

# 经皮肝门静脉栓塞食管胃底静脉治疗门脉高压性上消化道出血

兰春虎<sup>1</sup>, 王青<sup>1</sup>, 赵玲<sup>2</sup>

[摘要]目的: 观察食管胃底静脉栓塞治疗门脉高压性上消化道出血的效果。方法: 选择确诊的门脉高压性上消化道出血患者5例, 行选择性食管胃底静脉栓塞治疗。结果: 明显扩张迂曲的静脉消失, 近期止血效果良好。结论: 栓塞食管胃底静脉治疗门脉高压性上消化道出血效果肯定, 值得应用。

[关键词] 高血压, 门脉; 栓塞, 治疗性; 出血; 介入治疗

[中国图书资料分类号] R 657.34 R 459.9 [文献标识码] A

门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原因, 由于其出血量大, 来势凶猛, 往往给患者造成一定的凶险(一次出血量 $>800$  ml), 甚至危及生命。对于食管胃底静脉曲张破裂出血, 目前临床治疗方法较多, 内科治疗(药物治疗、三腔管压迫或硬化曲张的静脉等)虽可使大多数患者止血, 但易再出血; 外科治疗(断流术或各种分流术)病死率达50%, 肝移植虽然能有效缓解门脉高压, 但又受到一定条件(技术、费用等)的限制。经皮肝门静脉食管胃底静脉栓塞术疗效肯定, 方法简便, 创伤小, 从而为本症提供了一种理想的治疗方法, 对于防范凶险性再出血起到了一定的作用<sup>[1,2]</sup>。

## 1 资料与方法

选择确诊的门脉高压性食管胃底静脉曲张破裂大出血(单次出血量 $>500$  ml)患者5例。均为男性, 年龄39~58岁在透视下, 用经皮肝胆道穿刺的器械和方法<sup>[3]</sup>(穿刺点略后)穿刺肝内门脉分支; 穿

刺成功后, 经穿刺针送入导丝, 然后在门脉内置入导管鞘; 通过导管导丝的配合应用, 将导管头端置于脾静脉远端造影, 观察所有食管胃底静脉由于门脉高压所致的侧枝开放情况, 以利选择合适的栓塞剂。

根据造影结果, 然后超选择曲张的胃冠状静脉和(或)胃短静脉内再次造影, 明确静脉引流后, 在曲张的静脉(丛)内先用无水乙醇破坏曲张的血管内膜, 然后再用不锈钢圈栓塞上述曲张的静脉主干。栓塞结束后应造影复查栓塞的情况。

## 2 结果

5例栓塞治疗均获成功, 技术插管成功率100%, 无一例并发症发生; 栓塞前后造影观察见迂曲扩张的静脉(丛)消失(见图1~4), 近期(随访3个月)止血效果良好; 未再出现凶险性大出血。有2例在栓塞两周后又出现少量出血(大便隐血试验阳性), 给予对症治疗后缓解。

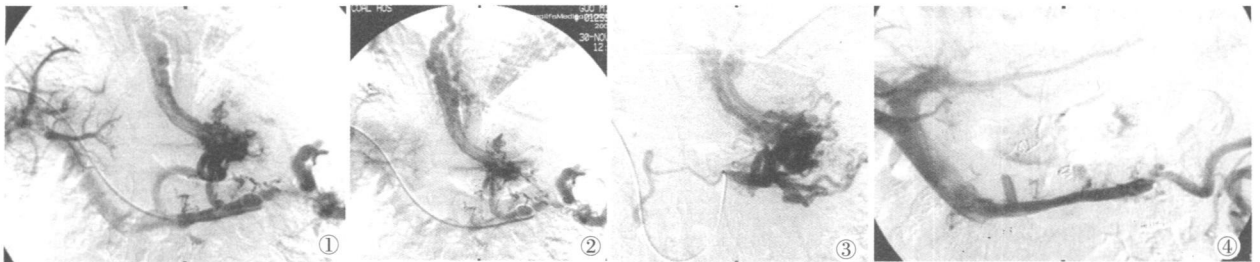


图1 门静脉造影显示扩张迂曲的胃底食管静脉(丛) 图2 门静脉造影显示向食管静脉逆流  
图3 逐个分支超选择造影并栓塞 图4 栓塞后造影显示迂曲扩张胃底食管静脉(丛)消失

## 3 讨论

3.1 病理生理 门静脉是一条短而粗的静脉干, 由脾静脉和肠系膜上静脉两个主要属支汇合而成, 门静脉系统和腔静脉系统之间存在着广泛的交通支,

在正常情况下, 这些侧支循环的交通支很细小, 血流量很少。当正常消化器官和脾脏的回心血流经过肝脏受阻, 出现门静脉压力增高( $>200$  mmH<sub>2</sub>O)时, 导致门静脉系统大小形态发生变化, 以及血流动力学的改变, 许多部位与腔静脉系统之间建立门-体侧支循环, 血液逆流, 导致胃底食管下段主要静脉迂曲、扩张。其中, 引起上消化道出血的主要(开放的)侧支是食管胃底处的静脉(丛): 胃冠状静脉和胃短静脉。

