

考研复习指导之考研西医外科学辅导044考研 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/548/2021_2022__E8_80_83_E7_A0_94_E5_A4_8D_E4_c73_548355.htm

门静脉高压症 一、解剖概要、病因和病理生理

1. 门静脉压力正常门静脉压力为1.27 ~ 2.35kPa(13 ~ 24cmH₂O)。门静脉高压症时，压力大都增至2.9 ~ 4.9kPa(30 ~ 50cmH₂O)
2. 门静脉的组成 门静脉由肠系膜上、下静脉和脾静脉汇合而成，其中约20%的血液来自于脾(5版外科学为：门静脉由肠系膜上和脾静脉汇合而成，后者又收集肠系膜下静脉的血液5版外科学更严谨，作者注)。门静脉位于两个毛细血管网之间：一端是胃、肠、脾、胰的毛细血管网，另一端是肝窦(肝的毛细血管网)。门静脉无瓣膜，当门静脉压力升高时，首先是脾脏充血肿大。门静脉与肝动脉关系密切，如门静脉血流减少时，肝动脉血流即增加(肝动脉缓冲反应)。
3. 门静脉和腔静脉之间的主要交通支有4支交通支 门静脉高压时产生的临床表现 胃底食管下段交通支 最重要的交通支。门静脉高压时，可曲张破裂导致上消化道大出血 直肠下端、肛管交通支 痔 前腹壁交通支 腹壁静脉怒张 腹膜后交通支 Retzius静脉丛扩张。只能于术中见到
4. 病因和病理生理

二、临床表现和诊断脾肿大、脾亢 门静脉高压症时，首先出现充血性脾肿大 外周血细胞减少(白细胞、血小板和红细胞均减少，但以前两者减少最常见)交通支扩张 4个交通支扩张，各自产生的症状已于前述，最重要的为贲周交通支扩张破裂出血腹水 门静脉系统毛细血管滤过压增高； 低蛋白血症，胶体渗透压降低； 淋巴液自肝表面漏入腹腔； 醛固酮分泌增多，导致水钠潴留其他临床表现

蜘蛛痣、肝掌、男性乳腺发育、睾丸萎缩(雌激素增多的表现)血象 脾功能亢进血细胞计数减少,以WBC、PLT减少最明显肝功能 白蛋白降低,球蛋白增高,凝血因子减少(凝血酶原时间延长)腹部超声检查 腹水,肝密度质地异常,门静脉扩张(内径 13mm)食管吞钡检查 钡剂充盈时,为虫蚀样改变;钡剂排空时,为蚯蚓样或串珠状负影 三、治疗 外科治疗门静脉高压症主要是预防和控制食管胃底曲张静脉破裂出血。 1 . 食管胃底曲张静脉破裂出血与上消化道出血治疗类似。(1) 肝功能的判断(Child肝功能分级) A级B级C级血清胆红素($\mu\text{mol/L}$) ≤ 51.3 血浆清蛋白(g/L) ≥ 30 腹水 无 易控制 难控制 肝性脑病 无 轻重,昏迷 营养状况 优良 差,消耗性 (2)非手术治疗 对于有黄疸、大量腹水、肝功能严重受损的病人(肝功能Child C级),发生大出血,如果进行外科手术,死亡率高达60%~70%,应尽量采取非手术治疗。 治疗方法 并发症或特点 适应证 输血输液 建立有效的静脉通道,补充血容量 基本的治疗 Child C级患者药物止血 应用内脏血管收缩剂止血 常用药物有垂体后叶素、加压素、生长抑素 生长抑素类为首选药 控制急性出血 (有效率80%)内镜治疗 经内镜将硬化剂直接注射到曲张静脉腔内 治疗食管静脉曲张出血和预防再出血 食管溃疡、狭窄或穿孔(最严重并发症)控制急性出血的首选方法 三腔二囊管 既可用于诊断,又可用于治疗。 食管气囊充气量为100~150ml,胃气囊150~200ml,悬挂物重量0.5kg。 放置 $\leq 3 \sim 5\text{d}$;每12h放空气囊10~20min;头侧卧防误吸;防窒息吸入性肺炎 食管破裂 窒息 对血管加压素、内镜止血无效者 TIPS经颈静脉肝内门分流术(TIPS)可明显降低门静脉压力(可降至原来1/2)支撑管进行性狭窄 肝衰竭、

肝性脑病 治疗急性出血和 预防复发出血 (3)手术治疗 急诊手术适应证 病人以往有大出血病史，或本次出血来势凶猛，出血量大，或经短期积极止血治疗，仍有反复出血者。 经严格内科治疗48小时仍不能控制出血，或短暂止血又复发出血者。 急诊手术禁忌证肝功能Child C级者。 手术方式手术方式分分流术和断流术两类。门体分流术主要是降低门静脉压力，目的是治本。门奇断流术主要是阻断门奇静脉间反常血流，目的是治标，是通过离断胃底食管曲张静脉达到止血的目的。其手术方式繁多，同学们容易混淆。现归纳如下。

非选择性门体分流术如门腔静脉端侧分流术，完全阻断了入肝血流，因此术后入肝血流减少，肝功能不能得到改善，肝性脑病发生率达30% ~ 50%。但降压止血效果可靠，可使门静脉压力减低10 ~ 16cmH₂O。 选择性门体分流术未完全阻断入肝血流，因此术后肝功能能得到一定程度的改善，肝性脑病发生率低。但仅降低门静脉压力8 ~ 10cmH₂O。 贲周血管离断术贲周血管分4组：冠状静脉、胃短静脉、胃后静脉和左膈下静脉。手术时应彻底切断上述静脉，包括高位食管支或同时存在的异位高位食管支，高位食管支的离断是手术成败的关键。

术式	术后门静脉压	入肝血流	术后肝功能	术后肝性脑病发生率	吻合口血栓形成率	手术方式选择
非选择性分流术	(降低10 ~ 16cmH ₂ O)	完全阻断	未改变	高(30% ~ 50%)	低	急诊手术
选择性分流术	(降低8 ~ 10cmH ₂ O)	未改变	稍改善	低	低	首选
断流术	(降低8 ~ 10cmH ₂ O)	未改变	稍改善	低	低	首选

贲周血管离断术，该术式对病人打击小，能到达即刻止血目的，又能维持入肝血流，对肝功能影响较小，手术死亡率和并发症发生率低。

2. 严重脾肿大，合并明显的脾功能亢进 最多见于晚期

血吸虫病(晚血)，也见于脾静脉栓塞引起的左侧门静脉高压症。对于这类病人单纯行脾切除术效果良好。3. 肝硬化引起的顽固性腹水。(1)肝移植最有效的治疗方法(7年制外科学上治疗顽固性腹水最有效的方法为腹腔静脉转流术)。(2)TIPS经颈静脉肝内门体分流术。(3)腹腔-静脉转流。编辑特别推荐：2009年研究生考试复试资料大汇总 考研政治基础辅导常考知识点精选汇总 09考研英语冲刺阅读理解专项训练汇总 考研冲刺：考研政治理论辅导资料汇总 更多优质信息请访问：百考试题考研站 百考试题论坛 丰富、优质考试试题请进入：百考试题在线考试中心 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