

我国门静脉高压症外科的困境与机遇

杨连粤

【摘要】 门静脉高压症导致的食管胃底静脉曲张破裂出血临床十分常见,严重威胁患者生命。传统外科手术一直在门静脉高压症治疗中具有重要地位。近年来,虽面临药物、内镜、放射介入治疗等严峻挑战,但外科手术在门静脉高压症治疗中的地位仍然不可取代,并非是正在消失的外科。多学科团队模式为门静脉高压症的个体化、精准化治疗带来新的发展动力。新技术和新理念的发展、新治疗指南与共识的制订,规范了门静脉高压症的治疗。

【关键词】 门静脉高压症; 外科手术

Dilemma and opportunity of surgery for portal hypertension in China Yang Lianyue. Department of General Surgery, Xiangya Hospital of Central South University, Changsha 410008, China
Corresponding author: Yang Lianyue, Email: lianyueyang@hotmail.com

【Abstract】 Esophagogastric variceal hemorrhage caused by portal hypertension is common and severely threatens the patients' health. The conventional surgical treatment plays an important role in portal hypertension. Although surgical treatment is strongly challenged by the pharmacological treatments, endoscopic treatments and radioactive intervention therapies, the role in portal hypertension treatment is still unshakable and irreplaceable, and is also not the disappearing surgery. The multidisciplinary treatment modalities have also brought new impetus for the individualization and precision treatment of portal hypertension. The developments of new clinical guidelines and consensus, new techniques and novel conceptions have promoted the treatment of portal hypertension to a standard procedure.

【Key words】 Portal hypertension; Surgical procedures, operative

目前我国乙型病毒性肝炎后肝硬化所致的门静脉高压症临床常见。长期以来,门静脉高压症导致的食管胃底静脉曲张破裂大出血,一直严重威胁患者生命。各种分流术和断流术一直在门静脉高压症的治疗中占据主流地位。然而,进入 20 世纪后期,随着药物、内镜、放射介入和肝移植等治疗方法的不断兴起和发展,门静脉高压症的治疗方法极大地丰富起来,展示出治疗的多元化与多学科优势^[1]。传统的门静脉高压症外科治疗由此受到较大冲击,然而,

外科手术对门静脉高压症,特别是食管胃底静脉曲张破裂出血的治疗作用仍不可替代。因此,门静脉高压症外科并非是一个正在消失的学科,其重要、独特的地位仍不可动摇。

1 门静脉高压症外科治疗的困境

1.1 治疗方法种类繁多,疗效不一

目前门静脉高压症治疗方法多达百余种,主要包括药物、气囊填塞、内镜、放射介入、各种分流与断流手术及肝移植治疗,犹如进入了新的“战国”时代,令人眼花缭乱,不知如何选用。由此也反映出门静脉高压症治疗的困难性与疗效的不确定性,尚缺乏符合“金标准”的公认治疗方案。肝移植虽是治愈门静脉高压症的唯一方法,但供肝极度短缺,其治疗费用高昂,手术风险较高,仍无法成为门静脉高压症的一线治疗方法^[2]。而其他治疗方法均仅能降低门静脉压力或治疗食管胃底静脉曲张破裂出血,是对症治疗,或是挽救生命,无法从根本上解决门静脉高压症。纵观这些治疗方法,各有利弊,均各有其适应证,但难以具有压倒性优势。施行外科手术治疗的患者须具备较好的肝功能(Child A 级或 B 级),而临床实际上大部分门静脉高压症患者肝功能处于临界状态或失代偿期而不具备手术条件;且大多为急症手术,病情危重,手术风险大、创伤大,围术期并发症发生率和病死率较高,因此,不推荐其为门静脉高压症的一线治疗方法。鉴于此,有文献报道:门静脉高压症逐渐演变成为一门正在消失的外科艺术^[3]。

