

文章编号:1005-6947(2004)01-0037-03

· 临床研究 ·

间接门静脉造影对诊治肝前型门静脉高压症的意义

吴继东¹, 汪忠镐², 王仕华¹, 靳裕峰¹, 曾嵘¹, 邵江¹

(1. 中国医学科学院中国协和医科大学北京协和医院 血管外科中心, 北京 100032; 2. 浙江大学医学院附属第一医院 血管外科, 浙江 杭州 310003)

摘要:目的 探讨间接门静脉造影对诊断肝前型门静脉高压症以及对手术治疗的指导意义。方法 回顾分析近3年来收治的肝前型门脉高压症11例患者的临床资料,依照间接门静脉造影和/或彩超结果,全部确定为肝前型门脉高压症。施肠系膜上静脉-下腔静脉转流术5例,门静脉-下腔静脉转流术1例,脾切除、脾静脉-肾静脉转流术2例,肠系膜上静脉门静脉探查术、门奇静脉断流术1例,未行手术2例。结果 经转流手术治疗的患者术后脾亢消失,未再发生上消化道出血。结论 间接门静脉造影检查是诊断肝前型门脉高压症的金标准,对选择手术治疗方法有指导意义。

关键词: 高血压, 门静脉/放射摄影; 门静脉造影术

中图分类号: R657.34

文献标识码: A

Significance of indirect portal venography in the diagnosis and management of prehepatic type portal hypertension

WU Ji-dong¹, WANG Zhong-gao², WANG Shi-hua¹, JIN Yu-feng¹, ZENG Rong¹, SHAO Jiang¹

(1. Vascular Surgery Center, Beijing Union Hospital, Beijing 100023, China; 2. Department of Vascular Surgery, The First Affiliated Hospital, Zhejiang University Medical School, Hangzhou 310003, China)

Abstract: Objective To explore the clinical significance of arterial portography in the diagnosis and management of prehepatic type portal hypertension (PHPHT). **Methods** Between 2000 to 2002, all the 11 patients with PHPHT were diagnosed by angiography and B type ultrasonography. Different operations were performed including mesocaval shunt in 5 patients, portal-vena cava shunt in 1, splenorenal shunt in 2, and portoazygos venous disconnection in 1. Two patients were not operated. **Results** Nine cases undergoing surgical operations had satisfactory outcome. **Conclusions** PHPHT can be correctly diagnosed by indirect portal venography which is important for the choice of operation.

Key words: HYPERTENSION, PORTAL/radiogr; PORTOGRAPHY

CLC number: R657.34

Document code: A

肝前型门脉高压症又称为特发性门静脉高压 (idiopathic portal hypertension)、非硬化性门脉纤维化 (noncirrhotic portal fibrosis)。在日本和印度报道较多^[1],但随诊断技术的提高,国内发现的病例亦越来越多,笔者2000年就曾报道42例肝外型门静脉高压症^[2]。自2000年1月以来,笔者等又收治了此类患者11例,现将诊断及治疗情况报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组11例,男9例,女2例。年龄3~35(平均年龄18.6)岁,其中<18岁者4例(36.4%)。病程1周~3年,平均9.1个月。临床表现:呕血史7例,黑便史8例,全部11例患者均有脾大脾亢症状,其中3例患者曾于外院行脾切除术治疗。11例患者均无腹水征,肝功能检查均为Child分级A级,各项肝炎检查指标均为阴性。

