

组和低危组中,以上均有显著差异($P < 0.05$)。而多因素分析显示:自由门静脉压的降幅、术前总胆红素、凝血酶原时间延长值、腹水量、术后1周白细胞计数及术后1周血红蛋白水平在两组间差异有统计学意义($\chi^2 = 53.337, P < 0.01$)。

陈汝福等^[13]比较了断流联合自体脾移植术与单纯断流术治疗门静脉高压症的疗效。术后6个月通过三维动态增强磁共振血管成像(3D DCE MRA)观察自体移植脾在腹膜后的侧支血管形成与血流方向的变化,并同步检查血清肝纤维化指标及肝功能的重要指标。结果显示,移植脾术后成活良好,并建立了广泛的侧支循环。两组手术后胃底静脉曲张、食管静脉曲张均消失或明显改善;两组手术前后肝功能的重要指标也无统计学差异($P > 0.05$)。但是,实施脾移植组血清透明质酸水平在术后显著下降($P < 0.05$),在断流时附加自体脾移植对抑制肝硬化在术后进一步发展有意义。

马建仓等^[14]提出了“隧道式贲门周围血管离断术”的新手术方法,其要点是在食管腹段后壁与后腹壁间游离、切断所有与食管下段、胃底曲张血管,以达到完全的断流术效果。作者通过307例患者临床治疗资料的总结,结果发现:该术式术后止血率为97.69%,围术期病死率为4.23%,主要死因有上消化道出血、腹腔内出血、肝衰、肝肾综合征。出现近期并发症63例(20.63%)。随访病例248例,平均随访时间(50±6)个月,术后5年再出血发生率为3.41%,10年再出血发生率为11.93%,从而认为该术式治疗门静脉高压症尤其是上消化道出血近、远期疗效可靠,严重并发症少。

刘巍等^[15]评价了近端脾肾静脉分流加门奇断流联合手术和单纯门奇断流术的远期临床疗效,回顾性总结了近10年采用脾肾静脉分流加门奇断流联合手术和单纯门奇断流术治疗门静脉高压症的患者384例,从术后再出血、脑病、肝功能衰竭发生率三方面总结临床疗效。结果发现,联合手术组术后再出血率明显低于断流组,而肝功能和脑病发生率两组差异无统计学意义。联合手术组手术前后门静脉血流量下降差异有统计学意义。联合手术组和断流组门静脉血流量减少差异无统计学意义,但是自由门静脉压的下降差异有统计学意义。因此提出,联合手术可结合断流和分流手术的优点,明显降低出血率,而且不增加脑病和肝衰竭发生率,应成为治疗门静脉高压症合并出血的首选术式。

吴性江等^[16]分析了TIPS加断流术与脾肾分流加断流术治疗门静脉高压症的临床疗效。60例门静脉高压症患者经血生化、钡餐或胃镜、多普勒超声及

CTA检查后,根据患者的全身和肝功能状况,分为A、B两组,A组(30例)行TIPS加断流术,B组(30例)行脾肾分流加断流术。结果发现:A组门静脉压力由术前(41.5±5.2)cm H₂O降至术后的(32.8±6.08)cm H₂O($P < 0.01$),门静脉血流速度由术前(17.1±4.5)cm/s升至术后的(38.3±5.3)cm/s($P < 0.01$);B组门静脉压力由术前(43.3±6.2)cm H₂O降至术后的(34.8±4.3)cm H₂O($P < 0.01$),术前、术后门静脉血流速度分别为(18.6±7.5)cm/s和(20.6±5.9)cm/s($P > 0.05$)。A组手术成功率、分流道通畅率、并发症发生率和手术死亡率分别为100%、100%、23.3%和3.3%,B组则分别为86.7%、80.8%、23.3%和3.3%。术后随访,A组分流道阻塞、出血复发、肝性脑病的发生率和5年生存率分别为27.6%、6.9%、24.1%和79.3%,B组则为5.0%、8.0%、8.0%和80.0%。结论提示,TIPS加断流术与脾肾分流加断流术均能有效地控制食管静脉曲张出血,前者特别适用于急性出血的治疗,后者具有持久的分流道通畅率。

