DOI: 10.16016/j.1000-5404.1999.11.022

文章编号: 1000-5404(1999)11-0834-03

门静脉高压症术后再出血外科治疗的探讨——附 65例临床分析

刘吉奎,蔡景修,董家鸿,别 平,王曙光,韩本立,何振平,李智华 (第三军医大学附属西南医院肝胆外科中心,重庆 400038)

【提要】 目的: 探讨门脉高压症术后再出血外科治疗手术方式的选择。方法: 本文总结了 65例门脉高压症术后再出血的治疗情况。结果: 47例采用了不同术式的外科治疗,其中行肠腔侧侧分流术 29例,肠系膜下静脉腔静脉分流术 6例,肠系膜上静脉属支腔静脉分流术 4例,肠系膜上静脉属支左肾静脉分流术 2例,断流术 6例,手术死亡 5例。结论: 外科治疗目前仍是治疗门脉高压症术后再出血的主要手段,且以择期手术为宜,其中肠腔侧侧分流术是断流术后再出血治疗的首选术式;选择性分流术(DSRS,DSCS)术后再出血的外科治疗主要采用脾切除加断流术;当肠腔分流术后再出血时,行肠系膜下静脉左肾静脉分流术或肠系膜上静脉属支腔静脉分流术是可行的,手术创伤小,疗效较好。

关键词 门静脉高压症;再出血

中图法分类号 R619; R657.34 文献标识码 A

1989~1999年的 10年间,我院采用不同术式治疗门静脉高压症 392例,手术后再出血 65例,占 16.58%,其中 47例行再次手术治疗,并取得了较好疗效,现总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 65例,男性 55例,女性 10例。平均年龄 42.2岁(3~67岁)。病因: 肝炎后肝硬变 62例,肝外门静脉阻塞 2例,胆汁性肝硬变 1例。肝功能 Child分级: A级 37例,B级 18例和 C级 10例。术前有上消化道出血史 61例,占 93.85%;无出血史 4例。出血距第 1次手术时间为 2 d至 5年以上不等。

1.2 手术方式与再出血

断流术后再出血率为 20.18% (44/218);门体分流术后再出血率为 13.91% (16/115);选择性分流术后再出血率为 8.47% (5/59),见表 1

1.3 术后再出血的治疗方法

65例中 47例施行了再次手术,见表 2 其中肠腔侧侧分流术 29例,占 61.7%;非手术治疗 18例,其中 4例为小量出血经保守治疗后痊愈,其余 14例肝功能很差,出现黄疸、腹水,甚至肝肾综合症或合并肝癌等,已失去手术机会。

表 1 手术方式与再出血

Tab 1 Styles of operation and rehemorrhage

Styles of operation	Cases	Rehemorrhage	%
Portaazygous disconnection (PAD)	218	44	20.18
Portasymstimic shunt(PCS)	115	16	13.91
Side-to-side mesenterico-caval shunt (MCS)	66	8	
Inferior mesenterico-caval shunt(IMCS)	25	3	
Spleno-caval shunt	16	3	
Branch of mesenterico-caval shunt (BMCS)	5	1	
Branch of mesenterico-left renal vein shunt(BMRS)	1	1	
Inferior mesenterico-left renal vein shunt	2	0	
Colonic media vein-caval shunt	1	0	
Selective shunt (SS)	59	5	8.47
Distal spleno-caval shunt (DSCS)	51	3	
Distal spleno-left renal vein shunt	4	1	
Coronary vein-left renal vein shunt	1	1	
Coronary vein-caval shunt	3	0	

表 2 65例再出血治疗方法

Tab 2 Treatment of rehemorrhage in 65 cases

Style of treatme befor rehemorrhge	Cases	styles of treatment					
		MCS	IMCS	BMCS	BMRS	PAD	Nonspecific treatment
PAD	44	28	6				10
PCS	16			4	2	3	7
SS	5	1				3	1
Total	65	29	6	4	2	6	18

