

主要为防治感染及分流道中血栓形成。感染的预防在手术中严格的无菌操作,术后正确选用抗生素。而防止血栓形成则要行抗凝治疗,但抗凝药物的用量要因人而异,因肝病患者本身凝血功能就差,若抗凝药物过量则会造成出血,我们就遇到了此种情况,故用抗凝药物期间,应定期复查出、凝血时间及凝血酶原时间,酌情调整药物用量。术后饮食中蛋白质的含量

应逐步增加,根据每个患者的具体情况来定,以能保证营养需要又不致诱发肝性脑病为准,平常应注意保持大便通畅,减少肠道中有毒物质的吸收,促进血氨的排泄,可有效地预防肝性脑病的发生。

加强保肝治疗也是 TIPSS 后一个不容忽视的问题,以防止虽然 TIPSS 成功,而患者又死于肝功能衰竭。

经颈静脉肝内门-腔静脉内支架分流术治疗血吸虫病肝硬化门脉高压症(附 4 例报告)

黄灿南 惠 华 宗大元 陆士华 吴嘉岑 卢 慎

经颈静脉肝内门-腔静脉内支架分流术(Transjugular intrahepatic portosystemic stent shunt, TIPSS)是八十年代末由 Richter^[1]首先报道并应用于临床的介入放射治疗新技术,因其创伤小,适应证广,疗效可靠而受到临床工作者的重视,我院用 TIPSS 治疗血吸虫性肝硬化门脉高压 4 例,报道于下。

临床资料

从 1994 年 7 月到 12 月,我院经 TIPSS 治疗血吸虫性肝硬化 4 例,其中男 3 例,女 1 例,年龄 46~62 岁,平均 54.5 岁。肝功能 Child 分级 B 级 3 例,C 级 1 例。4 例均有血吸虫病史,2 例经肝活检病理证实为血吸虫性肝硬化,1 例

血吸虫性肝硬化合并乙型肝炎。临床上 1 例为顽固性腹水,3 例为反复食管-胃底静脉曲张破裂大出血,其中 1 例在 18 年前行巨脾摘除术,这次大出血经内科保守治疗无效,在三腔管压迫下行急诊 TIPSS 手术。

术前检测血、尿常规,肝功能、出凝血时间、凝血酶原时间并作胃镜、CT 和彩色多普勒检查,2 例做肝穿刺活检。

术后保肝、用抗凝剂,并根据凝血酶原时间调节抗凝剂剂量,持续半个月,彩色多普勒术后 3 天、7 天定期追踪观察。

结 果

TIPSS 前后结果见附表

附表 TIPSS 前后指标观察表

年龄/性别	门脉压(CmH ₂)		脾脏前后径 mm		脾静脉内径 mm		食管静脉曲张	
	术前	术后	术前	术后	术前	术后	术前	术后
1 61/女	34.5	19.5	56	40	11	7	重度	轻度
2 62/男	37.0	18.5	58	42	10	6	中度	轻度
3 56/男	38.5	16.5	—	—	—	—	重度	未复查
4 47/男	41.5	20.5	60	53	14	8	重度	轻度

注：“—”未追踪。

作者单位: 215300 江苏省昆山市第一人民医院

讨 论

经大量病理证实,绝大多数的血吸虫性肝硬化门脉高压为“窦前性的肝内门脉梗阻”。这种梗阻比窦后阻塞更直接影响胃、食管静脉血流,更易引起胃底静脉曲张破裂出血。由于病变发生在汇管区,肝小叶未遭到严重破坏,故肝功能损害较之肝炎后肝硬化的“窦后阻塞”的肝功能损害较轻。另据外科学家认为^[2],门脉高压症的血流动力学改变和治疗效果的关键在于门脉梗阻部位是在肝窦前还是肝窦后。另外,TIPSS 和外科分流一样,虽降低了向肝血量,但由于肝小叶无破坏,肝流出道无梗阻,代偿的肝动脉血液能维持肝组织的营养。

这就从理论上,病理上给 TIPSS 治疗血吸虫性门脉高压提供了治疗和预后依据。

本组 4 例中,除 1 例腹水疗效较差外,其余 3 例都取得了令人满意的效果。最长 1 例至今已有 6 个多月,未见再出血。

有作者^[3]认为,食管,胃底静脉曲张破裂出血很少发生在门脉压力 30cm 水柱以下,如门脉压力低于 25cm 水柱,则基本可排除大出血是食管静脉曲张破裂所致,这又给 TIPSS 治疗血吸虫性门脉高压提供了血流动力学依据。本组 4 例,TIPSS 前门脉压力在 34.5~41.5cm 水柱,TIPSS 后门脉压降到 21cm 水柱以下而未见再出血,有限的病例也证实了上述观点是正确的。本组例 3 为 18 年前切除脾脏后再出血,并有中等量腹水,带三腔管进行 TIPSS 的

危重病人,做急诊 TIPSS 在 stent 置入后半小时,门脉压力即降至 19cm 水柱,后即拔除了三腔管,以后腹水消退,未见再出血而痊愈出院。

存在问题

从有限的病例看,存在下列问题。

一、支架内血栓形成,本组例 2,术后第 13 天行多普勒检查,即见支架内血流减少,有涡流,术后第 14 天再行气囊扩张,但效果不佳,影响疗效,故术后有效抗凝十分必要。

二、进口金属支架价格昂贵,难以大面积推广。尽快研制国产材料支架,降低价格,才能深入开展该项技术。

血吸虫门脉高压在我地区属常见病,过去沿用的脾切除、门腔分流、选择性门脉分流、断流或因肝脏损害,肝功能代偿不全而受到限制,或因并发症多而使外科医生顾虑,而 TIPSS 的应用无疑给治疗带来了希望。

参考文献

1. Palmarz et al. The transjugular intrahepatic proto-systemic stent shunt. A new nonsurgical percutaneous method, *Radiology*, 1989;29:406.
2. 贡跃权,肝血动力学改变决定门静脉高压治疗方案分析. *实用外科杂志* 1991;11:463.
3. 孙宏训. *肝脏病学*. 第一版南京:江苏科学技术出版社. 1990:580.
4. 杨仁杰,王向东,宋世文等. 经皮经颈静脉肝内门腔静脉内支架分流术. *中华放射学杂志*, 1994;28:814.

通 知

中华放射学会介入放射学分会正在进行会员登记,凡从事介入放射学医学工作者均可自愿申请参加。凡拟入会者请与北京市朝阳区西坝河南里 29 号煤炭部总医院影像科范占明联系。邮编 100028。