

文章编号:1005-6947(2006)12-0887-03

· 门静脉高压专题研究 ·

胰源性区域性门静脉高压症的诊断和治疗: 附11例报告

李斌生, 钟德珩, 苗雄鹰, 华颂文

(中南大学湘雅二医院 肝胆胰外科, 湖南 长沙 410011)

摘要:目的 探讨胰源性区域性门静脉高压症的诊断方法和治疗效果。方法 回顾分析11例胰源性区域性门静脉高压症的临床资料。结果 11例表现为胃底静脉曲张、脾肿大和合并胰腺疾病,但肝脏正常行单纯脾切除术9例,脾切除加胰体尾切除术1例,其它手术1例。术后未发生严重并发症。随访10例,术后均未再出血。结论 胰源性区域性门静脉高压症是术前、术中能够作出正确的诊断和根治的疾病。

关键词:高血压,门静脉/外科学;高血压,门静脉/诊断;胰腺疾病/并发症;脾功能亢进

中图分类号:R657.34;R576

文献标识码:A

The diagnosis and treatment of regional pancreatic portal hypertension: a report of 11 cases

LI Bin-sheng, ZHONG De-wu, MIAO Xiong-yin, HUA Song-wen

(Department of General Surgery, the Second Affiliated Hospital, Xiangya, Central-South University, Changsha Hunan Province, 410011 China)

Abstract: Objective To explore the diagnosis and treatment of regional pancreatic portal hypertension.

Methods The clinical data of 11 cases of regional pancreatic portal hypertension were analysed retrospectively. **Results** The 11 cases presented with gastric varices, splenomegaly, and pancreatic disease, but liver was normal. All cases underwent surgery, including splenectomy in 9 cases, splenectomy and distal pancreatectomy in 1 case, and other operation in 1 case. No serious complication was found postoperatively. Ten cases were followed up, no re-bleeding occurred postoperatively. **Conclusions** Regional pancreatic portal hypertension can be diagnosed correctly preoperatively and treated effectively.

Key words: Hypertension, Portal/surg; Hypertension, Portal/diag; Pancreatic Diseases/compl; Hypersplenism

CLC number: R657.34; R576

Document code: A

胰源性区域性门静脉高压症是由于胰腺疾病造成脾静脉受压、栓塞而形成的门静脉高压症,亦称胰源性门静脉高压症。主要有4个临床特点,即胃底静脉曲张、脾肿大、肝脏正常及合并胰腺疾病。肝外型门静脉高压症占全部门静脉高压症的5%~

10%,而区域性门静脉高压症仅占肝外型门静脉高压症的5%左右,区域性门静脉高压症中多为胰源性区域性门静脉高压症^[1-2]。该疾病诊断困难,但却是唯一能够彻底治愈的少见的肝外型门静脉高压症。我院于1994年1月—2006年1月共收治2686例门静脉高压症患者,其中经术前和术中证实的胰源性区域性门静脉高压症11例,占0.4%,现报道如下。

收稿日期:2006-06-14; 修订日期:2006-11-24。

作者简介:李斌生,男,江西莲花人,中南大学湘雅二医院主治医师,主要从事肝胆胰外科方面的研究。

通讯作者:钟德珩 E-mail:lbshh73@hotmail.com。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男6例,女5例;年龄31~67岁,平均45岁。术前有呕血和(或)便血史者6例,无出血史者5例,有腹痛者9例。病因:慢性胰腺炎7例,胰腺假性囊肿2例,胰体尾部癌者1例,急性胰腺炎术后并发胰体尾部脓肿1例。

1.2 辅助检查及诊断

术前血常规6例有红细胞、白细胞、血小板同时减少,10例血小板减少。肝功能检查均正常。B超检查均有脾肿大,无腹水。内镜和气钡造影显示胃底静脉曲张8例,同时有食管静脉曲张1例。术前诊断为胰源性区域性门静脉高压症者8例,另3例诊断为脾功能亢进。