内镜套扎、放射介入等技术的兴起与广泛应用,使门静脉高压症的治疗有了更多选择。尽管这些治疗方法易操作、创伤小、短期止血率高、风险相对较小,但内镜套扎术后再出血、经颈静脉肝内门体分流术(transjugular intrahepatic portosystemic shunt, TIPS)后肝性脑病及导管堵塞目前尚无很好的解决办法。因此,外科手术在门静脉高压症治疗中仍有重要地位。虽然最新的 Baveno VI 共识^[4]已不再将外科手术列入门静脉高压症治疗指南,但无论是最新版的 UK 指南,还是中华医学会外科学分会门静脉高压

症学组制订的我国《肝硬化门静脉高压症食管、胃底静脉曲张破裂出血的诊治共识(2015)》均一致认为:外科手术是门静脉高压症的重要治疗方法^[3,5]。因此,就目前我国国情而言,门静脉高压症的外科手术治疗仍未受到根本性挑战,其地位不可动摇^[2]。

1.2 治疗决策循证指南,外科治疗规范合理

目前疾病的治疗已由传统的经验医学快速向遵循相关指南、共识的循证医学模式转变,更注重临床决策的依据、临床经验和患者期望值 3 项要素的高度统一。对食管胃底静脉曲张破裂出血的一、二级预防措施,指南推荐由止血率、再出血率、并发症、远期生存情况共同决定。一级预防旨在预防曲张静脉进展和破裂,推荐采用非选择性 β -受体阻滞剂作为一线治疗。若存在非选择性 β -受体阻滞剂使用禁忌证或无效,推荐行内镜下曲张静脉套扎术。各指南与国内共识均不推荐行预防性分流或断流术。仅当患者食管胃底静脉曲张破裂大出血不能控制,或出血停止后 24 h 内再出血,或经内科或内镜治疗无效,且具备手术条件,才考虑行外科手术治疗。二级预防推荐采用非选择性 β -受体阻滞剂联合内镜下曲张静脉套扎术;当此两者治疗无效时,推荐行 TIPS。对无法行 TIPS 的肝功能 Child A 或 B 级患者,推荐行外科手术治疗^[4-5]。上述治疗的选择均是基于循证医学证据,使其适应证更为严格与明确。严格遵循指南与共识,明确规范门静脉高压症食管胃底静脉曲张破裂出血的临床治疗决策,使临床医师能够正确选择患者和治疗时机,采用正确合理的治疗方法,以获得最佳的临床治疗效果,实现治疗精准化。

2 技术不断进步,理念不断更新

2.1 肝静脉压力梯度测定

肝静脉压力梯度 (hepatic venous pressure gradient, HVPG) > 5 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa) 是临床诊断门静脉高压症的金标准,也是预测食管胃底静脉曲张出血的重要指标^[5]。HVPG > 10 mmHg 是食管胃底静脉曲张的必要条件, > 12 mmHg 时即达到出血阈值,可发生破裂出血;而当 HVPG > 20 mmHg,常预示药物和内镜治疗急性静脉曲张破裂出血失败^[6]。因此,现有指南与共识均推荐测定 HVPG,欧美国家指南特别推崇该项检测。HVPG 对于患者治疗决策的确定和预测预后均有重要意义,也有助于指导门静脉高压症的个体化治疗。有临床研究结果表明:如采用药物治疗能使 HVPG 降至 < 12 mmHg 或下

降幅度 $> 10\%$,提示治疗有效;否则即需行 TIPS 或外科手术治疗^[4]。由于测定 HVPG 是有创操作,且需特殊设备与条件,目前国内仅在少数大型肝病治疗中心开展,尚未普及。因此,临床应特别重视开展门静脉高压症 HVPG 测定的研究,提供更多国人相关临床数据,指导临床诊断与外科治疗。

