

# 手术治疗肝硬化门静脉高压症并发上消化道出血临床疗效分析

叶剑桥(沈阳军区总医院肝胆外科,沈阳 110021)

**【摘要】 目的** 探讨手术治疗肝硬化门静脉高压症并发上消化道出血的临床疗效。**方法** 2012年1月至2013年1月因肝硬化门静脉高压症并发上消化道出血于本院就诊的患者66例,分为对照组33例和观察组33例。对照组患者给予保守治疗,观察组患者给予静脉断流术治疗。治疗后2个月内观察并比较两组患者的治疗效果。**结果** 治疗后2个月内,对照组患者中,4例出现黑便,8例发生再出血,3例死亡;观察组患者中,2例出现黑便,3例发生再出血,1例死亡。观察组患者中出现黑便、发生再出血及死亡患者所占比例均小于对照组,组间比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 静脉断流术治疗肝硬化门静脉高压症并发上消化道出血的近期疗效较为理想,术后再出血发生率和患者病死率均小于保守治疗。

**【关键词】** 肝硬化门静脉高压症; 上消化道出血; 手术治疗; 保守治疗

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.04.035 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2014)04-0514-02

肝硬化门静脉高压症是消化系统常见疾病,患者临床症状主要为脾功能亢进、脾大、腹水、食管及胃底部出现静脉曲张和胃黏膜病变等。肝硬化门静脉高压症并发上消化道出血时,患者肝功能通常也出现不同程度的损伤,导致凝血酶原的合成受到影响,血小板数量急剧减少,进而导致脾功能亢进,出现大出血等症状,严重时时可出现休克,甚至导致患者因肝功能衰竭而死亡<sup>[1]</sup>。肝硬化门静脉高压症并发上消化道出血的常规治疗方法包括药物保守治疗、内镜下止血、局部压迫及静脉断流术等<sup>[2]</sup>。本文以回顾性分析的方式探讨了静脉断流术治疗肝硬化门静脉高压症并发上消化道出血的临床疗效,现将结果报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2012年1月至2013年1月本院收治的肝硬化门静脉高压症并发上消化道出血患者66例,按患者是否接受静脉断流术治疗分为观察组和对照组各33例。对照组患者纳入标准:有黑便、呕血、周围循环衰竭等临床症状或体征,大便或呕吐物隐血试验检测结果为阳性,外周血红细胞计数及血红蛋白浓度下降,经CT或B超检查确诊为肝硬化。观察组患者纳入标准:有黑便、呕血、周围循环衰竭等临床症状或体征,大便或呕吐物隐血试验检测结果为阳性,外周血红细胞计数及血红蛋白浓度下降,经CT或B超检查确诊为肝硬化,入院时上消化道出血量较大,或曾接受保守治疗,但疗效欠佳。观察组患者33例,男21例、女12例;年龄21~48岁,平均年龄34.6岁;肝功能分级为A级11例、B级14例、C级8例;首次出血患者19例,出血2次及其以上患者14例,出血量为400~800 mL。对照组患者33例,男18例、女15例;年龄26~51岁,平均年龄38.7岁;肝功能分级为A级9例、B级15例、C级9例,首次出血患者21例,出血2次及其以上患者12例,出血量300~700 mL。两组患者年龄分布、性别构成、肝功能分级比例、出血量等比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。观察组33例患者中,8例行急诊手术,25例行择期手术。

## 1.2 方法

**1.2.1 观察组** 所有患者均符合手术治疗的各项指征。气管插管、静脉复合麻醉条件下,选择患者左肋缘下斜切口或左侧腹旁切口,常规方法切除脾脏,患者若有副脾,则需一并切除;

将近侧食管下段约7 cm处及胃贲门周围的血管全部离断,结扎后切断胃冠状静脉、胃左静脉、胃短血管、胃网膜左血管,同时将异位高位食管支及高位食管支一并切除并结扎,分离并保留迷走神经主干,将胃底在膈肌处固定,脾窝处放置引流管,常规缝合和包扎。