2 治疗及结果

2.1 治疗方法及术中所见

11例均行手术治疗。术中见患者肝脏均无结节性肿大表现,色泽正常,质地柔软,左侧脾门、胃大弯网膜及胰体尾处均有不同程度粘连,胰腺质地变硬。脾脏较正常大约1~2倍,脾门区及上半胃的网膜静脉(特别是胃短静脉)均有不同程度曲张。而肠系膜上静脉及门静脉主干引流区域均无扩张迂曲侧支血管。在切除脾脏时见脾静脉内均有血栓,其中4例已钙化、纤维化;脾动脉尚通畅。行单纯脾切除术9例,脾切除加胰体尾切除术1例,脾切除加胰十二指肠切除术加肠系膜上静脉重建术1例。

2.2 术后并发症

1例出现切口感染,患者为急性胰腺炎术后并发胰体尾部脓肿者。术后无再出血,无胰漏。

2.3 随访

随访10例,随访率90.9%。随访时间6个月至5年,平均3年。术后无1例再出血。有7例复查内镜或气钡造影,均未发现胃底静脉或食管静脉曲张。有9例复查血常规、肝功能检查均正常。1例胰体尾部癌者于术后1年9个月死于肿瘤复发、转移。

3 讨论

引起区域性门静脉高压症最常见的原因是各种胰腺疾病。近年的统计资料表明,70%~83%的区域性门静脉高压症是由胰腺病变引起的^[1-2]。这可能与胰腺炎的患病率增高及血管造影技术的广泛应用,使诊断率提高有关。在各种胰腺疾病中,胰腺炎为引起区域性门静脉高压症最常见的原因。其中慢性胰腺炎更为多见,胰腺肿瘤、胰腺假性囊肿、急性胰腺炎、遗传性胰腺炎、胰腺脓肿也是导致区域性门静脉高压症的重要病因;胰腺结核所致区域性门静脉高压症也有报道。由于胰腺体尾部炎症、肿瘤压迫浸润均可引起脾静脉内皮损伤(脾静脉炎)或静脉壁受压和血流淤滞,进而导致脾静脉血栓形成。而脾动脉壁较厚,压力较高,且有弹性和搏动,相对位于脾静脉上方,故不易受侵而致脾动脉同时受累。因脾脏回流血液受阻,脾门处静脉扩张,使脾内压力升高,呈充血性肿大,高压的血液绕过脾静脉进入门静脉,引发左侧门静脉侧支形成。因此,术中见胃短静脉、胃网膜左静脉明显扩张。而其他部位静脉多无变化,这是本病的主要病理特征。

区域性门静脉高压症临床主要表现为反复上消化道出血和脾功能亢进。因此在有胰腺病变,同时伴有门静脉高压症状,但肝功能检查正常,应当首先考虑本病。本病特殊检查首选彩色多普勒超声,既能发现原发病,又能行门静脉系统血流检测,且无创伤。但最可靠的是经皮脾穿刺门静脉造影术,不仅能清晰显示脾静脉梗阻及其侧支循环的建立情况,又能测得脾髓压力。缺点是有创伤,宜在手术当天进行,一旦出血可即时进行手术。通过造影在静脉期可显示脾-胃区的血管异常,主要有以下表现:脾静脉阻塞不显影;脾肿大;胃及胃底黏膜下静脉曲张;网膜静脉及胃冠状静脉扩张,血流通向门静脉。内镜或气钡造影如发现孤立的胃底静脉曲张,对本症的确诊有特殊意义。文献报道内镜检出率较低(0~33%),而气钡造影见到胃底曲张静脉可达80%。气钡造影较内镜有诊断价值。B超、CT和磁共振显像也可作为其诊断手段,尤以诊断胰腺

病变为优。术中见肝脏均无肿大,色泽正常、质地柔软。脾脏较正常大约1~2倍,脾门区及上半胃网膜静脉(特别是胃短静脉)均有不同程度曲张。而肠系膜上静脉及门静脉主干引流区域均无扩张迂曲侧支血管。越靠近脾门处,静脉压越升高,并且切除脾脏后网膜静脉压力降至正常。

