



门静脉高压症 外科临床诊疗指南

本症是由于门静脉（以下简称门脉）血流受阻，发生淤滞，引起门脉压力增高所致。临床上表现为脾肿大、脾功能亢进、食管胃底静脉曲张、上消化道出血和腹水等。

- 本症分**肝内**和**肝外**两型，前者占95%以上。肝内型又可分为**窦前阻塞**（血吸虫性肝纤维化）和**窦后阻塞**（肝炎后肝硬化）。肝外型主要为门脉主干的血栓形成或其先天性畸型（闭锁、狭窄、海绵窦样病变）。正常门脉压力在**13~24cmH₂O**，平均值为**18cmH₂O**。门脉高压症时，压力大都增至**30~50cmH₂O**；门脉压力不超过**12mmHg**时，食管胃底曲张静脉很少破裂出血。

一、临床表现

1. **脾肿大** 所有病人都有不同程度的脾肿大，并均伴有脾功能亢进。
2. **呕血与黑便** 约半数病人有此症状，出血量大而且危急为其特征，其中约**50%**的病人在**第一次大出血**时可直接因休克或肝功能损害致急性肝功能衰竭死亡。出血自动停止或经治疗后得到控制的病人，约半数在第一次出血后**1~2年内**可再次大出血。

3. **腹水** 约1/3的病人可有腹水。呕血后常引起**腹水**加剧。
4. **腹壁静脉怒张** 因门静脉高压致门脉血流通过脐静脉至脐周腹壁静脉，产生**水母头**(caput medusae)症。
5. **其他症状** 部分病人可有**黄疸**、肝肿大及**内痔**。

二、诊断

1. 根据病史、临床表现和体征。
2. 实验室检查，评价肝功能的代偿能力。

Child分级标准

	A级	B级	C级
血清胆红素 ($\mu\text{mol/L}$)	小于34.2	34.2~51.3	大于51.3
血浆清蛋白 (g/L)	大于35	30-35	小于30
腹水	无	易控制	难控制
肝性脑病	无	轻	重、昏迷
营养状态	优	良	差

- (1) 血常规、血小板计数、尿常规、粪孵化3次（怀疑感染血吸虫病者）
- (2) 肝功能检查总胆红素、直接胆红素、SALT、SAST、血浆总蛋白、清蛋白、清/球蛋白比值。
- (3) AFP检测，以除外肝癌。
- (4) 肝炎病毒检测，必要时可考虑肝穿刺活检以了解肝炎发展情况。
- (5) 凝血酶原时间检测。
- (6) 尿素氮、肌酐检测，以了解肾功能变化。

3. 影像学检查

- (1) 胸片。
- (2) 食管吞钡摄片示**食管静脉曲张**的程度、范围。
- (3) 肝、脾B超检查，有条件时做门静脉超声多普勒检查，了解**门静脉血流量及直径、血流方向**。
- (4) 选择性肠系膜上动脉造影。

4. **内镜检查**食管、胃及十二指肠 了解食管曲张静脉分布部位、直径、有无**红色征**等。同时检查胃及十二指肠有无伴发**溃疡、糜烂**以及**肿瘤**。
5. 必要时可做**骨髓穿刺**，适用于与某些类型的血液病鉴别诊断，如果骨髓象增生而周围粒细胞减少，则为**脾功能亢进症**。

三、治疗

(一) 预防首次急性大出血

肝硬化时不一定每一个病人都发生静脉曲张，约**40%**的Child A病人有曲张静脉，而Child C级则高达**85%**。在有食管胃底曲张静脉的病人中，约**50%-60%**可并发大出血，首次急性大出血的死亡率可达**50%**左右，因此预防首次急性大出血是十分重要的。预示出血的最佳指标是**曲张静脉的大小、存在红色征，肝功能储备差**。当**门静脉压力梯度**低于**12mmHg**时，一般不会发生出血。

1. 药物治疗 这是首选措施，主要应用 β -受体阻断剂**心得安**，并可与扩血管药如**单硝酸异山梨酯**联合应用，可协同降低门静脉压力。

2. 经内镜治疗 预防性经内镜硬化剂注射 (EVS) 预防首次大出血的疗效不肯定，故不推荐EVS，但预防性经内镜曲张静脉套扎术 (EVL) 安全有效，可用于预防首次急性大出血。