**1.2.2 对照组** 所有患者均不符合手术治疗的指征,均给予禁食、输血、止血、抑酸、垂体后叶素、生长抑制素及内镜下行曲张血管套扎等保守治疗。

**1.3 统计学处理** 采用SPSS12.0软件进行数据处理和统计学分析。计数资料以百分率表示,组间比较采用卡方检验; $P < 0.05$ 为比较差异有统计学意义。

## 2 结果

于手术治疗或保守治疗后2个月内观察并比较两组患者的治疗效果。观察组患者中,7例患者于术中发现肠道内存在大量的积血,2例患者术后第9天出现黑便,均于术后给予食醋和生理盐水灌肠,2周后大便隐血试验检测结果转为阴性;3例患者术后5~8 d于胃管内引出约500 mL暗红色的胃液,给予抑酸等对症治疗后病情好转。观察组患者中死亡1例。该例患者于入院就诊前已发生3次大量出血,并出现失血性休克等症状,行急诊手术,术后第6天因肝功能衰竭而死亡。观察组所有患者未发生肝性脑病。对照组患者中死亡3例,均因止血效果不佳,继发失血性休克而死亡。手术治疗或保守治疗2个月内,对照组患者中,4例出现黑便,发生率为12.1%,8例发生再出血者,发生率为24.2%,3例死亡,病死率为9.1%;观察组患者中,2例出现黑便,发生率为6.1%,3例发生再出血,发生率为9.1%,1例死亡,病死率为3.0%。术后出现黑便、发生再出血及死亡的患者所占比例,观察组均小于对照组,组间比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表1。

表1 各研究组患者治疗后2个月内的疗效比较[n(%)]

组别	n	黑便	再出血	死亡
观察组	33	2(6.1)	3(9.1)	1(3.0)
对照组	33	4(12.1)	8(24.2)	3(9.1)

## 3 讨论

上消化道出血是肝硬化门静脉高压症的常见并发症,属于

临床中的常见急危重症,也是导致肝病死亡的重要原因之一<sup>[3]</sup>。引起上消化道出血的原因包括胃癌、消化性溃疡、急性胃黏膜病变、肝硬化门静脉高压症等,其中较为常见也是最易导致患者死亡的因素为肝硬化门静脉高压症导致的食管、胃底静脉曲张破裂<sup>[4]</sup>。肝硬化门静脉高压症并发上消化道出血的发病机制为:发生肝硬化时,肝小叶的肝细胞和纤维组织均因再生而形成肝细胞结节,过度挤压中央静脉而使血流受阻,出现血流淤滞,导致门静脉高压的形成<sup>[5]</sup>;门静脉压力越高,胃上部侧支血液循环所需血流量越大,使食管、胃底静脉逐渐受损,管壁越来越薄,最终因外力作用而出现血管破裂,导致出血<sup>[6-7]</sup>。

静脉断流术可有效地阻断奇静脉和门静脉间的交通支,继而将胃底和食管异常曲张的血管阻断,以达到止血的目的<sup>[8]</sup>。静脉断流术可保留迷走神经主干,并将贲门处反折的腹膜切开,可有效降低再出血的发生率<sup>[9-10]</sup>。但在实施静脉断流术的过程中,不可将冠状静脉异位高位食管和高位食管的支静脉漏扎,若上述两条血管的位置较深、较高,不易暴露,且容易在食管周围组织中粘连增厚,如果漏扎,术后血液可反流至上述两条血管,使血流量和血管内压力急剧升高,易出现血管破裂和出血。

综上所述,静脉断流术治疗肝硬化门静脉高压症并发上消化道出血,具有止血率高、创伤相对较小、术中无需开放消化道、消化道瘘和腹腔感染发生率较低、术后患者病死率较低等优势,在治疗效果方面也明显优于保守治疗。但在选择静脉断流手术时机时需注意:若患者就诊时已出现大量、反复出血,且已有明确的诊断,应立即行急诊手术;若患者就诊时已出现腹腔积液、病程长、多次出血、组织粘连较重等情况,有可能给手术治疗带来一定的困难,此时需先采用保守治疗进行止血,待有效止血且患者肝功能得以恢复后,再择期实施手术。

(上接第 513 页)

标准化<sup>[8-10]</sup>。ELISA 检测多采用手工操作,检测耗时长,且结果准确性相对较差。放射免疫分析法有可能存在放射性污染,临床目前使用较少。荧光偏振免疫分析法需要专用的荧光偏振仪,检测成本昂贵,不适合在临床实验室中推广应用。与 HPLC 和荧光偏振免疫分析法相比,循环酶法适用于多种自动化分析仪,不需要特殊的检测设备,省却了检测前的荧光衍生处理,消除了由于衍生造成的误差,影响因素少,操作简便,精密度高,抗干扰能力强,能够满足大批量标本的自动化检测。目前全自动生化分析仪在国内大多数医院中已经得以普及,因此,循环酶法检测血清 Hcy 值得在临床中推广应用。