2.2 多学科团队诊断与治疗模式

门静脉高压症的治疗涉及消化内科、普通外科、血管外科、放射介入科、内镜科及器官移植科等多学科的协同合作。因此,多学科团队 (multidisciplinary teamwork, MDT) 是目前门静脉高压症外科治疗的重要发展趋势与方向,也是新的、最大的亮点和特色。在 MDT 模式下,结合各科室特点与优势,全面综合考虑门静脉高压症的病因、病期、肝功能分级、合并症、多脏器功能等情况,能制订出合理的个体化治疗方案;并甄别出真正需要行外科手术治疗的患者,优化诊断与治疗方案,联合多种治疗方式序贯或同时进行,使患者临床获益最大化^[7]。

2.3 微创外科治疗

肝硬化门静脉高压症患者肝脏储备代偿功能大多不足,手术耐受性差,手术创伤大、风险高、围术期并发症发生率和病死率较高,很大程度上限制了外科手术的开展。随着微创技术和手术器械的不断进步,腹腔镜技术近年来开始被广泛应用于门静脉高压症手术,特别适用于断流术。与开腹手术比较,腹腔镜贲门周围血管离断术具有创伤小,患者耐受性好,术后恢复快等诸多明显优势,值得在有条件的医疗机构推广应用。值得指出的是,对巨脾患者,尽管可在行脾切除术前预先结扎脾动脉,以期使脾脏缩小,但经腹腔镜碎脾并取出仍是十分耗时的操作^[8]。各种分流术因涉及血管吻合等复杂操作,仍多需经开腹施行。目前达芬奇机器人手术系统可应用于多种复杂外科手术。已有的研究结果报道:在达芬奇机器人手术系统辅助下成功行远端脾肾分流术,患者术后均获得长期生存^[9]。微创技术在门静脉高压症外科治疗中的优势与地位越来越凸显,值得临床重视。

2.4 制订指南与共识

现有指南与共识均不推荐将外科手术作为门静脉高压症食管胃底静脉曲张破裂大出血的一线治疗和预防措施。分流术与内镜或 TIPS 治疗的近、远期疗效相近。尽管分流术后再出血率低,但术后肝性脑病发生率明显高于内镜套扎术和 TIPS^[4]。断流术短期止血效果和长期生存情况与 TIPS 类似,术后

再出血率较 TIPS 无明显优势,且围术期并发症发生率和病死率明显高于 TIPS^[10-12]。因此,目前建议外科手术主要用于食管胃底静脉曲张破裂出血,不宜行内镜治疗或 TIPS,以及治疗无效的肝功能 Child A 级或 B 级患者。遵循相关指南与共识,更有利于规范门静脉高压症的外科治疗。同时由于我国缺乏大样本随机对照研究证据,断流术与分流术孰优孰劣的争议仍将长期存在。断流术+分流术的联合手术临床效果仍需大量临床研究结果验证方能明确。有条件的医疗机构,可根据临床需求,有条件地开展符合伦理规范的超指南与共识的有益探索与创新,将能更好地推动我国门静脉高压症外科治疗的不断进步与发展。

3 结语

尽管目前门静脉高压症的传统外科治疗正经受来自药物、内镜、放射介入等治疗的严峻挑战,但其疗效确切、优势明显,地位不可取代。临床应重视腹腔镜贲门周围血管离断术的推广应用。笔者深信,制订并遵循指南与共识,将有力推动门静脉高压症外科治疗的规范化、个体化与精准化。在一系列新理念和新技术的支持下开展临床实践,将使更多门静脉高压症患者获得最佳的临床治疗效果。

