

## 门脉高压症上消化道出血急诊手术的策略

胡建平, 陈 军, 吴 松, 冯 伟, 石 鑫, 林 斌

(南京鼓楼医院集团宿迁市人民医院肝胆外科, 江苏 宿迁 223800)

【关键词】 门脉高压症; 出血, 上消化道; 治疗; 手术

中图分类号: R573.2 文献标识码: B DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2010.01.021

门脉高压症上消化道大出血患者存在严重肝硬化, 处于肝功能失代偿期, 常伴有腹水、黄疸、凝血异常, 甚至有肝性脑病表现, 有较高的病死率, 适时、恰当的手术、术后积极支持治疗常能迅速挽回生命, 为进一步治疗创造时机。2001 年 7 月至 2007 年 7 月, 本院普外科收治门脉高压症上消化道出血患者 109 例, 其中 92 例行急诊手术, 均止血成功, 总结分析如下。

### 1 临床资料

1.1 一般资料: 109 例患者中男 62 例, 女 47 例; 年龄 31~67 岁, 中位年龄 41 岁; 肝炎后肝硬化 102 例, 酒精性肝硬化 5 例, 肝硬化原因不明 2 例。52 例有上消化道出血史, 其中 5 例接受过内镜硬化剂注射治疗; 38 例于术前行内镜检查证实诊断; 均有脾脏肿大和脾功能亢进症; 查血白细胞计数  $(26\sim45)\times 10^9/L$ , 血小板计数  $(18\sim64)\times 10^9/L$ ; 肝功能 Child 分级: A 级 24 例 (22.0%), B 级 71 例 (65.2%), C 级 14 例 (12.8%)。

1.2 治疗方法: 患者急诊入院后均经内科正规保守治疗 (输液、输血、防治休克、洛赛克、垂体后叶素、硝酸甘油、善得定等) 12~48 h。92 例患者仍有血压不稳、心悸、呕血、黑便等症状, 在排除了肝癌、门静脉栓塞等情况下行急诊手术治疗, 其中 52 例急诊行改良的 Sugiura 手术 (改良 Sugiura 组), 40 例急诊行贲门周围血管离断术 (离断组)。两种手术患者组性别、年龄、病史均无明显差异; 14 例经内科正规保守治疗出血停止, 在肝功能改善、低蛋白血症纠正、腹水消除后择期行改良的 Sugiura 手术; 3 例仅行内科治疗。术后给予营养支持、抗生素预防感染、监测肝功能, 并根据腹水和血浆蛋白情况给予血浆或白蛋白和利尿剂, 防止剧烈呕吐、打嗝、咳嗽、肝性脑病的发生, 监测血小板计数以防止血栓形成。

作者简介: 胡建平 (1967-), 男 (汉族), 江苏省人, 医学硕士, 副主任医师。

### 1.3 结果

1.3.1 手术: 离断组手术时间 2.0~3.0 h, 术中出血量 300~500 ml, 术中输血量 200~2 000 ml; 改良 Sugiura 组手术时间 2.5~4.0 h, 术中出血量 300~800 ml, 术中输血量 200~2 500 ml。两组术中出血量和输血量无明显差异; 但改良的 Sugiura 手术时间稍长。

1.3.2 预后: 92 例急诊手术者全部止血成功痊愈出院。离断组住院 12.2 d, 改良 Sugiura 组住院 12.6 d。14 例延期手术, 住院 11.5 d。两种急诊手术组间、急诊手术与择期手术组间术后住院时间无明显差异。离断组围手术期死亡 1 例, 死于肝功能衰竭 (术前肝功能 Child C 级患者), 病死率为 2.5% (1/40)。

1.3.3 术后并发症: 离断组出现腹腔内出血 1 例 (占 2.5%) 者再次缝扎后出血停止; 45 例术后出现轻到中量腹水 (离断组 21 例, 改良 Sugiura 组 24 例), 经利尿、保肝支持治疗后减少或消失; 术后发生 I~II 级肝性脑病 3 例 (离断组 2 例, 改良 Sugiura 组 1 例), 经内科治疗后消失。改良 Sugiura 组术后出现左侧胸腔少量积液、肺不张、肺感染各 1 例, 均为老年患者, 经积极抗菌、排痰及吹气扩肺治疗后痊愈; 改良 Sugiura 组术后发生胃迷切综合征 1 例, 表现为进食后腹痛、腹泻, 术后 3 个月缓解, 无吻合口漏及吻合口狭窄发生。两组患者中均无腹腔及切口感染发生, 改良 Sugiura 组未见吻合口狭窄及吻合口漏发生。