参考文献

[1] Genser D, Prachar H, Hauer R, et al. Homocysteine, folate and vitamin B12 in patients with coronary heart disease[J]. Ann Nutr Metab, 2006, 50(5): 413-419.  
 [2] Kullo IJ, Li G, Bielak LF, et al. Association of plasma homocysteine with coronary artery calcification in different categories of coronary heart disease risk [J]. Mayo Clin Proc, 2006, 81(2): 177-182.  
 [3] Wald DS, Law M, Morris JK. Homocysteine and cardiovascular disease: evidence on causality from a meta-analy-

参考文献

[1] 张莹. 肝硬化门脉高压合并上消化道出血的临床疗效观察[J]. 中国医疗前沿, 2011, 6(10): 38.  
 [2] 李华, 刘红凌. 经颈静脉肝内门体分流术治疗肝硬化门脉高压并上消化道出血 40 例[J]. 现代中西医结合杂志, 2012, 21(19): 2126-2127.  
 [3] 高崑. 中西医结合治疗肝硬化门脉高压上消化道出血患者效果观察[J]. 当代医学, 2012, 18(33): 158.  
 [4] 廖锡意. 中药配合西药治疗肝硬化门脉高压上消化道出血患者的临床效果[J]. 中国医药导报, 2012, 9(14): 125-126.  
 [5] 黄锐. 肝硬化门脉高压并上消化道出血治疗方法探讨[J]. 临床合理用药, 2012, 5(11A): 28-29.  
 [6] 王惠方, 尚万兵. 72 例肝硬化门脉高压所致上消化道大出血的介入治疗研究[J]. 中国现代药物应用, 2010, 4(15): 88-89.  
 [7] 王少文. 肝硬化门脉高压症并上消化道出血的手术治疗分析[J]. 中国当代医药, 2011, 18(29): 178-179.  
 [8] 杨向东. 两种门奇静脉断流术治疗门静脉高压症的临床疗效[J]. 中国临床保健杂志, 2011, 14(5): 524-525.  
 [9] 卢凯平, 叶再元, 邵钦树, 等. 吻合器联合断流术治疗肝硬化门脉高压症的疗效研究[J]. 医学研究杂志, 2011, 40(7): 128-130.  
 [10] 冯伟, 林斌, 赵东波, 等. 肝癌合并门静脉高压症联合手术治疗效果观察[J]. 中国综合临床, 2011, 27(9): 981-983.

(收稿日期: 2013-09-25 修回日期: 2013-11-15)

sis[J]. BMJ, 2002, 325(7374): 1202-1207.

[4] 冯仁丰, 张军, 沈茜, 等. 临床检验质量管理技术基础[M]. 上海: 上海科学技术文献出版社, 2007: 171.  
 [5] 陈继中, 唐吉斌, 姜开明. 循环酶法测定血浆同型半胱氨酸的方法学评价[J]. 实用医技杂志, 2007, 33(14): 4545-4546.  
 [6] Panagiotakos DB, Pitsavos C, Zeimbekis A, et al. The association between life-style-related factors and plasma homocysteine levels in healthy individuals from the ATTICA Study[J]. Int J Cardiol, 2005, 98(3): 471-477.  
 [7] 张晓坤, 黎文成, 杨晓仪, 等. 酶转换法检测血清同型半胱氨酸在常规生化检验的评价[J]. 中国医药指南, 2011, 19(9): 5-6.  
 [8] 吴晓华. 同型半胱氨酸的检测[J]. 上海医学检验杂志, 2001, 16(4): 199-201.  
 [9] 封丽彬. HPLC 指纹图谱对珍黄胶囊质量评价研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2013, 20(9): 66-68.  
 [10] 寇光, 刘玲, 陶松, 等. HPLC 测定桉叶止咳糖浆中盐酸麻黄碱的不确定度评价[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(17): 41-44.

(收稿日期: 2013-05-20 修回日期: 2013-09-22)