

部分肝切除等方法,大多预后良好,无手术死亡及严重并发症。肝血管瘤还有肝动脉栓塞^[3]、血管瘤缝扎或结扎^[4]等方法。但通过介入方法经肝动脉内栓塞治疗可能造成广泛的胆管损伤和狭窄,其原因与使用鱼肝油酸钠或乙醇作为栓塞剂造成胆管缺血有关,对这些患者的临床治疗十分困难,故其合理性和安全性还应该进一步研究^[5,6]。

本组肝细胞腺瘤、硬化性结节、炎性肉芽肿等肝脏结节状病灶多为影像学检查发现,不易与恶性占位鉴别,治疗多采用肝段切除、局部或部分肝切除。肝细胞腺瘤是一种较为少见的肝脏良性肿瘤,通常发生在正常肝脏,其确切发病机制尚不清楚。国外报道,其发生与口服避孕药有关,长期服用避孕药还可使部分腺瘤细胞发生异型增生,最终发生恶变^[7,8]。肝腺瘤虽属良性肿瘤,但有破裂出血和恶变的危险,加之术前难与肝癌鉴别,因此发现疑为肝腺瘤的肝占位性病变,应争取尽早手术治疗。对确实无法切除者(主要为左、右肝多发者)应定期进行肝脏影像学检查和血清 AFP 水平动态监测。

炎性假瘤、局灶性增生结节、脂肪类肿瘤等一般认为无恶变趋势,治疗目前尚存在争议,若经过穿刺等病理学检查确诊为良性,可免除患者的手术痛苦。然而大多数单发病例由于无法和原发性或转移性肝癌鉴别,外科手术有时不可避免^[9]。肝继发结核若

形成瘤样结节,局限于肝的一段或一叶,如无其他器官活动性结核病,肝功能无严重损害,亦应手术切除。

参考文献:

[1] Terkivatan T, de Wilt JH, de Man RA, et al. Indications and long-term outcome of treatment for benign hepatic tumors: a critical appraisal [J]. Arch Surg, 2001, 136(9): 1033-1038.
 [2] 彭淑牖,刘颖斌. 要重视肝脏良性占位病变的诊断与治疗[J]. 中国实用外科杂志, 2003, 23(11): 641-643.
 [3] 王顺祥,马忠锋,彭利,等. 75例肝脏血管瘤的诊治经验[J]. 中国肿瘤临床, 2002, 29(9): 678-679.
 [4] 朱化刚,耿小平,许伦兵. 肝海绵状血管瘤的手术指征和手术方法选择[J]. 中国实用外科杂志, 2002, 22(6): 343-344.
 [5] 黄晓强,黄志强,段伟东,等. 肝海绵状血管瘤肝动脉栓塞所致胆道损毁性病变[J]. 军医进修学院学报, 2000, 21(2): 88-91.
 [6] 黄晓强,黄志强,段伟东,等. 肝动脉栓塞术后的胆道损毁性病变[J]. 中华外科杂志, 2000, 38(3): 169-172.
 [7] Ault GT, Wren SM, Ralls PW, et al. Selective management of hepatic adenoma[J]. Am Surg, 1996, 62(10): 825-829.
 [8] Hsu CY, Chu CH, Lin SC, et al. Concomitant hepatocellular adenoma and adenomatous hyperplasia in a patient without cirrhosis[J]. World J Gastroenterol, 2003, 9(3): 627-630.
 [9] Gibbs JF, Litwin AM, Kahlenberg MS. Contemporary management of benign liver tumors[J]. Surg Clin North Am, 2004, 84(2): 463-480.

收稿日期: 2005-01-26 修回日期: 2005-05-08

本文编辑: 李昕

经皮经脾穿刺行食管胃底静脉曲张治疗消化道大出血*

祖洁, 李国均, 尹忠诚

(徐州医学院临床学院, 江苏 徐州 221002)

摘要:目的 评价经皮经脾途径穿刺脾静脉行门静脉造影和胃冠状静脉曲张治疗食管胃底静脉曲张破裂出血的价值。方法 3例重度肝硬化门静脉高压和食管胃底静脉曲张破裂大出血患者采用经皮经脾穿刺脾静脉成功后行门静脉造影,明确出血部位后使用弹簧圈栓塞胃冠状静脉。结果 经皮经脾穿刺脾静脉均获成功。3例患者栓塞胃冠状静脉后上消化道出血即刻停止。2例于2周后行 TIPSS 治疗,门静脉复查造影发现门静脉与胃底食管曲张静脉之间出现新的交通支。结论 脾脏增大为经皮穿刺脾静脉和门静脉提供了便利。经皮经脾穿刺行食管胃底静脉曲张是抢救食管胃底静脉曲张破裂出血的有效方法之一。

关键词: 出血; 门静脉高压; 栓塞; 经皮经脾穿刺

中图分类号: R657.3⁺4 **文献标识码:** B **文章编号:** 1000-2065(2005)03-0254-02

消化道大出血是肝硬化门静脉高压患者常见的并发症。其出血量大,是导致患者死亡的直接原因之一,内科治疗多无效,外科手术病死率高,而介入

治疗可发挥重要作用。本文对经皮经脾穿刺行食管胃底静脉曲张术治疗消化道大出血在急诊条件下的应用作一初步探讨。

* 作者简介: 祖洁(1980-),女,江苏徐州人,1999级本科生。

1 资料和方法

1.1 一般资料 3例慢性乙型肝炎合并肝硬化门静脉高压患者并发急性食管胃底静脉曲张破裂大出血,均给予经皮经脾食管胃底静脉栓塞治疗。其中男性2例,女性1例;年龄31~60岁。有大量腹腔积液者1例,合并肝癌1例,黄疸1例。3例患者均有低蛋白血症。

