

门静脉高压症 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/305/2021\\_2022\\_\\_E9\\_97\\_A8\\_E9\\_9D\\_99\\_E8\\_84\\_89\\_E9\\_c22\\_305647.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/305/2021_2022__E9_97_A8_E9_9D_99_E8_84_89_E9_c22_305647.htm) 名称门静脉高压症所属科室普通外科治疗1.手术方式和适应证

脾切除和大网膜后固定术：适于脾大、脾功能亢进，无或有轻度食管及胃底静脉曲张，但无出血史者。 门奇断流术：适于门脉高压症并发食管、胃底曲张静脉破裂大出血的患者可选用： 结扎术。如冠状静脉结扎、腔内食管或胃底曲张静脉缝扎术。

离断术。如贲门四周血管离断术。 横断术。如食管下端或胃底横断术。 切除术。如食管下端或食管下端胃底切除术。

联合断流术。如贲门四周血管离断术加食管下端横断术或加胃底横断术。 直视下限制性胃冠状静脉栓塞术。 门

体分流术：适于： 门脉高压症有食管下端或胃底静脉曲张，有出血史。 一般年龄在50岁以下，肝功能代偿较好。按改进的Child肝功能分级标准为 、 级，且无肝炎活动者。

见表1.表1 门静脉高压症肝功能分级 检查项目 分级标准

| 检查项目             | 分级标准                  |
|------------------|-----------------------|
| 血清胆红素(mg/dl)     | < 1.2 1.2 ~ 2.0 > 2.0 |
| 血清白蛋白(g/dl)      | le.2.5                |
| 凝血酶原时间延长(s)      | 1 ~ 3 4 ~ 6 > 6       |
| ALT(SGPT) (金氏单位) | < 100 100 ~ 200 > 200 |
| (赖氏单位)           | < 40 40 ~ 80 > 80     |
| 腹水               | 无 少量，易控制 大量，不易控制      |
| 肝性脑病             | 无 无 有                 |

本表为中华医学会外科学分会门脉高压症肝功能分级试行标准（1983年，武汉）说明： 肝脏功能测定以手术前1~2周内最后一次检验为准。 以检验变化最显著的指标为定级标准。其手术方式甚多，有以下数种。 脾肾静脉分流术。其中有脾肾端侧分流、远端脾肾分流、端侧分流、侧侧分流术。 门腔静脉分流术。包括端侧及侧侧门腔静脉分流术。 肠腔静脉分

流术。包括肠腔端侧、侧端、侧侧及H型分流术。脾腔静脉分流术。冠腔静脉分流术。2.门脉高压症并食管、胃底曲张静脉破裂大出血时紧急处理。非手术疗法。手术疗法：经非手术疗法不能有效控制出血，肝功能损害属Ⅱ级，患者情况较好者，应急取即时手术。或经短期时间预备后即行手术，应争取即时手术。或经短期时间预备后即行手术。采用分流术还是门奇断流术，应根据患者情况及术者的手术技巧熟练程度和经验。总的原则为：创伤性小，手术力求简单，止血效果确切。多采用贲门四周血管离断术。3.术前预备门脉高压症90%以上系肝硬化引起，肝脏代偿功能一般较差，必须充分作好术前预备，以减少术后并发症。改善全身情况：给以高糖、高蛋白、高维生素、低脂、低盐饮食。低蛋白血症者，间断输入全血、血浆或白蛋白。提高肝脏代偿功能：肝泰乐0.2g，3次/日；肌苷0.2g,3次/日；维丙肝160mg,1次/日，肌注；复合维生素B和维生素C。病情严重者可静注能量合剂，每日1次，1~2周。有凝血机制障碍者；维生素K110mg，3次/日，肌注，术前连用3~5日。有腹水者，合理应用利尿剂，应用原则是联合用药、间歇交替，及时防治低钾、低钠血症。常以排钾类和保钾类利尿药联用。如安体舒通20~40mg，3次/日，口服，双氢克尿噻25~50mg，3次/日。术前3日服抗菌药物（新霉素1g，4次/日，或链霉素1g，2次/日，甲硝唑0.4~0.6g，3次/日）。术前2日加用抗生素（青霉素80万U或庆大霉素8万U，肌注，2次/日）。术晨禁食：放置质软胃管，术前晚作清洁灌肠。4.麻醉常用持续性硬膜外麻醉或静脉复合麻醉。5.术中注重要点 切口选择得当：显露要充分，尤其吻合处。探查：开

腹后仔细探查肝硬化程度、类型，有无新生物，脾及其四周粘连情况，门静脉、脾静脉有无血栓或静脉炎。测定门静脉自由压力，做肝脏活体组织检查。脾切除要点：结扎脾动脉，促使脾内血液回流。分离脾四周韧带时，防止撕裂蒂血管。注重避免损伤胰尾。做分流时，妥善保护脾静脉。回收脾血。根据渗血情况决定放置膈下引流。断流术要点：双重结扎胃冠状静脉。结扎脾胃韧带中胃短静脉。自胃小弯切迹至食管下端3~5cm的一切血管支（包括胃支、食管支及最高食管支）注重完全切断结扎，但勿损伤胃及食管壁组织。亦可用管状吻合器切除食管下端及贲门部后再行吻合。分流术要点：充分显露血管吻合区。

游离静脉要充分，避免损伤静脉壁，若有撕裂，应以5~0无损伤线修补。吻合时血管要避免扭曲，吻合口不得有张力，缝线以3~0为宜，吻合口两角作外翻固定，行外翻缝合，针距要均匀，一般不超过2mm，缝线要拉紧，吻合到最后放出血块，用肝素液（1:1000）冲洗管腔以防发生血栓。门腔静脉分流，其吻合口应限制在直径0.8cm左右，以防术后肝性脑病发生。6.术后处理 禁饮食及持续胃肠减压。注重补充液体，维持水、电解质及酸碱平衡，记出入量。尤其注重钠、水潴留和低钾的防治。低蛋白血症者，适量输入血浆、人体白蛋白。给予抗生素（首选大量青霉素、氨苄青霉素及甲硝唑等）。术后3~5天使用适量肾上腺皮质激素，以减少手术反应及肝脏损害。术后经常检查血常规、血小板、肝功能、电解质、血氨、尿素氮、肌酐及血气分析，如有异常应及时纠正。预防肝昏迷发生。术后24小时低流量给氧，可用精氨酸或谷氨酸钾及肠道泄药。出血者给盐水

灌肠清除肠道积血，口服新霉素。鼓励咳嗽排痰，注重肺部并发症的防治。严密注重观察左膈下有无感染，如体温不退者，行胸部X线摄片，左膈下\*\*\*检查。若膈下有积液，应加大氨苄青霉素量静滴，局部理疗，时刻警惕膈下脓肿形成，膈下引流物一般术后3日左右拔除。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)