

• 血管介入 Vascular intervention •

经颈内静脉肝内门腔静脉分流术治疗 Budd-Chiari 综合征

韩国宏, 何创业, 殷占新, 孟祥杰, 王建宏, 张宏博, 周新民, 吴开春, 丁杰, 樊代明

【摘要】 目的 探讨经颈静脉肝内门腔静脉分流术(TIPS)治疗 Budd-Chiari 综合征(BCS)的疗效。**方法** 本组 14 例患者经影像学检查确诊为 BCS,因进行性肝功能损害,或严重门脉高压并发症(顽固性腹水,食管胃底静脉曲张上消化道出血),或广泛肝静脉闭塞而行 TIPS 术治疗。其中混合型 8 例,肝静脉型 5 例,肝静脉广泛闭塞型 1 例。TIPS 术中对于下腔静脉、肝静脉的不同情况,灵活选择肝静脉或下腔静脉穿刺点进行穿刺,7 例从肝静脉开口处行门静脉穿刺,建立门-腔静脉分流道,4 例从下腔静脉直接穿刺门静脉分支,3 例经皮穿刺开通右肝静脉后再经肝右静脉穿刺门静脉。术后对分流道支架开通情况进行长期随访。**结果** 14 例手术均获成功,门静脉压力由术前平均(4.9 ± 1.4) kPa,降至术后(3.2 ± 1.5) kPa,术后随访 5~64 个月,2 例因支架狭窄分别于术后 13、24 个月再发上消化道出血,行分流道球囊扩张治疗,术后恢复良好。**结论** TIPS 适用 BCS 合并有进行性肝功能损害或门静脉高压引起的上消化道出血、顽固性腹水的治疗。对于已行下腔静脉或肝静脉成形术后再发或加重的门静脉高压患者亦为适应证,但手术难度增加。

【关键词】 布加综合征;门静脉高压;血管成形术;经颈内静脉肝内门腔分流术

中图分类号:R543.6 文献标识码:A 文章编号:1008-794X(2008)-04-0239-04

Transjugular intrahepatic portosystemic shunt for the treatment of Budd-Chiari syndrome HAN Guo-hong, HE Chuang-ye, YIN Zhan-xin, MENG Xiang-jie, WANG Jian-hong, ZHANG Hong-bo, ZHOU Xing-min, WU Kai-chun, DING Jie, FAN Dai-ming. Center of Interventional Radiology, Institute of Gastroenterology, Xijing Hospital, Fourth Military Medical University, Xi'an 710032, China

【Abstract】 Objective To evaluate the efficacy of transjugular intrahepatic portosystemic shunt(TIPS) for Budd-Chiari syndrome (BCS). **Methods** 14 patients with clinical findings of progressive liver function abnormality and severe complication of portal hypertension (upper gastrointestinal bleeding and refractory ascites) were diagnosed as BCS. Based on imaging manifestations, these patients were classified as follows: obstruction of inferior vena cava (1 case); obstruction of hepatic veins (5 cases); combined obstruction (obstruction of hepatic veins and inferior vena cava)(8 cases). During the procedure, different puncture points were selected for fulfilling the real condition; including 7 cases from hepatic vein to portal vein; 4 cases from inferior vena cava to hepatic vein, 4 cases from the right hepatic vein to portal vein. After the operation, the follow-up evaluation of blood flow in the shunt was performed. **Results** All of these patients were successfully performed with TIPS, with average pressure of portal vein decreasing from (4.9 ± 1.4) KPa to (3.2 ± 1.5) KPa. After 5 to 64 months follow-up, the recurrent upper gastrointestinal bleeding occurred in two patients due to stent stenosis and were well controlled through balloon angioplasty. **Conclusions** TIPS is an effective treatment for BCS with progressive liver dysfunction or severe portal hypertension with upper gastrointestinal bleeding and refractory ascites. In addition, it also contributes to the treatment of the recurrent or severe portal hypertension after the inferior vena cava or hepatic vein angioplasty. (J Intervent Radiol, 2008, 17: 239-242)

【Key words】 Budd-Chiari syndrome; Portal hypertension; Angioplasty; Transjugular intrahepatic portosystemic shunt