1.4 术后再出血死亡

65例中死亡 19例。再手术的 47例中,术后死亡 5例(10.64%);非手术的 18例中,死亡 14例(29.55%)。

作者简介: 刘吉奎,男,33岁,讲师,博士

收稿日期: 1999-08-06;修回日期: 1999-10-08

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

断流术后再出血 44例中,34例行再次手术,死亡 3例,分别行肠系膜上静脉属支腔静脉分流和肠系膜下静脉腔静脉分流及肠腔侧侧分流术,吻合口径分别为 5 mm 6 mm和 6 mm,2例术后仍出血不止死亡,1例为术后 1月再出血死亡。另外非手术治疗 10例全部死亡,均为病情重失去了手术机会,其中 2例合并原发性肝癌,1例十二指肠球部溃疡,4例内窥镜硬化治疗后再出血。

门体分流术后再出血 16例中,行再次手术 9例,死亡 1例,死亡原因为术后相继出现血性胸水、胃储留及出血;采用非手术治疗 7例,死亡 3例。

选择性分流术后再出血 5例中,4例再次手术,死亡 1例,死亡原因为术后因膈下及肺部感染;非手术治疗 1例死亡。

2 讨论

2.1 术后再出血的原因

2.1.1 手术固有的局限性　　引起门脉高压症的主要原因是肝硬变,目前治疗门脉高压症基本上都是针对出血,术后肝硬变这一引起门脉高压症的根本因素仍然存在,这是术后再出血的根本原因之一。

2.1.2 手术操作中的因素　　在分流术中,血管吻合技术如何,门奇断流术中,断流的范围与彻底性怎样,直接影响手术效果。技术熟练与否其效果必然有所不同。这是同一手术效果不同的原因[1]。

2.1.3 肝脏代偿功能　　Sherlock[2]指出,药物和经内窥镜注射硬化剂预防食管静脉出血的结果取决于肝细胞的功能。肝功能不良是早期出血的一个重要因素,而且死亡率高[3]。晚期肝硬变病人常合并有凝血机制障碍,这样更易发生上消化道出血。

2.1.4 局部因素　　胃酸反流所致食管下端粘膜炎症、糜烂可诱发食管曲张静脉破裂出血,近来虽有人对此提出异议,但仍有争议。Larson等[4]认为门脉压力的升高对食管静脉曲张的发生及破裂出血是必须的,但还不够,因为许多门脉高压合并食管静脉曲张病人从未发生出血。这说明除门脉压力增高外,可能还有局部因素的作用。

2.1.5 其它因素　　酗酒是引起术后出血的常见原因,另外,腹内压增高的各种因素,如妊娠、呼吸道感染、大量腹水等,也被认为是食管曲张静脉出血的诱发因素。

2.2 再出血的外科治疗

2.2.1 外科手术指征　　应按病人具体情况掌握 ①首先必须明确判断再出血的原因。由于出血可以来自食管及胃曲张静脉,也可能来自门脉高压性胃病或其它疾病,因此明确出血原因有助于减少手术的盲目性。② 当出血量大到影响循环系统稳定时,应考虑外科手术。如少量出血,经对症处理能达到止血效果者,不宜急于考虑手术治疗。③ 首次再出血以非手术治疗为主,如为反复出血,且间隔期缩短或出血量增大时,应积极外科治疗。④ 术后再出血伴有食管静脉曲张进行性加重时,应考虑外科手术。