针对胰源性门脉高压症的诊断和治疗,王春喜等^[17]通过总结脾切除、胃底贲门周围血管离断术治疗胰源性门脉高压症26例的经验,并对复杂病例的术中应对措施和方法进行回顾性分析。结果发现,脾脏切除、胃底贲门周围血管离断术是治疗胰源性门脉高压症可靠的手术方法,正确诊断、同时处理胰腺原发性疾病及其并发症是治愈胰源性门脉高压的关键。王烈等^[18]报道了21例有胰腺炎病史的胰源性门静脉高压症患者治疗结果,其中3例合并假性囊肿,1例合并胰尾部癌,10例有上消化道大出血。结果发现:胰源性门静脉高压症的诊断和治疗有不同于肝硬化性门静脉高压症的特点,手术治疗效果良好。对于胃底静脉曲张较轻、无出血史者可非手术治疗,随着胰腺原发病的控制和血栓再通,胃底静脉曲张也可好转或停止发展。

三、并发症的治疗

高志刚等^[19]研究了小儿门静脉海绵样变术后并发乳糜腹水的发病原因、预防措施及治疗方法。回顾性分析5年间收治因门静脉海绵样变门脉高压而反复上消化道出血患儿9例,均行手术治疗,术后4例出现乳糜腹水,其中2例发生于脾脏切除加脾肾静脉分流术后,1例发生于肠系膜上静脉下腔静脉分流术后,1例发生于Warren术后。结果发现,门静脉海绵样变术后并发乳糜腹水的主要原因为术中损伤淋巴管或乳糜池,保守治疗有效,必要时可手术治疗。

龚昆梅等^[20]通过回顾性分析13例急性门静脉系统血栓形成病例的临床资料,研究了急性门静脉系统血栓形成的诊断及治疗措施。结果发现,13例患

者均由增强 CT 或 MRI/MRA 检查确诊,其中 5 例患者接受以抗凝和溶栓为主的非手术治疗,2 例死亡;8 例接受手术治疗(经肠系膜上静脉切开取栓及置管抗凝和溶栓),其中 5 例术中发现有部分小肠坏死,同时切除坏死肠段,均痊愈出院。这说明外科手术治疗急性门静脉系统血栓形成疗效确切,并发症少。

汤照峰等^[21]研究了门静脉高压症患者脾切除术后早期接受抗血栓治疗对预防门静脉血栓形成的效果及安全性。将欲接受脾切除术的肝硬化门静脉高压症患者 59 例随机分为 2 组:早期使用抗凝、祛聚药物预防组与同期常规用药组,为对照进行对比研究,利用彩色多普勒超声监测门静脉血栓形成情况。结果发现,52 例完成随访 6 个月以上,随访率 88.1%,其中预防组 29 例,对照组 23 例。术后对照组 10 d 内发生门静脉血栓 1 例,1 个月内 4 例,1 月后 3 例,合计 8 例(34.8%),1 例为复发性血栓。预防组 10 d 内无一例发生门静脉血栓,1 个月内 2 例,1 个月后 1 例,合计 3 例(10.3%),两组病例门静脉血栓发病率差异有显著性($\chi^2=4.59, P<0.05$),3 例并发上消化道出血。这一结果提示,门静脉高压症患者脾切除术后早期接受抗凝、祛聚治疗能降低术后门静脉血栓形成的发生率。

陆炜等^[22]研究了抗凝治疗在门静脉高压症联合手术中的应用意义。将 67 例均行联合手术的门静脉高压症患者随机分为 2 组。抗凝组(32 例)在术后行抗凝治疗,对照组(35 例)术后未行抗凝治疗。比较两组间门静脉系统血栓形成、远期上消化道再出血发生率及手术前后门静脉高压胃病的改善情况。结果发现,抗凝组术后门静脉系统血栓形成发生率为 0,明显低于对照组的 20.0%($P<0.05$)。对照组远期上消化道再出血发生率为 30.0%,明显高于抗凝组的 7.1%($P<0.05$)。抗凝组与对照组比较,门静脉高压性胃病得到明显缓解。结论提示,抗凝治疗可明显降低联合手术后门静脉系统血栓形成、远期上消化道再出血的发生率,是一种安全、有效的辅助治疗措施。