作者单位:710032 西安 第四军医大学西京医院消化病研究所介入治疗中心

通讯作者:韩国宏

Budd-Chiari 综合征(BCS)是肝静脉或(和)下腔静脉肝后段狭窄、闭塞所引起的肝静脉血液回流受阻,从而导致门静脉高压的一组临床症候群^[1]。随着介入医学技术的发展,依其微创、安全、疗效确切等优势,目前已成为治疗 BCS 的首选治疗方法^[2-5]。近年来,临床应用经颈内静脉肝内门腔静脉分流术(TIPS)对 BCS 合并门静脉高压症患者进行治疗取得了一定的疗效^[6-12]。但如何选择 TIPS 治疗以及治疗时机的掌握已成为目前 TIPS 治疗 BCS 的关键问题。本研究总结我院收治的 123 例 BCS 中 14 例行 TIPS 治疗的结果。

1 材料和方法

1.1 临床资料

2001 年 11 月至 2007 年 3 月我院收治 14 例 BCS 患者因进行性肝功能损害,或严重的门脉高压并发症(顽固性腹水,食管胃底静脉曲张上消化道出血),或广泛的肝静脉闭塞而行 TIPS 术治疗。术前均经行 B 超 CT 等影像学检查,确诊为 BCS 并进行分型,胃镜检查食管胃底静脉Ⅲ~Ⅳ度曲张。14 例中男 10 例,女 4 例,年龄 18~49 岁,平均 32 岁。根据祖茂衡^[13]和欧洲肝脏血管异常研究小组^[14]分型标准。本组 14 例中混合型 8 例,肝静脉型 5 例,肝静脉广泛闭塞型 1 例。临床表现 8 例为上消化道大出血(1 例为第 1 次出血,5 例为第 2 次出血,2 例为多次出血),4 例上消化道出血伴有腹水,2 例为顽固性腹水。8 例患者有双下肢肿,2 例伴有色素沉着,2 例伴有溃疡形成。Child 肝功能分级:B 级 6 例, C 级 8 例。

1.2 方法及步骤

TIPS 术中常规行下腔静脉、肝静脉、间接门静脉造影,肝静脉无法显影时可通过副肝静脉或超声引导下经皮肝穿肝静脉造影,以准确选择从肝静脉或下腔静脉的穿刺点及门静脉穿刺的进针点。

1.2.1 下腔静脉造影 局麻右侧腹股沟区,采用 Seldinger 技术穿刺右侧股动、静脉,选择性插管,首先插入 5 F 猪尾巴导管至梗阻平面以下,测下腔静脉压力,并行下腔静脉造影,观察下腔静脉梗阻位置、范围,肝静脉开口部位及狭窄程度。

1.2.2 间接门静脉造影 在开通下腔静脉成功后,经股动脉引入 5 F Cobra 导管行肠系膜上动脉间接门静脉造影,以确定门静脉穿刺部位。

1.2.3 对混合型 BCS 的治疗 根据造影显示出下腔静脉入心房处膜性狭窄并肝静脉口有肝静脉膨

出征表现者,可经股静脉换入 5 F Cobra 导管头顶到下腔静脉狭窄端,用导丝头在狭窄部位反复探寻,使导丝通过狭窄段,跟进导管,注射对比剂判断所进入的管腔是否正确,或可以用导丝硬头进行穿刺,穿刺困难时可用 RUPS-100 穿刺系统,结合颈内静脉穿刺送入猪尾导管置于下腔静脉梗阻平面以上的残端作为标记,两端正侧位定位后对端穿刺,成功后换入硬导丝,分别用 10、25 mm 直径球囊进行扩张。测下腔静脉压力明显下降或降至正常,行下腔静脉造影,造影显示残余狭窄 < 30%或下腔静脉切迹消失,表示下腔静脉 PTA 成功。可直接进行下一步操作。如果下腔静脉压力下降不明显,或造影狭窄的切迹仍明显时,或有球囊扩张后局部回缩趋势时可行下腔静脉支架植入。对于下腔静脉节段性狭窄的方法同上,但球囊扩张后直接植入金属支架,然后再经下腔静脉支架间隙或支架下方的下腔静脉肝后段穿刺门静脉完成 TIPS。

