

文章编号: 1005-6947(2013)01-0118-03

· 临床报道 ·

内镜腹腔镜联合治疗肝硬化门静脉高压症食管胃底曲张静脉出血

李学明¹, 陈海鸣¹, 邓小荣¹, 吴华文¹, 李弼民², 朱莹²

(南昌大学第一附属医院 1. 普通外科 2. 消化科, 江西 南昌 330006)

摘要

目的: 探讨内镜腹腔镜联合治疗肝硬化门静脉高压症食管胃底曲张静脉出血的可行性。

方法: 23例肝硬化门静脉高压症食管胃底曲张静脉出血患者行食管曲张静脉套扎或胃底曲张静脉组织胶注射后行手助腹腔镜脾切除11例, 门奇静脉断流术12例。

结果: 21例术后1年内无上消化道出血, 2例因出血行再次套扎。1例于2年后患肝癌死亡, 1例3年后上消化道出血死亡。

结论: 内镜联合腹腔镜治疗肝硬化门静脉高压症曲张静脉出血创伤小, 近期止血效果好, 是一种切实可行的治疗门静脉高压症并食管胃底静脉曲张出血的方法。

关键词

高血压, 门静脉 / 外科学; 静脉曲张, 套扎术, 内窥镜; 断流术, 腹腔镜

中图分类号: R657.3 文献标志码: B



DOI:10.7659/j.issn.1005-6947.2013.01.028

<http://www.zpwz.net/Jweb-zgptwk/CN/abstract/abstract3375.shtml>

自2007年7月—2010年6月我院采用内镜行曲张静脉套扎或组织胶注射加腹腔镜脾切除或门奇静脉断流术治疗肝硬化门静脉高压症食管胃底曲张静脉破裂出血23例, 收到较好的效果, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

23例中男19例, 女4例; 年龄32~56岁, 平均43岁。均有呕血黑便史, 其中3次2例, 2次1例。术前脾脏均明显肿大, 脾长径15~28 cm (平均21 cm)。23例均有脾功能亢进, 外周血白

细胞计数平均 $2.1 \times 10^9/L$ ($0.7 \times 10^9/L \sim 4.5 \times 10^9/L$)。血红蛋白平均78 g/L (42~124 g/L)。血小板计数平均 $32.6 \times 10^9/L$ ($12 \times 10^9/L \sim 43 \times 10^9/L$)。5例B超显示少量/中等量腹水。内镜检查显示19例食管静脉重度曲张, 3例胃底静脉曲张, 1例食管静脉重度曲张伴胃底静脉曲张, 其中18例伴红色征。肝功能分级Child A级2例, B级18例, C级3例。

1.2 内镜治疗方法

23例在腹腔镜手术前均行内镜治疗, 其中3次1例, 2次3例, 1次19例。19例行食管曲张静脉套扎, 3例行胃底组织胶注射, 1例行食管曲张静脉套扎加胃底组织胶注射。术前禁食6~8 h, 常规给予补液、输血、药物止血, 待循环状态稳定、出血基本停止, 生命体征平稳后再行内镜下套扎治疗。如遇急性上消化道大出血, 在复苏的基础上行急症内镜诊断及治疗。采用Olympus GIF-240电子胃镜, Wilson-Cook公司的6环套扎器。先行胃镜检查, 观察食管胃底静脉曲张范围及程度, 选择好需套扎的曲张静脉

基金项目: 江西省卫生厅科研项目(20071030)。

收稿日期: 2012-04-16; 修订日期: 2012-10-08。

作者简介: 李学明, 南昌大学第一附属医院主任医师, 主要从事门静脉高压症及甲状腺疾病外科临床方面的研究。

通信作者: 李学明, Email: listelxm@163.com

及部位。安装好套扎器后再插入胃镜,在贲门上2 cm开始螺旋状退镜向上选择套扎点,然后将内镜头靠上并负压吸引至套扎圈内即释放皮圈,1次进镜可连续套扎6个皮圈,进镜后力争将所有食管胃底静脉曲张结扎,每条曲张静脉1次套扎不超过3个点。术后禁食时间24 h,后渐改为冷流质、半流质,防止便秘、剧烈咳嗽、激烈活动等增加腹压的动作。酌情给予生长抑素常规剂量静脉滴注维持1~2 d以降低门静脉压,奥美拉唑40 mg分次静脉滴注2 d抑制胃酸保护胃黏膜。组织胶注射采用黏合剂组织黏合剂为 α -氰基丙烯酸酯,使用23G注射针,采用曲张静脉内注射法。