3. 预防性手术 倾向不做预防性手术，重点在内科和护肝治疗。当有明显脾肿大、脾功能亢进，重度曲张静脉，特别是内镜下曲张静脉呈红色征时才考虑行预防性手术。meta-分析表明，预防性门体静脉分流手术和经颈静脉肝内门腔静脉分流术可有效地预防首次急性大出血，但有很高的脑病发生率和死亡率，故不能用于预防首次急性大出血。对肝功能差、特别是肝炎后肝硬化病人，若确有必要作预防性手术，倾向作预防性断流术，主要是贲门周围血管离断术。

（二）预防复发性曲张静脉破裂出血

曲张静脉破裂出血得到控制后又发生出血称复发性出血，这是导致病人死亡的主要原因。所以治疗**不仅要控制出血，还要预防早期和晚期再出血。**

1. **药物治疗** 推荐应用 β -受体阻断剂心得安，亦可配合扩血管药和经内镜治疗。
2. **经内镜治疗** 经内镜曲张静脉硬化剂注射（EVS）和经内镜曲张静脉套扎（EVL）均可预防再出血，其中EVL并发症少，应作为首选方法，但7-14d应重复一次，需2-4个疗程。
3. **手术预防再出血** 原则同择期手术治疗。

(三) 急性食管胃底曲张静脉破裂出血的治疗

1. 一般急救措施 曲张静脉破裂

出血病人应在重症监护病房 (ICU)，由内科肝病医生、内镜医生、外科医生和训练有素的护士共同负责治疗。

(1) 复苏及早期处理 开放周围大静脉和建立中心静脉插管。抽血完成下列检验：血常规、血小板计数、凝血酶原时间（PT）、出血及凝血时间、电解质、血尿素氮、肌酐，配血6~10单位，如血压下降，心率加快，应补给乳酸林格溶液或生理盐水，以维持水、电解质平衡。放置胃管，盐水洗胃，放置导尿管。

- 如果病人血流动力学稳定，则可行内镜检查。需限制氯化钠的输入，以防腹水；当收缩压低于10.7kPa (80mmHg)，即应快速输血；如果PT延长，应补充凝血酶原复合物（PPSB）；如血小板低于 $50 \times 10^9/L$ ，可考虑输血小板。应避免过量扩容，防止门静脉压力反跳性增加，可导致出血不止或引起再出血。

- (2) 预防用抗生素 诺氟沙星

0.4, 口服或经胃管和静脉给药。肝硬化合并上消化道出血的病人, 无论有无腹水, 均有发生**严重细菌感染**的危险, 可导致**复发出血**。

- **(3) 预防并发症：**呼吸道误吸引起肺炎，肝性脑病，肠源性感染，低氧血症，水电解质紊乱，腹水和肾功能衰竭等。
- 在进行上述诊疗的同时，应迅速完成病史询问及全身体检，并根据实验室资料和体检确定病人肝功能Child分级。

2. 药物治疗 目前药物治疗可适用于下列情况：

①为经内镜硬化剂注射治疗或曲张静脉套扎术作准备；

②经内镜治疗失败；

③胃底曲张静脉出血或门脉高压性胃病出血；

④Child C级病人。

- 通过降低曲张静脉内的压力和血流量而控制曲张静脉出血，主要的药物是内脏血管收缩剂，如**血管加压素**，**生长抑素**及其衍生物，亦可用促进生理性的食管**下端括约肌收缩的药物**，如甲氧氯普胺（胃复安、灭吐灵）和多潘立酮（镇吐药），可明显**减少奇静脉血流量**。

1) 加压素 (vasopressin): 20 μ 溶于5%葡萄糖200ml中, 20~30min快速静滴, 必要时4h重复应用, 随机对照试验证实, 加压素与硝酸甘油 (nitroglycerin) 联合应用, 具有协同降低门静脉压力的作用, 比单一用药有效。

