

• 临床经验 •

Budd-Chiari 综合征介入治疗疗效观察

陈为军

Budd-Chiari 综合征(BCS)传统的治疗方法是外科分流术,该手术危险性大,复发率高,随着介入放射学的迅速发展,介入治疗 BCS,有取代外科分流术的趋势。介入治疗 BCS 近期疗效肯定,远期疗效满意,现将我院自 1990 年至 1998 年 BCS 介入治疗后得到随访的 18 例患者结果报告如下。

材料和方法

1990~1998 年我们对 25 例 BCS 患者分别做了不同的介入治疗,有 18 例患者得到随访,其中男性 12 人,女性 6 人。年龄 23 岁至 69 岁,平均 42 岁。介入治疗前主要症状有腹痛,腹胀,乏力,下肢水肿,静脉曲张及色素沉着,腹水等。主要的诊断手段为 B 超、CT、MR 和血管造影,并将血管造影定为诊断 BCS 的金标准^[1]。介入手段为:①腔静脉成形术(PTA),主要对腔静脉膜型闭塞者,共 9 例。②内支架置入术(MSE),主要对腔静脉节段性狭窄伴肝静脉通畅或副肝静脉通畅者,共 7 例,其中 3 例伴有腔静脉栓塞。③肝静脉开通术或成形术,适用于肝静脉膜型闭塞和节段性狭窄者,共 2 例。④腔静脉溶栓术。腔静脉内有血栓者,共 3 例。介入治疗术后实施抗凝治疗。肝素 4,000~6,000 单位。口服肠溶阿斯匹林(1.2~1.5g/d),潘生丁(75mg/d)3 个月以上。我们对 18 例患者通过 Doppler 超声、CT、血管造影复查,随访时间 3~92 个月,并将其分为近期 0~6 个月,中期 6~24 个月,远期 24 个月以上。

结 果

18 例患者术后梗阻远端下腔静脉压由原来的 31.83 ± 3.40 下降到 17.13 ± 2.11 cm,前后两组压力有显著差异($P < 0.001$)。术后 2 天内多数症状和体征明显改善。术后 24 小时患者即感腹胀减轻,胸腹壁静脉曲张减退或消失,腹水明显吸收,尿量增加。下肢水肿的 12 例患者于术后 6 小时消退,下肢溃疡的 3 例患者,3 天后创面无渗出,开始结痂。

18 例患者介入治疗后,单纯腔静脉 PTA 的 9 例患者有 2 例发生了再次闭塞,分别为术后 9 个月

和术后 14 个月。再一次作 PTA 后,同时置入内支架。7 例内支架置入患者,1 例术后 46 个月发生了内支架部分塌陷,移位,又一次 PTA 后植入新的内支架。1 例发生了肝静脉闭塞,作肝静脉开通术未成功。1 例肝静脉狭窄,开通术未成功,术后 26 个月死于上消化道大出血。

讨 论

BCS 是以肝静脉和/或肝段下腔静脉狭窄或闭塞为主要病理改变的一组综合征^[2]。本组 18 例随访结果显示,各型 BCS 介入治疗,其近期疗效肯定,临床症状迅速消失或明显减轻,中远期疗效满意,除肝静脉广泛狭窄,肝静脉开通术未成功的 1 例死于上消化道大出血外,其它患者生活质量均明显提高,与国内报告一致^[3]。我国以肝段下腔静脉阻塞型较多,肝静脉阻塞型较少,介入治疗 BCS 有广泛前景。

腔静脉 PTA 后发生再梗阻的原因,可能是扩张时内膜和中层的撕裂后的细胞反应引起的进一步增生和狭窄。造成内支架塌陷移位的原因,主要是 PTA 时间较短,纤维组织过分回缩,支架支撑力较小,内支架膨胀内径和腔静脉内径不相匹配造成的。要减少此类并发症的发生,在介入治疗时必须充分扩张,内支架膨胀内径大于腔静脉内径 2~3mm。为防止肝静脉开通后再闭塞的发生,肝静脉 PTA 后应放入内支架,上腔静脉内支架应避免肝静脉开口。对于肝静脉广泛弥漫性狭窄闭塞者,单纯腔静脉开通,仍不能解决门脉高压,介入治疗效果欠理想,应行外科手术治疗^[4]。此外,术后的充分抗凝也是保证介入治疗后免除并发症发生的重要因素。

参 考 文 献

1. 陈为军,马跃斌,杜风山,等. Budd-Chiari 综合征影像学诊断. 介入放射学杂志, 1997, 6: 44.
2. Stanley P. Budd-Chiari syndrome. Radiology. 1989, 170: 625.
3. 张曦彤,徐克,韩铭钧,等. 血管内支架置入治疗节段性 Budd-Chiari 综合征的临床观察. 中华放射学杂志, 1995, 29: 474.
4. 孟庆义,田利民,刘桂芝,等. 介入加手术治疗重症布加综合征. 中华普通外科杂志, 1998, 13: 271.