马建仓等^[23]研究了前列地尔预防断流术后门静脉系统血栓形成的疗效。选择因肝硬化、门静脉高压症接受断流术治疗的 76 例患者,将其随机分为两组。治疗组 40 例,术后第 3 天始静脉滴注丹参注射液和前列地尔 2 周。对照组 36 例,术后第 3 天静脉滴注丹参,口服肠溶阿司匹林。定期观察 PLT、PT、肝功能、门静脉血栓形成及腹水情况。结果发现,术后治疗组与对照组比较,门静脉系统血栓形成发生率差异有统计学意义($P<0.05$);肝功能恢复差异有统计学意义($P<0.05$)。但血小板恢复差异无统计学意义($P>0.05$);凝血时间未见明显延长,均无出血倾向。结论提示,前列地尔在断流术后早期应用能有效、安全预防门静脉

系血栓形成、改善肝功能和降低腹水发生率。

瞿旭东等^[24]评价了直接门静脉血栓溶栓术治疗广泛性门静脉系统血栓形成的治疗价值。其方法是:门静脉系统血栓形成患者 12 例,其中 10 例患者采用经皮肝穿途径,2 例采用经颈静脉途径(TIPS 途径),引入多侧孔导管,侧孔段置于血栓内,首剂在术中于 15 min 内灌注尿激酶 25 万 U,固定导管后返回病房,继续经导管注入尿激酶 3~5 万 U/h,肝素钠 300~780 U/h,间隔每 6~12 h 经导管行 DSA 血管造影了解溶栓情况,并适当调整导管位置。治疗期间密切随访患者凝血功能状态,严密观察患者症状体征,适时调整药物剂量。结果发现:12 例患者中死亡 2 例,其余 10 例在溶栓 24~120 h 后门脉血流获得了完全或部分再通,腹痛、腹胀等症状缓解。随访 4~12 个月,10 例患者中有 2 例因再次门脉血栓形成并出现腹痛、腹胀等症状而入院,并成功地接受了二次溶栓治疗;其余患者腹痛、腹胀症状消失。结论提示:直接门脉血栓溶栓术治疗广泛性门静脉系统血栓形成安全有效。选择合适的病例、术前全面影像学评估和溶栓过程中严密随访是确保疗效的关键。

四、介入和药物治疗

李恩山等^[25]研究了经皮经肝食管胃底静脉曲张塞术联合部分脾脏栓塞术对门脉高压性胃病(PHG)的影响。其方法是采用经皮经肝 TH 胶定位栓塞胃冠状静脉(必要时联合栓塞胃短和胃后静脉)联合脾部分栓塞术(PTVE+PSE),先后治疗肝硬化门脉高压症并上消化道出血患者 53 例。以 48 例行脾次全切除腹膜后移位加断流术的患者为对照,进行对比研究。随访 2~48 个月,平均 16 个月。结果发现,联合介入栓塞术疗效明显,止血确切,降低门脉压力显著,没有加重 PHG,达到与脾次全切除腹膜后移位加断流术相似疗效。

秦建平^[26]研究了经颈内静脉肝内门体分流术(TIPS)和部分脾脏栓塞术(PSE)联合治疗肝硬化门脉高压及脾功能亢进症的疗效。通过选择 30 例均为肝硬化门脉高压及脾功能亢进症患者,行 TIPS 术后再行 PSE 术。手术前后使用超声检测门、脾静脉内径、门脉主干血流速度、脾脏长径和厚度;血细胞分析仪检测血象。结果发现,30 例患者 TIPS 术后的门脉压力较术前降低($P<0.01$)。门、脾静脉内径较术前缩小($P<0.01$),门脉主干血流速度较术前增快($P<0.01$);术后 3~6 月的脾脏长径及厚度、白细胞、血小板及血红蛋白较术前均无明显变化($P>0.05$)。30 例患者 PSE 术后的门、脾静脉内径、门脉主干血流速度与 TIPS 术后的比较无明显变化($P>0.05$);而白细胞、血小板及