1.2 方法 透视下观察脾脏大小和位置,选其中点和左侧胸壁腋中线肋间作为穿刺点,将穿刺针(PTC穿刺针)经皮经脾穿入脾脏内静脉分支,送入0.018英寸(0.046 cm)导丝至脾静脉内,退出穿刺针,4F导管鞘内芯沿导丝进入脾静脉分支内,退出细导丝,送入0.035英寸(0.089 cm)超滑导丝(Terumo)至脾静脉主干和门静脉主干内,退出4F导管鞘内芯,插入4F导管鞘,将4F直头侧孔导管(Cordis)插入脾静脉内造影并测门静脉压。根据门静脉造影结果,选择4F cobra导管插入胃冠状静脉或(和)胃短静脉内。行选择性静脉造影并栓塞曲张静脉。

栓塞剂及栓塞方法:一般先以明胶海绵碎块混合剂注入曲张静脉,待血流速度减慢后,以弹簧栓子(Cook)栓塞胃冠状静脉主干;复查门静脉造影并再行门静脉测压。透视引导下将导管鞘和导管退出脾静脉至脾实质,用明胶海绵条及弹簧栓子栓塞穿刺道。

2 结果

3例患者脾静脉穿刺及曲张静脉栓塞均获成功。栓塞前后门静脉压分别为0.03、0.037、0.04 kPa及0.033、0.039、0.04 kPa。栓塞后3例出血即刻停止;2例栓塞2周后行肝内门腔静脉分流术(TIPSS),1例2个月前行肝移植。2例2周后行TIPSS治疗患者门静脉造影复查,1例脾静脉与胃底曲张静脉之间出现交通支血管。

3 讨论

肝硬化门静脉高压导致食管胃底静脉曲张破裂出血是上消化道出血的常见病因。目前临床治疗方法较多,但对于肝硬化门静脉高压患者的食管胃底静脉曲张破裂大出血,内科治疗(药物治疗、三腔管压迫或曲张静脉硬化)多无效,而外科治疗(断流术或各种分流术)病死率达50%,肝移植虽能有效缓解门静脉高压及肝功能衰竭,但急诊条件下不可能应用^[1]。

1974年,Lunderquist首先报道经皮经肝食管胃底静脉栓塞术。这一技术止血效果肯定、简便、价

廉,已在介入治疗门静脉高压所致消化道出血中广泛应用^[2]。但是,在部分肝硬化患者由于存在着大量腹腔积液、肝重度缩小和合并肝癌而使经皮经肝穿刺无法进行。肝硬化和门静脉高压患者几乎均存在着脾脏增大和脾静脉扩张,从而为经脾穿刺提供了便利。

近20年来,各种介入治疗方法或减少门静脉血流(经肠系膜上动脉灌注血管收缩剂、脾动脉栓塞),或栓塞出血静脉(经皮经肝食管胃底静脉栓塞,经肾静脉食管胃底静脉栓塞),或降低门静脉压力(TIPSS),为门静脉高压所致消化道出血的治疗提供了新的方法,已在临床广泛应用。其中TIPSS术及经皮经肝食管胃底静脉栓塞止血效果肯定,为急诊介入治疗的首选^[3]。

对比3种介入治疗方法,TIPSS可在分流的同时行食管胃底静脉栓塞,因此,理论上止血效果优于单纯食管胃底静脉栓塞。但是TIPSS治疗需要一定的条件,如肝功能基本正常,一定的经济承受能力。经皮经肝食管胃底静脉栓塞止血效果虽然肯定,但是在肝重度萎缩、大量腹腔积液时难以进行。而经皮经脾栓塞食管胃底曲张静脉具有操作方便,技术成功率100%,近期止血效果较好,对设备要求较低,费用低廉的优点。

行经皮经脾食管胃底静脉栓塞术可能有多种并发症发生。规范、细致的操作是减少并发症的关键。透视下嘱患者深吸气定位穿刺点可防止气胸或血气胸的发生,单点多角度穿刺可减少腹腔内出血。

食管胃底静脉栓塞后,门静脉压力均有不同程度的升高。我们还观察到单纯栓塞食管胃底静脉阻断其血流的有效时间仅有2周左右,2周后新的交通支建立,可以导致再次出血。经皮经脾栓塞食管胃底静脉的目的是最大程度地缓解再出血,为进一步治疗赢得时间和机会。因此急诊条件下止血后应积极寻求其他治疗方法,如肝移植,以从根本上解决肝硬化门静脉高压症问题。

参考文献:

- [1] 单 鸿,罗鹏飞,李彦豪主编.临床介入诊疗学[M].广州:广东科技出版社,1997.199-207.
- [2] 杨海山,王大伟,来 颖,等.经皮肝穿栓塞食管曲张静脉的方法与疗效评价[J].肝胆外科杂志,1995,11(4):197-199.
- [3] 李 选,孙 鹏,李学通.急诊经皮经肝食管胃底静脉栓塞治疗重度肝硬化消化道出血[J].介入放射学杂志,2002,11(2):89-