区域性门静脉高压症的患者既有胰腺本身疾病所产生的经常性腹痛,又有脾静脉梗阻性并发症带来的后果。所以处理时应结合患者的临床特点、影像学 and 手术探查所见全面考虑。原则上选择与胰腺原发病相适应的手术方法,并附加脾切除术,尽可能做到同时解除基础病变并治疗并发症。但行此类手术有困难者,也可分期处理,即先处理区域性门静脉高压症,再处理胰腺的基础病变^[3-4]。脾切除后侧支循环血流减少,曲张静脉压力下降;同时切断胃短静脉与冠状静脉侧支循环,对孤立的胃底静脉曲张,可达断流目的,避免出血的可能。本组单纯脾切除术后,随访未发生再出血。也可行远端脾肾静脉分流术。关于脾动脉栓塞术,有引起脾

脓肿的危险,且不能同时治疗基础病变,故不宜使用。但对不能耐受手术者为控制出血尚可应用,另加内镜下血管套扎术、硬化术等。治疗上切忌由于诊断不清,为治疗消化道出血而盲目行胃大部切除术,结果破坏了脾脏与门静脉间的侧支循环,加重消化道出血。同样,典型的分流术也起不到控制、预防出血的目的。

参考文献:

- [1] Ruzicka M, Konecna D, Jordankova E. Portal hypertension as a complication of chronic pancreatitis [J]. *Hepatogastroenterology*, 1999, 46(28): 2582 - 2584.
- [2] Sakorafas GH, Sarr MG, Farley DR, *et al.* The significance of sinistral portal hypertension complicating chronic pancreatitis [J]. *Am J Surg*, 2000, 179(2): 129 - 133.
- [3] 蔡荣耀,汪东文,邓宏武,等. 胰源性区域性门静脉高压症11例临床分析[J]. *中国普通外科杂志*, 2005, 14(12): 922 - 924.
- [4] 王宇. 门静脉高压症的外科治疗[J]. *中国普通外科杂志* 2000, 9(1): 1 - 3.

欢迎订阅 2007 年《中国普通外科杂志》

《中国普通外科杂志》(ISSN 1005 - 6947/CN43 - 1213/R)由国家教育部主管,中南大学主办,中南大学湘雅医院承办。国内外公开发行(国内邮发代号:42 - 121;国际代码:M6436)。主编吕新生教授,顾问由中国科学院及工程院院士汤钊猷、吴孟超、吴咸中、郑树森、夏家辉、黄志强、裘法祖、黎介寿等十多位国内外著名普通外科专家担任,编委会由全国各地普通外资深专家、学科带头人近80人组成。出版周期短,时效性强。以传播现代普外科的新理念、新技术、新方法,以及普通外科领域的理论、实践、基础研究和相关方面的最新进展为宗旨,以开展国内外学术交流,促进普通外科学科发展为己任,服务于普外临床、教学、科研工作者。

《中国普通外科杂志》为中国科技论文核心期刊,设有栏目为述评、专家论坛、专题研究、基础研究、临床研究、综述、简要论著、临床报道、病例报告、病例讨论等,目前本刊已进入多个国内外重要检索系统和数据库,如美国化学文摘(CA),俄罗斯文摘(AJ),中国科技论文与引文数据库,中国学术期刊综合评价数据库,中国期刊网全文数据库,中文科技期刊数据库,中文生物医学期刊文献数据库(CMCC),万方数据-数字化期刊群,中国生物医学期刊光盘版等。创刊15年,多次获奖,2004年获全国高校优秀科技期刊,2005年获湖南省十佳科技期刊。

2007年《中国普通外科杂志》(月刊),国际标准开本(A4),每期80页,每月15日出版。内芯采用进口亚光铜版纸印刷,封面美观大方。定价9.50元/册,全年114元。欢迎到全国各地邮局订购,邮发代号:42 - 121。

编辑部可办理邮购。编辑部地址:湖南省长沙市湘雅路87号(湘雅医院内),邮政编码:410008,电话(传真):0731 - 4327400, E-mail: zpwzcn@gmail.com, jcgssxyh@126.com, 主页: http://www.periodicals.net.cn。