- 2) 三甘氨酸赖氨酸加压素（特立加压素，glypressin）：为合成的加压素衍生物，对平滑肌无作用，半减期长，全身症状少。常用量为1~2mg静滴，每6h 1次，有效率可达70%。一旦诊断成立尽快应用，甚至在内镜诊断之前和入院前即可应用**特立加压素**和**硝酸甘油**，可显著提高止血率和降低死亡率。

- 3) 生长抑素(somatostatin): 生长抑素和它的八肽衍生物奥曲肽(octreotide)。目前已广泛用于硬化剂注射前准备, 或治疗失败者。生长抑素首次剂量 $250\ \mu\text{g}$ 静注, 以后每小时 $250\ \mu\text{g}$ 静脉持续点滴, 维持2~4d。奥曲肽首次剂量 $50\ \mu\text{g}$ 静注, 以后每小时 $25\sim 50\ \mu\text{g}$ 静滴, 维持2-4d。

- **3. 三腔管压迫止血：**该管有两囊（食管囊、胃囊）三腔，利用充气上述两囊，分别压迫食管下端及胃底破裂的曲张静脉。食管囊充气 **60~100ml**，胃囊充气 **150~200ml**。先充胃囊，然后轻轻拉管，感到不再被拉出时，即悬以 **0.25kg~0.5kg**重物作牵引压迫，接着经第三腔注入冷盐水洗胃。若仍出血则食管囊充气，压迫食管下段。放置时间一般为**24~72h**，过久可致**食管或胃底粘膜坏死**。

置管24h后，可先排空食管囊，观察一段时间，若无出血，再放开胃底囊，如又有出血，则再向气囊充气。大部分病人压迫2~7d即可止血。重要的是，在三腔管压迫期间，要**加强护理**，经常吸尽病人咽喉部的分泌物，防止发生吸入性**肺炎**和**肺脓肿**，还要严密观察，慎防气囊上滑，填塞咽喉，甚至引起**窒息**。

气囊压迫的止血率可达**40%-90%**，但在气囊放气后的24小时内**50%**的病人可再出血，并发症亦多，**仅适用于无法控制的大出血，或等待作进一步治疗的病人。**

4. 经内镜治疗

(1) 内镜硬化剂注射治疗 (EVS) :

本疗法目前已成为治疗急性食管曲张静脉破裂出血最常用的方法。其有效率达80%~90%。硬化剂注射可在急性出血期或在出血停止后2、3d内进行。注射方法有**血管腔内注射**、**血管旁注射**及两者混合。

- 常用硬化剂为**鱼肝油酸钠**。注射部位在食管下段，离贲门上方5cm处开始，每相距1~2cm，朝贲门方向做2~3层次的环形注射，每个注射点注入1~3ml，第4~7d需复重1次，平均为3~6次，硬化剂注射疗法最常见的并发症为**食管溃疡、吸入性肺炎及食管穿孔**（少见）。本疗法对胃底曲张静脉和门脉高压性胃病治疗无效。

(2) **经内镜曲张静脉套扎(EVL)** EVS和EVL在控制曲张静脉破裂出血的有效性方面无显著性差别，但EVL并发症较少，EVL治疗后复发出血率可达**10%**左右。以下情况之一者应及早手术治疗：

①经2次以上结扎治疗仍不能控制急性出血；

②胃底曲张静脉破裂出血；

③内镜治疗后短期内复发出血，不能为内镜结扎控制者。

5. 经颈静脉肝内门腔静脉分流术 (TIPS)

TIPS的内支撑管的直径为8至12mm。

TIPS可明显降低门脉压力，一般可降低至原来压力的一半。可减少出血的危险，并进行性减少曲张静脉的大小。TIPS存在的主要问题是支撑管可进行性狭窄，还可并发**肝功能衰竭**（5%至10%），**肝性脑病**（20%至40%）。TIPS的可取之处在于能预防急性出血和治疗复发出血，主要是用于等待行肝移植的病人。目前TIPS的主要适应证是药物和内镜治疗无效、肝功能差的曲张静脉破裂出血病人。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/715230114040011224>