下腔静脉成形术完成后,依据术前 B 超、CT 及下腔静脉造影,对肝静脉膜性狭窄具有(隔膜膨出征、乳头征、指蹼征)特征性表现的患者,表示肝静脉为膜性狭窄,可进行肝静脉开通。穿刺右侧颈内静脉,成功后引入 RUPS-100 穿刺系统,结合下腔静脉造影的肝静脉膨出部位进行定位,穿刺肝静脉成功后测肝静脉压力,用 10 mm × 40 mm 球囊对肝静脉进行 PTA,对于影像结果显示的肝静脉扩张,而经颈内静脉途径穿刺不能成功时,可选择超声引导下经皮肝静脉穿刺并行肝静脉狭窄段球囊扩张,然后选择合适的肝静脉穿刺点穿刺门静脉,成功后测压并造影,用 10 mm × 40 mm 球囊扩张肝实质,植入 10 mm × 80 mm 支架完成 TIPS。

1.2.4 对肝静脉节段型或肝静脉广泛闭塞型的治疗 可根据术前 B 超、增强 CT、下腔静脉造影和间接门静脉造影确定肝段下腔静脉长度,明确被穿刺的门脉分支的解剖关系后,直接经肝后段下腔静脉进行门静脉穿刺,余方法同前。对已行下腔静脉“Z”型支架植入的患者,可经支架间隙经肝段下腔静脉穿刺门静脉;对已行肝静脉支架植入的患者可选择肝静脉支架下方 1.0~1.5 cm 的下腔静脉为穿刺点穿刺门静脉,行 TIPS 治疗。

术后随访 5~64 个月,定期于术后 1 周、3、6 个月及以后每 6 个月行肝功能、血常规、凝血系列和超声随访,若出现门脉高压症状,则及时行血管造影了解支架情况。

2 结果

14 例手术均获成功,建立了通畅的门-腔静脉分流道。7 例从肝静脉开口处行门静脉穿刺,4 例从下腔静脉直接穿刺门静脉分支,3 例经皮穿刺开通肝右静脉后再经肝右静脉穿刺门静脉。门静脉压力由术前平均 (4.9 ± 1.4) kPa,降至术后 (3.4 ± 1.5) kPa,术后随访 5 ~ 64 个月,2 例因支架狭窄分别于术后 13、24 个月再发上消化道出血,行分流道球囊扩张治疗,术后恢复良好。

3 讨论

本组 1 例肝静脉型 BCS 继发肝硬化门静脉高压并消化道出血、顽固性腹水,行肝静脉成形术治疗,复查 B 超示支架血流正常,腹水消退明显,无活动性消化道出血,一般情况明显好转出院。1 周后患者却因静脉曲张上消化道大出血死亡。另 1 例肝静脉型 BCS 患者,行肝右静脉球囊扩张和支架植入术后 2 年,反复发生上消化道大出血,行 B 超及造影检查显示肝右静脉支架分流道通畅,复习原资料: B 超、CT 示肝硬化门静脉高压症,第 2 次入院检查示肝硬化、门静脉高压症程度较前加重,胃镜示食管胃底静脉曲张,红色征阳性,随行 TIPS 术治疗,术后恢复良好。遂使我们应用 TIPS 方法为更多的 BCS 合并门静脉高压患者进行治疗。分析严重的 BCS 合并肝后型淤血性肝硬化不可逆转,并发的门静脉高压症不会因单纯采用肝静脉或下腔静脉开通而缓解、消失,使得介入治疗似乎失败或长期疗效不佳。而 TIPS 术能有效降低门静脉压力,达到治疗因长期肝静脉阻塞引起的门脉高压并发症。

