

# 肝硬化门脉高压症 126 例术后生命质量观察

朱远方 赵伟 王声球

(扬州大学医学院附属医院, 扬州, 225001)

肝硬化门脉高压症所导致的上消化道大出血、脾肿大及脾功能亢进均需外科治疗, 本文就我院近 15 年来收治的由血吸虫及肝炎引起的肝硬化门脉高压症, 行手术治疗的 126 例患者的生命质量进行追踪观察, 现报告如下。

## 1 资料与方法

男 92 例, 女 34 例, 年龄 18~74 岁, 平均年龄 44 岁。肝炎后肝硬化 94 例, 血吸虫肝硬化 32 例, 因上消化道大出血急诊入院 23 例, 择期手术入院 103 例。

入院时休克 23 例, 轻度黄疸 4 例, 少量腹水 20 例, 肝功能提示白蛋白在 3.5g 以上者 102 例, 3.0~3.5g 者 24 例, 白球比例倒置 10 例, 黄疸指数轻度升高 4 例 (总胆红素在 2~3mg%), 转氨酶升高 3 例。乙肝两对半 3 项阳性 25 例。B 超提示门静脉直径在 1.5~2.3cm 86 例, 1.0~1.4cm 40 例; 脾静脉直径在 1.5~2.0cm 67 例, 1.0~1.4cm 32 例, 小于 1.0cm 27 例。胃镜提示食管胃底静脉曲张轻度 25 例, 中度 46 例, 重度 28 例。食道钡餐透视示食道静脉曲张 34 例。

手术方法: 急诊脾切除加胃底食管下段周围血管离断术 10 例, 择期断流术 36 例; 急诊单纯脾切除 4 例, 择期 54 例, 改良 Sugiura 手术 7 例, 脾肾分流术 15 例。其中血吸虫肝硬化单纯脾切除 23 例, 分流手术 3 例, 断流术 6 例。

生命质量参数标准如下: 好: 患者术后恢复快, 能够恢复正常生活并参加工作或劳动, 没有再出血, 不需要服药治疗, 无腹水, 未因肝硬化门脉高压症再住院。一般: 患者术后恢复慢, 且出现过腹水, 不能够恢复正常生活, 且需要药物及白蛋白、氨基酸等帮助才能消除腹水, 有 1~2 次少量上消化道出血, 经保守治疗后未见再出血, 无肝性脑病发生, 可做轻微工作。差: 病人术后近期死于肝性脑病, 反复多次再出血, 甚至导致大出血, 需要再次手术治疗, 仍然不能恢复正常

生活, 每年因此病要反复多次住院治疗, 且病情进一步恶化, 有中等量以上腹水, 并不易清退。

术后住院期间死亡 7 例, 死亡原因: 肝性脑病 4 例; 再次出血 2 例, 多器官功能衰竭 1 例, 3 年内死亡 8 例, 其中分流组 3 例, 4~6 年内死亡 6 例, 7~10 年内死亡 5 例。再次消化道出血共 32 例, 再次手术 7 例, 10 年内出现腹水 24 例, 反复多次住院治疗 16 例, 仍存活 100 例, 表现生命质量好者 56 例, 一般者 31 例, 差者 39 例, 其中血吸虫肝硬化表现好者 23 例, 一般 6 例, 差者 3 例。各类手术方式生命质量好坏情况: 脾肾分流组好 9 例, 一般 4 例, 差 2 例; 改良 Sugiura 组分别为 4 例、1 例、2 例; 脾切除加胃底食管周围离断术组分别为 28 例、15 例、3 例; 单纯脾切除组分别为 15 例、11 例、32 例。

## 2 讨论

从本组资料可见一般全身情况好, 肝功能在 child A 级, 无腹水, 肾功能及肾血流图均显示较好, 脾脏肿大在 1° 以内, 未有出血史者, 也无肝炎活动表现者, 只要预防性手术得当, 不仅手术安全, 术后生命质量也较好, 本组随访中见 55% 是在 child A 组, 一般为 21.4%, 差者 23.6% (25 例), 差者主要是术后肝炎活动, 术前见食管静脉曲张轻度及虽有中度左右曲张仅作脾切除术, 术后再次反复出血, 虽经住院控制出血, 但最终有 7 例 (5.6%) 在随访中因出血而死。

从本组资料来看血吸虫肝硬化术后 32 例中有 23 例表现好的生命质量, 占 71.9%。而肝炎后肝硬化患者仅有 35.1% 为好的生命质量, 本组发现病程越长, 肝硬化导致的门脉高压越严重, 胃底食管静脉曲张程度重, 脾肿大及脾亢越明显, 且肝储备能力、耐受能力差, 门静脉及脾静脉直径增宽显著, 术后出现腹水早且达中等量, 低蛋白血症明显, 虽术后经过白蛋白、血浆及利尿水等治疗, 但随访中 3 年内 8 例继续出现腹水, 其中