收稿日期:2003-07-23; 修订日期:2003-08-22。

作者简介:吴继东(1962-),男,北京人,中国医学科学院中国协和医科大学北京协和医院主治医师,主要从事血管外科方面的研究。

1.2 诊断过程

本组 11 例患者均以门静脉高压症入院。食道钡餐检查发现轻度食道、胃底静脉曲张 1 例,中度 4 例,重度 6 例。8 例未行脾切除患者均存在脾功能亢进,血小板 $(28 \sim 50) \times 10^9/L$, 平均 $43 \times 10^9/L$, 血红蛋白 $62 \sim 112 g/L$, 平均 $9.6 g/L$, 白细胞 $(2.8 \sim 8.7) \times 10^9/L$, 平均 $4.2 \times 10^9/L$ 。全部患者以 B 超进行初检,并经下腔静脉、肝静脉造影检查后发现不存在明显肝后下腔静脉或肝静脉狭窄或阻塞,对其中 8 例患者行间接门静脉、肠系膜上静脉造影检查,即经肠系膜上动脉或/和腹腔动脉、脾动脉造影,得到门静脉、肠系膜上静脉或/和脾静脉的静脉期影像。其中 7 例造影检查发现门脉主干增宽,门静脉左、右主干显示不清,门脉入肝后分支紊乱,1 例彩超检查示门静脉主干不均质回声,可见向肝血流,造影结果未发现肠系膜上静脉、门静脉主干,但发现大量侧支经食道胃底静脉回流。余 3 例因年龄偏小(3~8 岁),家属不同意等原因未行血管造影而依据门静脉彩超检查发现“门静脉海绵样变”,诊断为肝前型门脉高压症。

2 治疗及结果

2.1 治疗方法

对 9 例患者实施了外科手术治疗。其中行肠系膜上静脉-下腔静脉侧侧分流术 5 例,门静脉-下腔静脉侧侧分流术 1 例,脾切除、脾-肾静脉转流术 2 例。1 例患者于外院曾行脾切除手术治疗,入院后行间接门静脉造影未发现肠系膜上静脉、门静脉主干,但患者及家属强烈要求手术探查,术中发现肠系膜上静脉至门静脉内为血栓形成后再通样表现,无法施行分流手术治疗,遂行门奇静脉断流术治疗。9 例手术治疗患者术中探查均证实肝脏红润,表面光滑,无结节,质地软,边缘锐利;脾脏则明显增大,呈淤血样表现。术后患者给予抗凝、抑酸治疗。另外 2 例小儿患者(3 岁和 6 岁)拒绝手术治疗而自动出院。

2.2 结果

9 例术后恢复顺利,无围手术期并发症发生。对其中 5 例患者行肝活检,术后病理检查证实,肝组织无肝硬化表现,无假小叶形成。行分流手术治疗的 4 例患者,术后 2 周血小板平均升高至 $256 \times 10^9/L$,

术后 2 周 B 超检查证实吻合口血流通畅。10 例患者分别得到 3 个月~12 个月的随访,1 例未手术的 3 岁小儿失访。9 例术后患者 3 个月的彩超结果表明吻合口血流通畅,未再发生呕血或黑便。其中 4 例保留脾脏的患者 3 例均有不同程度的脾脏缩小,1 例 15 岁患儿脾脏未见回缩,但血小板已由术前的 $41 \times 10^9/L$,升至随访时的 $180 \times 10^9/L$ 。1 例行门奇断流术者随访 1 年,亦未再发生呕血、黑便等症状,在术后 2 个月已正常工作。1 例未手术的患儿(女,6 岁)出院后 4 个月再次出现黑便症状,且身体发育较正常儿童差,但家属无意手术治疗。

3 讨论

肝前型门脉高压的病因有多种推测。其中门静脉先天发育异常和门静脉血栓形成被学者们认为是最主要因素^[2],另有学者^[3,4]报告内脏动静脉瘘导致肝外型门脉高压。本组 11 例患者发病年龄均较小,平均年龄为 18.6 岁,最小者仅为 3 岁,均无肝炎病史,无新生儿脐炎病史。间接门静脉造影见门静脉入肝后无正常分支,分支紊乱,考虑与先天发育有关。

正常间接门脉造影左、右门静脉主干清晰可见,门静脉肝内分支清晰,呈树枝状,造影剂于肝内存留时间仅为 3~5s(图 1)。但肝前型门脉高压症患者间接门静脉造影表现为:肠系膜上静脉、脾静脉、门脉主干明显扩张,门脉内正常左、右分支消失,肝内门脉分支紊乱,造影剂滞留于门脉期的时间明显延长。经脾动脉间接门静脉造影可见到异常增大的脾脏,脾静脉亦明显增宽,有些患者还可见到明显扩张迂曲的胃冠状静脉(图 2,3)。肝前型门脉高压症患者下腔静脉造影无肝后下腔静脉的狭窄、梗阻,肝静脉开口亦显示清楚(图 4)。间接门静脉造影检查可明确诊断肝前型门静脉高压症,此类患者造影表现有特异性,其病理改变主要是门静脉二级分支以后的血管走行紊乱、迂曲,造影剂残留时间明显延长,说明门静脉对肝内灌注时间明显延迟。此种病变的病因目前尚不明,可能与门静脉先天发育异常和门静脉血栓有关,其它诸如婴幼儿早期的脐部感染史,或腹腔内感染史亦可导致门静脉的阻塞性病变,其超声学表现为“海绵样变性”^[5]。