国内外学者对 BCS 合并门脉高压是否和何时行 TIPS 持有不同意见。国外文献认为,TIPS 对内科治疗无效的合并有门脉高压的 BCS 治疗安全有效^[8-12],国内多数则以开通肝静脉为主^[1,13]。本组观察到行 TIPS 治疗的病例无论混合型、肝静脉型或肝静脉广泛闭塞型,均以有肝静脉阻塞为共同特点,我们认为除肝静脉型和肝静脉广泛闭塞型可直接行 TIPS 治疗外^[15],是否行 TIPS 治疗主要取决于门静脉高压程度,介入治疗术前应结合影像学及胃镜检查,充分评估门静脉高压程度。特别是胃镜检查对判断门静脉高压是否存在及其程度有着重要的意义。对于伴有中重度门静脉高压的各型 BCS 均可选择 TIPS 进行治疗,以缓解门静脉高压,避免单纯行肝静脉或下腔静脉成形术,因后者不能有效降低门静脉压力,长期效果不佳,且再次介入治疗难度

增加。而不应将 BCS 中 TIPS 治疗适应证仅限于上述两型的治疗。反之对于无或伴有轻度门静脉高压的 BCS 患者可选择经皮肝静脉和下腔静脉开通成形术进行治疗。

目前国内外对何时行 TIPS 治疗,尚无统一明确的标准。我们认为一旦发现上述不可逆转的严重的肝硬化并有严重的并发症,如反复食管静脉曲张上消化道出血,顽固性腹水,胸水,进行性肝功能衰竭等时,应及时行 TIPS 治疗,以避免再出血、腹水、肾功能损害等严重并发症发生,失去手术治疗时机。事实上,根据每例患者的实际情况及各医院设备、技术条件,选择单纯开通肝静脉或行 TIPS 治疗,确实在临床上较难把握,本组样本量较少,缺乏大组临床观察结果。尚需进一步研究证实。

对于肝静脉膜性闭塞伴有肝静脉、门静脉高压症的患者,国外目前多采用经肝静脉开口或下腔静脉直接穿刺门静脉行 TIPS 术^[14]。我们认为这样并未解决肝静脉阻塞问题,可先行肝静脉球囊扩张成形治疗,解决 BCS 的病理基础,再依据球囊扩张定位,穿刺时肝静脉穿刺点选择在肝静脉狭窄、闭塞段的远端。这样植入 TIPS 支架后,既开通了肝静脉,解除了肝静脉高压,又降低门静脉压力。两者结合能更加有效地缓解肝脏淤血,改善肝功能,延缓肝硬化发生。且术后肝静脉与门静脉压力同时降低,不会造成因门静脉压力降低、肝静脉阻力增加导致肝脏灌注压减低引起肝脏损害和肝昏迷发生率增加。所以我们认为,对于肝静脉膜性狭窄、闭塞伴有肝静脉扩张、肝静脉高压的患者应尽可能行肝静脉开通后再行 TIPS 治疗。而肝静脉广泛闭塞、肝静脉节段性狭窄、闭塞或已行肝静脉成形治疗后的 BCS 伴有的门静脉高压症患者可选择经下腔静脉直接门静脉穿刺进行 TIPS 治疗。应该说这是无奈之举,它解决了门静脉高压,而没有直接解决肝静脉高压。

对于下腔静脉已行支架植入术后的患者,行 TIPS 术时,肝静脉穿刺点选择较困难,可对已植入下腔支架结合间接门静脉造影进行穿刺点确定,根据我们的观察,下腔静脉支架下端距门静脉分支部垂直距离 < 2 cm 时,可经“Z”支架的网眼(间隙)进行穿刺。当下腔静脉支架位置高,位于第二肝门附近,其下端距门静脉分支部垂直距离 > 3 cm 时,考虑支架下端有足够的肝实质包绕时,可选用支架下方的下腔静脉为穿刺点进行门静脉穿刺,进一步行 TIPS 治疗。

总之,对于 BCS 合并有进行性肝功能损害或严重门静脉高压症并发症,表现有顽固性腹水,特别是有可能或已经反复静脉曲张上消化道出血患者,不能单一采用肝静脉开通进行治疗。术前胃镜检查有助于了解食管胃底静脉曲张、门静脉高压与出血危险的程度。以便同时选择 TIPS 术或其他开通术进行治疗。对于已行肝静脉或下腔静脉开通术而又有关门静脉高压的患者 TIPS 亦为其适应证,但手术难度增大,术前应合理设计手术方案。