死亡 4 例。术后有 18 例在随访中出现白球比例倒置。

本组 15 例脾肾分流者中有 3 例分别死于上消化道大出血、急性肾功能衰竭及肝癌。本文认为术前肾功能、肾血流图测定以及肾血管直径及长度测定对作脾肾分流者来说是相当重要的。幸存 12 例中有 3 例系血吸虫肝硬化，9 例肝炎肝硬化，未出现肝性脑病及再出血，9 例表现好的生命质量，占 60%，我们发现门静脉直径在 1.5cm 以上，脾静脉直径在 1.0cm 以上者分流术后降低门静脉压力明显，而脾静脉直径小于 1.0cm 以下者分流效果较差，再出血率高，远期效果不理想。本文认为分流手术只要指征掌握正确，无论对血吸虫还是肝炎后肝硬化门脉高压来说仍是一种较理想的方式，与 Orozco 报道结果相似<sup>[1]</sup>。本组行改良 Sugiura 术仅 7 例，生命质量好者 4 例，尚不能说明问题，其原因是没有如 Sugiura 术式那样同时经胸手术，故食管周围血管分支结扎不可能达到 10cm，使它切除了脾脏，消除了脾亢，降低了门静脉压力又保留了胃冠状静脉入肝血流及与奇静脉交通支，故门静脉压力下降不明显，且有新交通支形成可能，本组 2 例于年内再出血，死亡 1 例。对于脾切除加胃底食管周围血管全部离断术（包括胃底横断部分切除术）治疗较严重的肝炎肝硬化引起的食管胃底静脉曲张是一种有效的方法，并可能有好的生命质量，在随访中再出血 4 例，主要因断流术不彻底及术后应激性溃疡，我们术中发现严重静脉曲张者胃壁变薄，静脉成瘤样呈团样曲张，故行胃底横断切除残胃食道吻合

术 4 例，术后恢复好。随访中再出血率低。6 年中有 2 例死于肝癌，4 例因肝腹水等死于全身衰竭及肺部质变，显示好的生命质量为 60.9%。本文认为彻底断流是防止门脉高压症引起上消化道出血的有效方法。单纯脾切除组反复再出血率高。本组有 23 例，因大出血死亡 9 例，分析原因是术前行胃镜提示胃底食管静脉曲张轻，对本病发生发展认识不足，脾切除虽可降低门静脉血流 25% 左右，但胃脾区血管高压仅消除脾区而未消除胃底食管区域高压，反而导致食管胃底静脉曲张加重，本组有 7 例因再次大出血而再行断流术。故本文不主张对门脉高压症患者即使食道静脉轻度曲张行单纯脾切除，仅作单纯脾切除生命质量差。

分流手术及彻底断流手术是治疗肝硬化门脉高压症有效方法，可保证较好的生命质量，单纯脾切除效果差不宜提倡。血吸虫肝硬化生命质量明显优于肝炎后肝硬化，患者术前的全身情况及手术时机、手术方式的选择对患者生命质量有很大的影响。

参考文献

1 Orozco H, Mercado MA, Takahashi T, et al. Survival and quality of life after portal blood flow persering procedures in patients with portal hypertensikn and liver cirrhosis Am surg, 1994; 168: 10  
2 Orozco H, Mercado MA, Takahashi T, et al. Elective treatment of bleed varices with the sugiura operation over 10 years. Am surg, 1992; 163: 585

(收稿日期: 1997-10-11)

(上接 424 页)

后，剪断胆囊管，这样处理胆囊管钛夹不易脱落。以胆总管为参照中心，采用“勿远勿近”持镜法，防止近距离长时间分离时，组织失真，导致胆总管损伤。另外，作者认为采取一种“半逆行”的分离方法，对三角粘连明显的病例，有较好的效果，即先从胆囊壶腹部胆囊下缘分离，逐渐将胆囊边分离边翻向肝侧，直到胆囊下缘及后方完全悬空，然后再在壶腹部胆囊上缘分离三角，胆囊壶腹一周分离后，再逐渐分离胆囊管。其法不易致胆囊动脉出血，影响术野；也不至于一开始盲目分离三角致胆囊管或胆总管损伤；作者采用此法在多例三角严重粘连的患者中获得明显效果。

(3) 充分利用腹腔镜的电灼及冲洗功能。

对术中胆囊床渗血较多的病例多能通过电灼止血。少数病例由于剥离胆囊时层次不对，可能

进入了肝实质，电灼止血效果不佳，这时局部可用明胶海绵压迫，多能止血；如仍不能止血，需加以缝扎。对术中胆囊穿孔、渗血、出血较多的病例，可先行大量盐水冲洗，直到吸出液近透明为止。如仍有渗血，针对渗血点电灼或钳夹止血，然后改用 0.25% 灭滴灵 250ml 冲洗，吸尽残液。通过上述处理，我们所遇的所有术中胆囊破裂及渗出较多的病例均顺利康复出院，并未延长住院时间。

(4) 掌握好中转开腹的时机

对少数三角区粘连特别明显，尤其是一些急性发作性胆囊炎超过 72h 者，术者认为胆囊管处理不完善，且不排除胆总管损伤的病例，以及对怀疑有内脏损伤的病例，必须果断地中转开腹。

参考文献 (略)

(收稿日期: 1997-10-15)