DOI:10.16016/j.1000-5404.1993.02.037

近端脾腔与远端脾腔分流治疗门静脉高压症

何振平 王救川 蔡景修 张全周 李智华 别 平 王曙光 董家鸿
(第三军医大学西南医院肝胆外科中心) 630038

10余年来,远端脾肾分流由于具有选择性减压胃底及食管静脉曲张,保持向肝门脉血流灌注,提高远期生存率的优点而风行世界。近年来推崇的胰脾断流的改良术式,更提高了远期效果[1,2]。但选择性分流与门体分流的疗效的随机比较,仍有人认为疗效相似[1]。我科1989年1月至1992年3月对22例门脉高压症随机分别用近端脾腔(含脾切除)及远端脾腔分流进行治疗,并比较疗效。现报告如下。

1 临床资料

22例中,远端脾腔分流组(A 组)12例,近端脾腔分流(含脾切除)组(B 组)10例。均为肝炎后肝硬化。年龄与性别:A 组男性10例,女性2例,21～50岁。B 组男性9例,女性1例。7～58岁。肝功能及门脉压力动态测定:A 组－(Child 分级),A 级10例,B 级 2 例。分流前 FPP 3.14～4.21 kPa,平均 3.79 kPa;Sopp 5.24～6.96 kPa,平均 5.91 kPa;术后 FPP 2.45～4.12 kPa,平均 3.19 kPa,平均降压 0.6±0.5 kPa,降压率 15.83%。B 组－A 级8例,B、C 级各 1 例。分流前 FPP 2.55～4.56 kPa,平均 4.06 kPa,分流后 FPP2.16～3.92kPa,平均2.78kPa,平均降压 1.28±0.59 kPa,降压率 31.56%。A、B 组压力降低 t 检验 $P<0.05$。治疗种类:A 组中属治疗性分流7例,预防性分流5例。分流后附加胰脾断流,胃网膜右,胃后,胃小弯侧血管彻底断流。B 组中属治疗性分流7例,预防性分流3例,均附加胃冠状静脉结扎。分流口直径:A 组平均1.38 cm,B 组平均1.03 cm。

2 治疗结果

观察1月至3年,食道静脉曲张均减轻及消失,生活质量好,肝功能稳定,无出血。A 组1例远端脾腔颈内静脉 H 型架桥分流者,术后5 d 发生分流口栓塞,上消化道出血,继以脾切加断流,并发多器官衰竭死亡。B 组1例为 Child C 级者,术后2年内3次发生肝性脑病(Ⅰ级)而住院治疗。

3 讨论

下腔静脉位置恒定,壁韧,容量大,压力低,分流口不易栓塞,通畅率高。有鉴于此,我们多年来采用脾腔分流代替脾肾分流(近、远端)治疗门静脉高压症。

近端脾腔分流。我科57例随访1～13年,复发出血率与肝性脑病率各为5%。其吻合口直径决定于脾静脉口径而未加严格限制。吻合口1.5～1.8cm 者,降低压力0.88 kPa;2.0～2.5cm 者平均降压1.71 kPa[4],本组吻合口平均1.03cm,平均降压1.28±0.59 kPa。术后肝功能稳定,无复发出血,生活质量好,又消除了脾功亢进。因此近端脾腔分流依然是治疗门静脉高压症的常用术式。尤其对于门脉压力高于4.41 kPa 者,脾脏中等大,脾静脉＞1cm 者尤为适用。本组1例肝功能C级者,如能控制吻合口1cm以内(实为 1.1 cm)可能减少或避免脑病的发生,1.1cm 吻合口导致降压1.13 kPa 而发生Ⅰ级脑病。

远端脾腔分流是远端脾肾分流[6]的发展,它排除了左肾静脉高压的影响,分流通畅率更高。选择性减压胃底食道静脉曲张,有效控制出血,同时维持向肝血流灌注,脑病发生率极低。其减压效果除吻合口通畅外,尚要保

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

证其选择性减压的可靠性，其因素包括胃小弯区胃左动静脉分支的切断结扎，胃右静脉结扎，胃网膜右静脉的结扎及脾胰断流的彻底性。

脾胰断流 的彻底性在于将脾静脉最大限度的与胰实质分离，甚至达脾门，切断包括胰尾静脉在内的所有脾静脉分支，否则由于脾静脉胰腺小支的虹吸作用，使门脉肠系膜区高压血流向脾胃区形成侧支循环，减少向肝血流灌注，选择性减压消失，复发出血，且与门体分流一样出现肝性脑病，近期存活率降低[1,2]。本组1例颈内静脉 H 型分流者复发出血与死亡的原因其一是脾静脉与胰实质炎性粘连重，不能分离全程而迫用架桥分流，吻合口直径仅0.9cm，致分流后门脉压力同分流前4.12 kPa，其二为脾胰断流不彻底以致术后复发出血，术后短期内又切脾断流，使胃血运发生障碍。

关于远端脾腔分流是否结扎脾动脉的问题[3,6]：Warren 首先提倡结扎脾动脉，但注意到扎后可致脾静脉与吻合口栓塞。国内报道术后再出血10例中9例为结扎脾动脉者，造影证明为吻合口栓塞。主张术中暂时阻断脾动脉以利手术中减少出血。但白求恩国际和平医院观察到4例 DSRS 分流术后出血者，肠系膜上动脉造影证实食道下端及胃底周围均有侧支血管存在。门静脉血逆流，动门分流，肠系膜上静脉血栓形成。以后代以脾动脉结扎的共20例无1例发生出血。Henderson 等[1]从60例 DSRS 术后1～2周研究资料显示：脾静脉与下腔静脉压力差为0.94 kPa，但16例(24%)压力差＞1.3 kPa，提示不充分的减压。即压力仍高时应当结扎脾动脉为宜。业已证明：门静脉高压本质除门静脉系血管阻力增加外，胃左动脉与脾动脉血流增加也为重要因素，门奇断流术本身正是包括着去除这些因素。此外，从本组对比看，A 组分流口直径1.38cm（平均），B 组分流口径平均1.03cm，其降压水平差别显著（$P<0.05$），而远期效果相仿。因此可以认为远端脾腔分流以大于1.38cm，而近端脾腔分流以小于1cm为宜，前者保证吻合口通畅以利选择性减压，后者将减少脑病发生，减少离肝血流。

关键词 高血压，门脉；门脉系统分流术，外科

参考文献

1. Henderson JM，Millikan WJ，Galloway TR，et al. The emory perspective of the distal splenorenal shunt in 1990. Amer J Surg，1990；160(1)：54
2. Abu-Elmagd KM，Ezzat FA，Fathy OM，et al. Should both schistosomal and nonschist-osomal variceal bleeder be disconnected ？World J Surg，1991；15：389
3. 齐伊耕 金公良 花锦福。远端脾肾分流术治疗门静脉高压症。中华外科杂志，1988；26(7)：388
4. 蔡景修 黄志强 刘永雄，等。脾腔静脉分流术治疗门静脉高压症60例分析。中华外科杂志，1981；19：199
5. 中华外科杂志编辑部。第三届门静脉高压症专题讨论会纪要。中华外科杂志，1990；28(3)：158
6. 蔡景修 王敖川。选择性远端脾腔分流治疗门静脉高压症。第三军医大学学报，1986；6：8

（收稿：1992-09-03；修回：1993-03-02）

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