1.3 腹腔镜手术治疗方法

腹腔镜手术治疗23例中11例行手助腹腔镜脾切除术,12例同时行门奇断流术,其中8例行贲门周围血管离断,4例行联合断流术。腹腔镜手术距内镜治疗时间1年以上2例,21例为1年以内,其中12例在术前2周内行内镜治疗;术后2例因消化道出血再次行内镜套扎治疗。腹腔镜手术采用上腹正中7 cm切口行手助腹腔镜脾切除或行门奇静脉断流术^[1]。3例组织胶注射者2例因出血行急诊手助腹腔镜门奇静脉断流术。

2 结 果

23例手术后均痊愈出院,无中转开腹和术后严重并发症发生。术后平均住院时间8.1 d。23例术后均得到随访,平均随访时间32(12~48)个月。其中11例术后1年内镜复查,1例曲张静脉消失,3例曲张静脉由重度改善为中度,7例由重度改善为轻度。21例无上消化道无出血,2例因少量出血再次行套扎治疗。1例于2年后患肝癌死亡,1例3年后复发上消化道大出血死亡。

3 讨 论

食管和或胃底静脉曲张破裂出血是肝硬化门静脉高压症的严重并发症,具有出血量大、来势凶猛、不易自行停止、容易诱发失血性休克和肝昏迷等致命合并症等特点,病死率达30%~40%,因此应采取积极的治疗措施。

目前治疗肝硬化门静脉高压症的手术方式分为传统手术(断流术、分流术)和肝移植术。肝移植术是治疗终末期肝病的有效手段已成共识,

由于供体的缺乏、移植费用高昂、原发病的复发、免疫排斥等问题的存在,在相当长的一段时期内,传统手术仍然有其存在的价值^[2-3]。但传统的分流或断流手术对患者打击大,术后并发症发生率较高,传统治疗方法仍需进一步完善。采用腹腔镜和内镜联合治疗肝硬化门静脉高压症的曲张静脉破裂出血和脾功能亢进,可望使患者以较小的创伤和代价获得和传统治疗方法同样的治疗效果。

内镜治疗是一种技术简单、安全、有效的治疗门静脉高压症并上消化道出血的微创治疗方法。经内镜行曲张静脉的套扎、硬化剂或组织胶注射的疗效已得到广泛认可,已成为食管胃底曲张静脉出血首选的治疗方法^[4-5]。但在伴有脾功能亢进时,单纯内镜治疗不能有效降低门静脉压力和恢复正常血小板功能,再出血率较高,而联合应用脾切除可达到上述目的。脾切除既能消除脾功能亢进症状的同时也能有效降低门静脉压力,减少再出血机率。与开腹脾切除术相比,腹腔镜脾切除术(laparoscopic splenectomy, LS)具有创伤小、疼痛轻、住院时间短和手术并发症少等优点,当前已被视为择期脾切除的标准术式。LS最初的主要适应证是脾体积基本正常大小的血液系统疾病及脾脏本身病变者,但随着LS技术的成熟,现也拓宽至外伤性脾破裂和门静脉高压脾亢等^[6-7]。这样,联合应用内镜和腹腔镜这两种微创手段治疗肝硬化门静脉高压症可充分利用两者的优势并具有互补作用,可同时圆满解决脾功能亢进及食管胃底曲张静脉破裂出血问题。秦明放等^[8]报道15例门脉高压症行内镜食管曲张静脉套扎联合手助腹腔镜脾切除治疗,取得良好疗效。罗宏武等^[9]采用腹腔镜脾切除加断流联合食管曲张静脉套扎治疗肝硬化门静脉高压症引起的上消化道出血,并与单纯曲张静脉套扎和开腹脾切除贲门周围血管离断术进行对比,静脉曲张的复发率和在出血率均显著降低。

内镜和腹腔镜治疗的先后次序,本院采用的是先内镜治疗,视肝功能分级情况,将肝功能C级纠正至B级,7~10 d内或延期再行腹腔镜手术治疗,争取在1次住院期间完成治疗。若患者以前有过内镜治疗史,则在手术前1 d复查内镜,如有需要则行内镜治疗,次日手术。本组有3例为此种情况。对食管曲张静脉粗大,甚至呈瘤样曲张者,套扎后不能完全阻断曲张静脉而却可在曲张静脉上形成溃疡,尽早的手术治疗可能防止