参考文献

- [1] 卫生和计划生育委员会卫生公益性行业科研专项专家组. 门静脉高压症食管胃曲张静脉破裂出血治疗技术规范专家共识(2013版)[J]. 中华消化外科杂志, 2014, 13(6): 401-404. DOI: 10. 3760/cma. j. issn. 1673-9752. 2014. 06. 001.
- [2] Mercado MA. Surgical treatment for portal hypertension[J]. Br J Surg, 2015, 102(7): 717-718. DOI: 10. 1002/bjs. 9849.
- [3] 中华医学会外科学分会门静脉高压症学组. 肝硬化门静脉高压症食管、胃底静脉曲张破裂出血诊治专家共识(2015)[J]. 中国实用外科杂志, 2015, 35(10): 1086-1090. DOI: 10. 7504/CJPS. ISSN1005-2208. 2015. 10. 16.
- [4] Jalan R, Hayes PC. UK guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients. British Society of Gastroenterology [J]. Gut, 2000, 46(Suppl 3/4): III 1-III 15.
- [5] de Franchis R. Expanding consensus in portal hypertension: Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension[J]. J Hepatol, 2015, 63(3): 743-752. DOI: 10. 1016/j. jhep. 2015. 05. 022.
- [6] 张明, 诸葛宇征. 肝静脉压力梯度测定的临床意义[J]. 中华消化杂志, 2014, 34(8): 572-574. DOI: 10. 3760/cma. j. issn. 0254-1432. 2014. 08. 020.
- [7] 王成友, 张大江. 多学科联合治疗门脉高压症出血——门脉高压症出血治疗中的问题与对策[J/CD]. 中华普通外科学文献: 电子版, 2014, 8(6): 437-438. DOI: 10. 3877/cma. j. issn. 1674-0793. 2014. 06. 004.
- [8] 洪德飞, 郑雪咏, 彭淑庸, 等. 完全腹腔镜巨脾联合贲门周围血管离断术治疗门静脉高压症[J]. 中华医学杂志, 2007, 87(12): 820-822. DOI: 10. 3760/j. issn: 0376-2491. 2007. 12. 009.
- [9] Boggi U, Belluomini MA, Barbarello L, et al. Laparoscopic robot-assisted distal splenorenal shunt[J]. Surgery, 2015, 157(2): 405. DOI: 10. 1016/j. surg. 2014. 07. 012.
- [10] 徐新保, 褚建国, 黄鹤, 等. 经颈内静脉肝内门体分流术与断流术治疗门脉高压食管胃底静脉曲张破裂出血的效果比较[J]. 中华医学杂志, 2012, 92(36): 2542-2545. DOI: 10. 3760/cma. j. issn. 0376-2491. 2012. 36. 007.
- [11] Orloff MJ, Isenberg JJ, Wheeler HO, et al. Portal-systemic encephalopathy in a randomized controlled trial of endoscopic sclerotherapy versus emergency portacaval shunt treatment of acutely bleeding esophageal varices in cirrhosis[J]. Ann Surg, 2009, 250(4): 598-610. DOI: 10. 1097/SLA. 0b013e3181b73126.
- [12] Rosemurgy AS, Bloomston M, Clark WC, et al. H-graft portacaval shunts versus TIPS: ten-year follow-up of a randomized trial with comparison to predicted survivals[J]. Ann Surg, 2005, 241(2): 238-246. DOI: 10. 1097/01. sla. 0000151884. 67600. b6.

(收稿日期: 2016-04-25)

(本文编辑: 王雪梅)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

本刊 2016 年各期重点选题

请各位作者根据每期重点选题提前 4~5 个月投稿,本刊将择优刊出。

第 1 期: 消化外科新进展

第 2 期: 转移性肝癌

第 3 期: 胃癌的多学科综合治疗

第 4 期: 胆道外科暨纪念黄志强院士逝世 1 周年

第 5 期: 联合肝脏分隔和门静脉结扎的二步肝切除术与肝移植

第 6 期: 胰腺肿瘤

第 7 期: 门静脉高压症与脾脏外科

第 8 期: 结直肠癌多学科综合治疗

第 9 期: 微创外科

第 10 期: 疝与腹壁外科

第 11 期: 食管胃结合部肿瘤

第 12 期: 炎症性肠病