图1 正常间接门静脉造影:肠系膜上静脉、门静脉主干及左、右分支清晰可见,门静脉肝内分支清晰,呈树枝状

图2 肝前型门脉高压患者经肠系膜上动脉间接门静脉造影:肠系膜上静脉、门脉主干明显扩张,门脉内正常左、右分支消失,肝内门脉分支紊乱

图3 肝前型门脉高压患者经脾动脉间接门静脉造影:脾脏异常增大,脾静脉明显增宽,有些患者还可见到明显扩张迂曲的胃冠状静脉

图4 肝前型门脉高压患者下腔静脉造影:下腔静脉通畅,无狭窄、阻塞,肝静脉开口清晰显示

笔者原来报告的42例肝外型门脉高压中^[2],提到将本病入院误诊为“肝硬化”和“布-加综合征”,经下腔静脉造影和/或经皮肝穿肝静脉造影提示无下腔静脉和/或肝静脉的病变,误诊率高达41%。此后笔者将间接门静脉造影列为诊断肝外型门静脉高压症的首选检查,为正确判断肝外型门静脉高压症的类型提供了关键依据。因此,本组肝前型门静脉高压病例均得到正确诊断。

间接门静脉造影对指导手术治疗亦有重要指导意义。本组8例行间接门静脉造影检查患者,7例肠系膜上静脉或脾静脉显示清晰,所行分流手术均顺利成功。1例间接门脉造影检查未发现肠系膜上静脉、门静脉主干,此患者曾于10年前在外院行脾切除术,反复向患者及家属交待手术的不确定性,在患者和家属强烈要求下行手术探查,手术证实肠系膜上静脉主干血管内管腔消失,为血栓形成后再通表现,管腔内呈海绵样改变,难以行转流手术。故对造影检查未见到门静脉肠系膜上静脉或脾静脉主干血管者行分流手术应慎之又慎。

肝前型门脉高压症临床表现主要为上消化道出血、脾大、脾功能亢进。上消化道出血为主要致死原因,而患者未合并肝硬化,其肝功能正常或基本正常,故治疗目的主要为预防和治疗上消化道出血^[2]。手术应选择分流手术降低门静脉压力,单纯

脾切除术达不到治疗目的。本组11例患者,有3例患者曾于外院行单纯脾切除术或加行断流手术治疗,术后均复发上消化道出血。另外,行单纯脾切除手术后还有导致门静脉继发血栓形成之虞,可使病情加重,也会失去行分流手术的机会。对于年龄较小的患者,作者建议尽量保留脾脏,手术方式最好选择肠腔分流术。如患者脾功能亢进严重,血小板严重降低,凝血功能障碍,反复出现消化道出血,则应在脾切除的同时行脾肾静脉分流术。肝前型门脉高压症患者肝脏质地和肝功能较好,分流术后并发症少,肝昏迷发生率低。

参考文献:

- [1] 汪忠镐,刘勇. 肝外型门脉高压症(摘译)[J]. 实用外科杂志,1994,7(11):95-96.
- [2] 陈学明,王仕华,汪忠镐,等. 肝外型门脉高压症外科治疗42例经验[J]. 中华临床杂志,2002,2(10):10-12.
- [3] Wang ZG. Budd-chiari Syndrome [J]. Curr Probl Surg,1996,33(2):83-211.
- [4] 陈学明,汪忠镐,王仕华. 肝总动脉-脾静脉瘘致门脉高压症1例报告[J]. 中华普通外科杂志,1998,13(2):107.
- [5] Tilaanus HW. Budd-Chiari Syndrome [J]. Br J Surg,1995,82(8):1023-1030.