胶圈脱落后造成的大出血。出院后一月复查内镜,以后 3~6 个月复查内镜。

腹腔镜手术的手术方式,视内镜治疗后贲门周围血管曲张的情况而定。通常行手助腹腔镜脾切除即可,若贲门周围见静脉曲张明显,则行贲门周围血管离断。食管静脉曲张近期套扎后或胃底组织胶注射后出血,由于创伤后的炎症反应以及胃壁组织胶团块的存在,食管横断再吻合要慎重,可行贲门周围血管离断或加胃底环扎术。

与传统的断流或分流术相比,两镜联合的治疗方法具有止血效果确切,创伤小,术后疼痛轻,恢复快,生活质量高,并发症少的优点。该方法充分体现了微创的理念,为肝硬化门静脉高压症的治疗提供一种切实可行的治疗方法。

参考文献

- [1] 李学明,陈海鸣,涂伟,等.免装置手助腹腔镜脾切除门奇静脉断流术(附 29 例报告)[J].南昌大学学报(医学版),2010,50(1):85-86,98.
- [2] 李宏为,周光文.肝移植时代门静脉高压症的综合治疗[J].外科理论与实践,2006,11(3):183-184.
- [3] 冷希圣.肝移植时代门静脉高压症外科治疗的评价[J].消化外

科,2006,5(3):153-155.

- [4] 孙远杰,刘志忠,王艳,等.内镜治疗食管静脉曲张方法的临床研究[J].中华消化内镜杂志,2004,21(5):351-352.
- [5] 李鹏,张澍田,于中麟.门脉高压症食管胃底静脉曲张的内镜治疗[J].山东医药,2004,44(34):61-62.
- [6] 吕海涛,刘三光,路文彦,等.腹腔镜巨脾切除术七例诊治分析[J].中华实验外科杂志,2005,22(7):867.
- [7] Hashizume M, Tomikawa M, Akahoshi T, et al. Laparoscopic splenectomy for portal hypertension[J]. Hepatogastroenterology, 2002, 49(45):847-852.
- [8] 秦明放,杨慧琪,王庆,等.经内镜食管曲张静脉套扎术联合腹腔镜脾切除术治疗门静脉高压症[J].中华消化内镜杂志,2005,22(1):37-39.
- [9] 罗宏武,黄湘俊,黄飞舟,等.腹腔镜联合内镜治疗门静脉高压症[J].中南大学学报(医学版),2011,36(8):786-790.

(本文编辑 姜晖)

本文引用格式:李学明,陈海鸣,邓小荣,等.内镜腹腔镜联合治疗肝硬化门静脉高压症食管胃底曲张静脉出血[J].中国普通外科杂志,2013,22(1):118-120. DOI: 10.7659/j.issn.1005-6947.2013.01.028

Cite this article as: LI XM, CHEN HM, DENG XR, et al. Endoscopic laparoscopic combination therapy for gastroesophageal variceal bleeding due to portal hypertension in cirrhotic patients[J]. Chin J Gen Surg, 2013,22(1):118-120. DOI: 10.7659/j.issn.1005-6947.2013.01.028

关于一稿两投和一稿两用问题处理的声明

本刊编辑部发现仍有个别作者一稿两投和一稿两用,为了维护本刊的声誉和广大读者的利益,本刊就一稿两投和一稿两用问题的处理声明如下。

1. 一稿两投和一稿两用的认定:凡属原始研究的报告,同语种一式两份投寄不同的杂志,或主要数据和图表相同、只是文字表达可能存在某些不同之处的两篇文稿,分别投寄不同的杂志,属一稿两投;一经为两杂志刊用,则为一稿两用。会议纪要、疾病的诊断标准和防治指南、有关组织达成的共识性文件、新闻报道类文稿分别投寄不同的杂志,以及在一种杂志发表过摘要而将全文投向另一杂志,不属一稿两投。但作者若要重复投稿,应向有关杂志编辑部作出说明。

2. 作者在接到收稿回执后满 3 个月未接到退稿通知,表明稿件仍在处理中,若欲投他刊,应先与本刊编辑部联系。

3. 编辑部认为文稿有一稿两投或两用嫌疑时,应认真收集有关资料并仔细核对后再通知作者,在作出处理决定前请作者就此问题作出解释。编辑部与作者双方意见发生分歧时,由上级主管部门或有关权威机构进行最后仲裁。

4. 一稿两投一经证实,则立即退稿,对该作者作为第一作者所撰写的论文,2 年内将拒绝在本刊发表;一稿两用一经证实,将择期在杂志中刊出作者姓名、单位以及该论文重复发表的通告,对该作者作为第一作者所撰写的论文,2 年内拒绝在本刊杂志发表。本刊将就此事向作者所在单位和该领域内的其他科技期刊进行通报。

中国普通外科杂志编辑部