2.2.2 外科治疗手术方式的选择　　断流术:由于 DSRS DSCS术后门静脉压仍保持较高水平,加上术中胃小弯侧、贲门周围断流不充分,以及术后吻合口栓塞,尤其 DSRS术后肾静脉高压等诸因素,均可能造成术后再出血。术后再出血时,如再出血量大、脾增大,质硬且有压痛等往往是吻合口栓塞的征象,必要时应做腹腔动脉造影加以证实,在这种情况下应行脾切除和再次断流术。TH胶栓塞术后再出血行再次断流时腹腔一般无明显粘连,可以顺利完成再手术。本组选择性分流术后再出血 5例中有 3例施行了切脾加断流术。断流术后左上腹脏器(特别在贲门及胃底周围)已紧密粘连,再次经腹断流的难度很大或几乎不可能,如有必要,可选择经胸断流术[5],并行贲门下方胃粘膜下反常血流的阻断。

肠腔侧侧分流术:该术式适用于断流术后再出血。虽然断流术后左上腹粘连紧密,但横结肠以下一般粘连不多,对于施行肠腔分流术颇为方便,且由于分流术同时针对曲张静脉和门脉高压性胃炎而有利于防止再出血,或降低了再出血的严重程度[5],因此术后再出血率及再出血死亡率均较低。本组断流术后再出血 44例,施行肠腔侧侧分流术占 63.64% (28/44),手术死亡 1例。该术式采用右侧经腹直肌切口进腹手术比较简单,干扰少,根据门静脉压高低将吻合口限制在 6~8 mm为宜,这样既能适当降低门脉压力,又能保持门脉向肝血流灌注,有助于减少术后的并发症,因此我们认为肠腔侧侧分流术是断流术后再出血外科治疗的主要的手段。

肠系膜下静脉-腔静脉分流术:适用于近端脾腔静脉分流或肠腔侧侧分流术后再出血的治疗。当肠系膜下静脉直径≥ 6 mm时,可选择肠系膜下静脉-腔静脉分流术,该手术操作简单,手术创伤小,有一定的降压效果,且有利于保存门脉向肝血流灌注,术后无肝性脑病发生[6]。本组断流术后再出血 44例中有 6例施行了该术式,效果满意。

肠系膜上静脉属支-腔静脉分流术:当肠系膜下静脉不易显露或直径 < 6 mm时,可行肠系膜上静脉属支与腔静脉分流术。将肠系膜上静脉属支与腔静脉行端侧吻合术亦属于小口径分流,该术式操作较简单。本组有 2例门体分流术后再出血的病例施行了该术式。

由于吻合口栓塞是分流术尤其是小口径分流术后再出血的主要原因,因此预防吻合口栓塞十分重要,如早期使用低分子右旋糖苷及口服肠溶阿司匹林等抗凝药物等。

参考文献

[1] 吕新生,孙维佳.门静脉高压症手术治疗后再出血 [J].普外临床,1992,7(1):17-21.

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

[2] Sherlock S. Esophageal varices[J]. Am J Surg, 1990, 160 (1): 9- 13.
[3] Westaby D, Willams R. Status of sclerotherapy for variceal bleeding[J]. Am J Surg, 1990, 160(1): 32- 36.
[4] Larson D E, Farnell M B. Upper gastrointestinal hemorrage[J]. Mayo Clin Proc, 1983, 8(1): 371- 387.
[5] 蔡润之,蔡德友,沈善秀,等.门静脉高压症术后出血再手术治疗体会[J].中华外科杂志, 1990, 28(4): 201- 205.
[6] 蔡景修,董家鸿,王敖川,等.肠系膜下静脉-腔静脉分流术治疗门静脉高压症[J].中华外科杂志, 1996, 34(3): 151- 153.