1.3.4 随访情况: 术后每 3 个月复查肝功能、甲胎蛋白、肝脏彩超, 术后 6 个月、12 个月行电子胃镜或食管钡餐检查。离断组 2 例分别于术后 10 个月、18 个月出现黑便, 胃镜检查为门脉高压性胃病, 经保守治疗痊愈, 再出血率为 5.0%。术后 1 年复查胃镜或食管钡餐检查 42 例, 31 例食管下段静脉曲张消失, 4 例轻度曲张, 3 例中度曲张, 4 例中重度曲张, 7 例中度、中重度曲张者均在离断组。随

访中出现门静脉血栓 4 例, B 超提示门静脉内有絮状物, 无特殊不适。随访期死于肝功能衰竭 3 例, 术后 26 个月死于肝癌 1 例。其余随访者肝功能均有不同程度改善, 脾功能亢进得到完全纠正, 部分患者术后血小板一过性升高, 血小板计数达  $(500\sim700)\times 10^9/L$ , 予以抗血小板凝聚治疗 1~2 个月后渐恢复正常。

### 2 讨论

门脉高压症上消化道大出血需紧急止血, 急诊条件下行内镜下曲张静脉套扎、硬化治疗、经颈静脉肝内门静脉内支架分流术 (TIPSS)、经皮肝穿食管胃底静脉曲张栓塞术 (PTVO)、部分脾栓塞术 (PSAE) 等非手术治疗需要一定的技术和设备, 很难广泛开展, 且中远期疗效欠佳<sup>[1]</sup>; 但对于并发食管胃底静脉曲张破裂大出血的患者, 在经过正规严格的内科保守治疗 12~48 h 仍无效时, 只要身体条件允许, 没有明显的黄疸、肝性脑病、大量腹水, 肝功能在 Child B 级以上, 恰当的急诊手术可挽救患者的生命, 本组患者急诊手术止血成功率 100%, 手术效果满意。

现代门脉高压症的外科治疗意见已趋于一致, 认同断流术, 分流术也趋于限制性分流。对于出现食管胃底静脉曲张破裂出血急诊手术的病例, 就尽量减少对肝脏储备能力的打击, 才能争取较好的预后, 所以急诊术式宜选择在各级医院均易开展、易操作、耗时短且止血效果确切的断流术。

断流手术中以贲门周围血管离断术应用较多, 但该术式存在再出血率较高的问题<sup>[2-4]</sup>。1973 年日本学者首先开展并描述了 Sugiura 联合断流术<sup>[4]</sup>, 提倡分二期行经腹、经胸联合断流术, 但该手术由于需要经胸、经腹, 存在手术创伤大、范围广、操作时间长以及并发症多等缺点<sup>[5]</sup>。

近年来 Mathur 等<sup>[3]</sup>对手术切除的活体标本进行了研究, 提出食管游离的

长度应不小于贲门上 10 cm。我们认为游离下段食管 8~10 cm 已足够,但应重视高位食管支尤其异位高位食管支的寻找,不宜过多游离食管,以减少吻合口漏和狭窄发生的可能。借助吻合器行经腹 Sugiura 手术临床效果较好,使经腹用自动吻合器行食管下横断术有取代贲门周围血管离断术的趋势。

在改良的 Sugiura 手术中我们做了几点改进:①进腹常规先结扎脾动脉,后行原位脾切除;避免了脾脏翻动过程中的出血,尤其是脾膈之间存在粘连时对减少出血更为有效。对于巨脾患者可先经脾动脉注射肾上腺素,使大量脾脏内血液回流,脾脏变小。②采用选择性贲门

周围血管离断术,在游离下段食管时,仅离断处理胃底、食管支曲张静脉,重视高位食管支尤其异位高位食管支的寻找。③可靠吻合食管吻合口,如有疑问,即予加强缝合。④经胃幽门环前壁切口行食管下横断吻合及幽门成形术,以利于术后胃排空。⑤术后早期积极的支持治疗、纠正低蛋白血症、消除腹水、防治肝性脑病是保障手术成功的重要因素。

参考文献

[1] 关伟,张秀军,刘增会. 门脉高压食管胃底静脉曲张破裂出血的双介入治疗. 中国危重病急救医学, 2005, 17(3): 160. [2] Hassab MA. Nonshunt operations in portal hypertension without cirrhosis. Surg Gynecol Obstet, 1970, 131(4): 648-654.

[3] Mathur SK, Shah SR, Nagral SS, et al. Transabdominal extensive esophago-gastric devascularization with gastroesophageal stapling for management of noncirrhotic portal hypertension: long-term results. World J Surg, 1999, 23(11): 1168-1174. [4] Sugiura M, Futagawa S. Esophageal transection with paraesophagogastric devascularizations (the Sugiura procedure) in the treatment of esophageal varices. World J Surg, 1984, 8(5): 673-679. [5] Sugiura M, Futagawa S. A new technique for treating esophageal varices. J Thorac Cardiovasc Surg, 1973, 66(5): 677-685.

