加重而增加（$P<0.01$），随肝功能损伤程度加重而升高（$P<0.01$），与文献[3,4]结果相同，且与胃内 pH 值关系密切。

PHG、HU 出血一旦确诊就应进行积极的内科综合治疗，内镜检查发现溃疡灶有活动性出血者，经内镜局部喷洒止血剂如凝血酶等可达到满意的止血效果[5]；以降低门脉高压的药物如生长抑素（施他宁）、垂体加压素为首选，以及静滴法莫替丁或质子泵抑制剂奥美拉唑，抑制胃酸分泌促进粘膜修复，补充维生素 K1，可获得满意疗效。对经严格内科保守治疗仍反复出血的患者，只要全身情况及肝功能允许，应不失时机地选择外科手术。由于肝硬变的基本病因不能去除，HU 患者的溃疡同期愈合率比单纯性消化性溃疡的愈合率明显降低，因此疗程需适当延长。

通过本组病例分析认为，PHG、HU 出血值得临床重视。对于门脉高压上消化道出血如果血压平稳均应急诊胃镜检查，明确诊断，避免盲目认为食管胃底静脉曲张破裂出血行三腔二囊管压迫治疗而贻误病情。另外要注意降门脉压治疗，预防出血。本组病例中因并发溃疡性结肠炎、直肠溃疡、结肠癌、痔疮出血也占一定比例，因此，对于胃镜检查阴性的患者，应尽早行肠镜检查，排除肝硬变并下消化道出血疾患。

关键词：肝硬变；食管胃底静脉曲张；消化道出血
中图法分类号：R657.310.6 文献标识码：B

参考文献：

[1] 李益农, 陆星华. 消化内镜学[M]. 北京: 科学出版社, 1998. 178.

[2] 盛红光, 寿楠海. 门脉高压性胃病的研究现状与进展[J]. 山东医药, 1999, 39(11): 43—44.

[3] Primignani M, Dell' Era A, Fazzini L, *et al*. Portal hypertensive gastropathy in patients with cirrhosis of the liver[J]. Recenti Prog Med, 2001, 92(12): 735—740.

[4] Ferraz J G, Wallace J L. Underlying mechanisms of portal hypertensive gastropathy[J]. J Clin Gastroenterol, 1997, 25(Suppl 1): 73—78.

[5] Khanevich M D, Koshevoi A P. The treatment in ulcerative hemorrhages in patients with liver cirrhosis and portal hypertension[J]. Vestn Khir Im I I Grek, 2000, 159(2): 27—30.

（编辑 薛国文）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net