(编辑 王 红)

Surgical management of hemorrhage after operation in portal hypertension An analysis of 65 cases

LIU Ji-kui, CAI Jing-xiu, DONG Jia-hong, BIE Ping, WANG Shu-guang, HAN Ben-li, HE Zhen-ping, LI Zhi-hua (Department of Hepatobiliary Surgery, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400038)

Abstract Objective: To explore the selection of surgical interventions for hemorrhage after operation in portal hypertension. Methods: The data of the surgical interventions for hemorrhage after operation in 65 cases of portal hypertension were summarized. Results: The operation was done again in 47 out of the 65 cases. Of the 47 cases, 29 were treated with side-to-side anastomosis of intestinal vein to vena cava, 6 with anastomosis of inferior mesenteric vein to vena cava, 4 with anastomosis of superior mesenteric vein to vena cava, 2 with anastomosis of superior mesenteric vein branch to left renal vein and 6 with portal ligation. Among these patients, 5 died during hospitalization. Conclusion: Surgical management, especially the selective operation, s still the major therapy for hemorrhage after operation in portal hypertension. The anastomosis of intestinal vein to vena cava is the first choice for hemorrhage after portaazygous disconnection. Splenectomy in combination with portaazygous disconnection is the important measure for hemorrhage after selective shunt. For the hemorrhage after anastomosis of intestinal vein to vena cava, it is appropriate to conduct anastomosis of inferior mesenteric vein to left renal vein or anastomosis of superior mesenteric vein branch to vena cava for the two cause mild trauma and have definite therapeutic effects.

Key words hypertension; portal vein; surgery

文章编号: 1000-5404(1999) 11-0836-01

血管球瘤 9例报告

A repot of 9 cases of glomus tumor

金重山,陶 燃,陆 霆 (安徽省马鞍山钢铁总公司医院骨科,马鞍山 243000)

血管球瘤是一种少见的良性小型血管瘤,多生长于肢端的皮下组织内,尤以手和足的甲床下为最多见[1]。此病往往未能及时明确诊断和正确治疗而使患者蒙受长期病痛。自 1980年以来我们共收治了 9例,均经手术切除及组织病理学检查证实。现将其临床特点及治疗方法报告如下。

1 临床资料

本组 9例,女 8例,男 1例。年龄 27~ 70岁。肿瘤所在部位,手指 7例(其中指腹 3例,甲下 4例),足趾 1例,足背 1例,发病最短 8个月,最长达 14年。

本组病例局部诱发因素不明显,仅有 2例有外伤史。局部疼痛是本组 9例患者就诊的主要原因。常因无意中撞压肿瘤所在部位引起局部剧烈疼痛,并可在睡眠中因此而惊醒。所有病例均对温度敏感。遇冷诱发或加重疼痛。1例甲下者后期遇热也引发疼痛。疼痛为针刺样、烧灼样剧痛,呈间歇性,可瞬间消失,也可持续数分钟或更长时间。4例甲下者疼痛均向上肢方射,一般止痛药不能奏效。透过皮肤或指甲可见红、紫、蓝色斑点者 6例,指(趾)末端指腹轻工膨隆者 3例。指甲局限性隆起者 3例。指(趾)端皮下者可触及肿物感,9例均有明显的触压痛,局部无炎症表现。指(趾)间关节活动正常,本组 X线片均无明显骨性改变。

本组病例均在指(趾)根局麻下行肿瘤切除,甲下者在显微镜下去甲,开窗部分去甲或切开甲根,完整摘除肿瘤,切除之肿瘤大小不等,小者 2 mm× 2 mm,大者 5 mm× 5 mm,球形、呈淡红色或紫红色,质地较软,有完整包膜,边界清楚。术后病理检查均证实为血管球瘤。

2 典型病例

例 1,女, 32岁。右食指末节间歇性疼痛 6年,进行性加重。近半年来呈持续疼痛,阵发性加重,指端尤其是甲部轻触即感剧痛遇冷疼痛加重。多处求医,中西药治疗均无效。无明显外伤史。检查发现,右食指末节背侧压痛,指甲皮肤外观色泽正常,无色素沉着,用大头针针尾点压甲根烧侧出现剧烈疼痛,患指运动、感觉正常, X线片示末节指骨无异常改变。于 1995年

作者简介: 金重山,男, 44岁,主治医师
收稿日期: 1999-07-26;修回日期: 1999-10-26

(下转 842页)

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