(收稿日期: 2009-06-23) (本文编辑: 李银平)

• 经验交流 •

子宫颈巨大肌瘤 10 例诊治体会

宋引兰

(山西省夏县人民医院妇产科, 山西 夏县 044400)

【关键词】 子宫肌瘤; 宫颈; 诊断; 治疗

中图分类号: R711.74 文献标识码: B DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2010.01.022

宫颈肌瘤发生率占全部子宫肌瘤的 2.4%~7.0%, 而巨大宫颈肌瘤更为少见<sup>[1]</sup>。由于宫颈特殊的解剖部位将其周围组织和器官推挤至腹腔, 致使解剖位置发生变化, 给宫颈肌瘤的诊治带来相当大的困难。本院 2003 年 1 月至 2007 年 12 月收治 10 例子宫颈巨大肌瘤患者, 现就临床诊治体会报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料: 10 例患者的年龄 41~52 岁, 均已婚已育; 发病时间 3~8 年。

1.2 临床表现: 10 例患者均有不同程度的尿频、尿急、排便困难、便秘和压迫症状。体检: 下腹部可触及实性、质硬、边界清晰的包块。妇科检查见宫颈移位、变形, 有 2 例无法暴露宫颈口; 宫颈部位可触及质硬、活动欠佳的实性包块; 7 例可触及宫体, 与包块推移同步; 3 例因宫体被推挤至包块后上方而难以触及。超声检查均可见宫体下方有 1 个巨大的、实质性的低回声包块, 周边血流不丰富。

1.3 结果: 10 例患者均为单发宫颈肌瘤, 均在持续硬膜外麻醉下经腹行全子宫切除术, 手术时间 110~210 min; 肌瘤

直径 15~28 cm, 有 2 例输尿管积水。术中出血 200~600 ml, 均未输血; 病理证实为子宫颈平滑肌瘤。

2 讨论

巨大子宫肌瘤的治疗原则以经腹手术治疗为主, 但是否切除子宫, 需依据患者的年龄、有无生育要求及肌瘤大小、部位等因素综合分析决定<sup>[2]</sup>。因巨大子宫肌瘤堵塞小骨盆, 使子宫及其阔韧带变形, 邻近器官解剖结构位置变异, 输尿管、膀胱及肠管的损伤机会增加, 且术野难以暴露, 手术难度大大增加。

手术时, 因巨大子宫肌瘤将膀胱推至较高位置, 应注意在较高位将腹膜分离并将膀胱下推至较低位置后, 再尽量靠近切口上端切开腹膜, 以免损伤膀胱, 尤其是宫颈前壁巨大肌瘤更应小心。进腹后, 在决定手术范围前, 先要认清肌瘤与子宫及周围器官的解剖关系。①处理输尿管: 肌瘤向主韧带两侧生长, 常使输尿管与宫颈间的间隙消失, 输尿管紧贴于肌瘤表面, 应显露清楚输尿管后再行切除术, 必要时打隧道分离输尿管以利防护, 避免损伤, 其损伤的预防应贯穿于手术的始终。②处理直肠: 处理肌瘤后壁时要先推离直肠至瘤体下极, 使肌瘤

与周围组织全部游离。③处理血管: 肌瘤大, 血运丰富, 瘤体血管明显增粗, 子宫动、静脉移位变形, 特别是子宫静脉扩张易撕裂破裂, 造成难以控制的出血。应注意及时结扎血管, 以免出血、渗血影响手术视野及增加损伤。

由于巨大子宫肌瘤嵌顿盆底, 手术野不易暴露, 宫颈部位的组织特别肥厚, 夹切宫旁组织时困难很大, 按常规的子宫颈切除术步骤难以进行。故大多学者主张先行肌瘤剔除, 然后再按常规操作切除子宫, 可减少手术损伤的发生。本组 10 例均为先剔除肌瘤, 再行子宫切除, 无一例损伤。

总之, 巨大子宫肌瘤由于周围器官解剖位置变异, 瘤体大, 术野显露困难, 手术难度大, 手术损伤几率大。术中应小心操作, 仔细、谨慎, 以减少出血, 避免各种损伤的发生, 确保手术安全。

参考文献

[1] 乐杰, 谢幸, 丰有吉. 妇产科学. 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 295. [2] 蒋仕祥. 44 例宫颈肌瘤手术探究. 中国妇幼保健, 2007, 22(2): 226-227.

(收稿日期: 2009-11-02) (本文编辑: 李银平)

作者简介: 宋引兰(1962-), 女(汉族), 山西省人, 副主任医师。