[收稿日期] 2005-01-14

[作者单位] 安徽淮北矿工总医院 1. 介入科, 2. 消化内科, 235000

[作者简介] 兰春虎(1972-), 男, 主治医师。

食管胃底静脉(丛)是门脉高压症时侧支开放发生率最高的部位,也是门脉高压最具有意义的侧支循环通路。食管胃底静脉离门静脉最近,食管静脉位于胸腔,吸气时为负压,因此,门脉高压时导致该处静脉曲张最显著。在食管胃底交界处以上的1.3~1.5 cm范围内,静脉主要位于食管的黏膜层,形如“栅栏”状,极易引发上消化道出血,被视为门脉高压食管胃底静脉曲张破裂出血的高危区。

3.2 栓塞治疗的优点 该方法创伤小,只需皮肤小切口(<5 mm)即可;疗效肯定,迂曲扩张的食管胃底静脉(丛)被破坏、栓塞后,门静脉的血流经过该处(高危区)的量明显减少,因此,可以明显减少凶险性大出血的几率,能最大程度地缓解再出血;有条件的地方还可以进行门脉压力测定,有助于临床诊断,并且还可以观察栓塞前后门静脉内的压力变化,有助于判断预后;同时,也为患者的进一步治疗(门-体静脉分流、肝移植)赢得了一定的时间和机会。

3.3 关于并发症 经皮肝穿刺门静脉栓塞食管胃底静脉(丛)可能有多种并发症发生,如血气胸、腹腔出血、重要血管损伤等。我们通过对5例的栓塞治疗认为,规范、细致的操作是成功的关键,严格按

照操作规程能明显降低并发症的发生率。比如穿刺点的严格定位、单点穿刺等。

3.4 关于再出血 曲张的食管胃底静脉(丛)被栓塞后,一般在两周左右容易发生再出血,这与国内报道基本一致。可能是因为曲张的主要静脉被栓塞后,门静脉压力又发生变化(增高),新的侧支循环建立,引起小的静脉再次出血,但一般出血量较少。本组2例发生再出血可能与此有关,但出血量明显减少(大便隐血试验阳性)。

经皮肝穿刺门静脉栓塞食管胃底静脉(丛)治疗门脉高压性上消化道出血,止血效果肯定,对患者创伤小,能明显降低凶险性大出血的几率,最大程度的缓解再出血。因此,有条件的医院可以积极开展。

#### [参 考 文 献]

- [1] 冯 森,水少锋,朱敬松,等.经皮肝穿胃冠状静脉栓塞治疗食管胃底静脉曲张出血6例[J].河南医科大学学报,2001,36(3):352-353
- [2] 张金山.门脉高压症的介入治疗[J].介入放射学杂志,2002,11(2):148-151.
- [3] 兰春虎,王世亚,王 青,等.经皮肝穿刺胆道引流术治疗恶性梗阻性黄疸[J].介入医学杂志,2000,5(2):38-39

[文章编号] 1000-2200(2006)01-0061-02

· 临床医学 ·

## 产科弥漫性血管内凝血 36例分析

裴亚利

[摘要]目的:探讨产科弥漫性血管内凝血(DIC)早期诊断及把握时机、正确治疗、抢救的方法。方法:对36例产科诱发的DIC积极治疗原发病,去除病因,抗休克,补充血容量,适当使用肝素等治疗,在此基础上输入新鲜血,补充凝血因子及抗纤溶药物,必要时行子宫切除止血。结果:36例中24例抢救成功,治愈率66.67%。结论:早期正确诊断,去除病因,阻断促凝物质继续进入母血循环,积极对症处理,尽快结束分娩。

[关键词] 弥漫性血管内凝血;产褥期疾病;肝素

[中国图书资料分类法分类号] R 554.8 R 714.6 [文献标识码] A

产科弥漫性血管内凝血(DIC)是许多致病因素导致的病理生理过程,可引起微循环内广泛性微血栓形成,并由此可发生循环功能和重要器官功能障碍,消耗性凝血,继发纤维蛋白溶解、溶血、渗血、出血及组织坏死等,又称消耗性凝血综合征,病程进展迅速,病情凶险多变,治疗棘手,母婴病死率高。现将我院收治的36例作一报道。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 我院1990年2月~2004年5月收治产科DIC 36例,同期住院孕妇15 406例,发生率0.233%,年龄24~26岁。初产妇15例,经产妇21例;孕周25~40<sup>+</sup>5周,其中<37周20例,>37周16例,均发生在产后。36例中病死12例:胎盘早剥2例,不明原因死胎2例,重度子痫前期并HELLP综合征1例,羊水栓塞3例,妊娠合并重症肝炎和亚急性肝坏死各1例,产后出血1例。36例中有21例由外院转入。

1.2 发病诱因 36例均有诱发DIC的高危因素,其中羊水栓塞4例,胎盘早剥15例,产后出血6例

[收稿日期] 2005-06-24

[作者单位] 安徽省阜阳市人民医院 妇产科(原工作单位:阜阳市妇幼保健院妇产科),236003

[作者简介] 裴亚利(1959-),女,副主任医师。