[参考文献]

- [1] 徐浩,祖茂衡,李国均,等.肝静脉阻塞型 Budd-Chiari 综合症的介入治疗[J].中国医学影像技术,2004,10:1588-1591.
- [2] 徐克,赵仲春,韩铭钧,等.肝静脉阻塞型 Budd-Chiari 综合症的介入治疗(附 10 例报告)[J].中华放射学杂志,1995,29:469-473.
- [3] 祖茂衡,徐浩,顾玉明,等.经皮经肝和经颈静脉行肝静脉成形术[J].中华放射学杂志,1997,31:543-546.
- [4] 李彦豪,陈勇.经皮肝穿肝静脉开通术治疗 Budd-Chiari 综合征[J].中国医学影像学杂志,1997,5:29-31.
- [5] Plessier A, Sibert A, Consigny Y, et al. Aiming at minimal invasiveness as a therapeutic strategy for Budd-Chiari syndrome [J]. Hepatology, 2006, 44: 1308-1316.
- [6] 张曦彤,徐克,戴旭,等.经颈内静脉肝内门腔分流术治疗复杂型 Budd-Chiari 综合征[J].中华放射学杂志,2001,35:34-36.
- [7] 单鸿,关守海,姜在波,等.改良式经颈内静脉肝内门腔静脉分流术治疗肝静脉阻塞型 Budd-Chiari 综合征[J].中华放射学杂志,2002,36:787-791.
- [8] Mancuso A, Fung K, Mela M, et al. TIPS for acute and chronic Budd-Chiari syndrome: a single-center experience [J]. J Hepatol, 2003, 38: 751-754.
- [9] Perello A, Garcia-Pagan JC, Gilabert R, et al. TIPS is a useful long-term derivative therapy for patients with Budd-Chiari syndrome uncontrolled by medical therapy [J]. Hepatology, 2002, 35: 132-139.
- [10] Rossle M, Olschewski M, Siegerstetter V, et al. The Budd-Chiari syndrome: outcome after treatment with the transjugular intrahepatic portosystemic shunt [J]. Surgery, 2004, 135: 394-403.
- [11] Molmenti EP, Segev DL, Arepally A, et al. The utility of TIPS in the management of Budd-Chiari syndrome [J]. Ann Surg, 2005, 241: 978-983.
- [12] Menon KV, Shah V, Kamath PS. The Budd-Chiari syndrome [J]. N Engl J Med, 2004, 350: 578-585.
- [13] 祖茂衡.布加综合征影像诊断与介入治疗[M].北京:科学出版社,2004:212-224.
- [14] Janssen HLA, Garcia-Pagan J, Elias E, et al. Budd-Chiari syndrome; a review by an expert panel [J]. J Hepatol, 2003, 38: 364-371.
- [15] 韩国宏,何创业,孟祥杰,等.影像学评价对选择 Budd-Chiari 综合征介入治疗途径的价值 [J].现代消化及介入诊疗,2006,11:228-230.

(收稿日期:2007-11-28)

·消 息·

2007 年度林贵-刘子江优秀介入论文奖评选结果公告

2007 年度林贵-刘子江优秀介入论文奖在南京微创医学科技有限公司的大力支持下,经本人申请,专家评审,评选出一、二、三等奖 9 名,现将评选结果公布如下:

- | | | |
|-----|----------|---|
| 一等奖 | 焦力群 | 支架成形术治疗颈动脉狭窄的脑血流量分析 |
| 二等奖 | 马占龙 | 血管内皮祖细胞局部移植防治血管内皮损伤后再狭窄形成的实验研究 |
| | 韩新巍 | 气道倒 Y 型一体化自膨胀式金属内支架的递送技术研究和初步临床应用 |
| 三等奖 | 吴暇 | 改良式 TIPS 的解剖学基础研究 |
| | 吴安乐 | 单侧肺动脉化疗性栓塞技术在转移性肺癌模型中的应用 |
| | 艾力曼·马合木提 | 经皮冠状动脉介入术中止血活性的早期改变及与纤维酶原激活剂抑制物-1 基因多态性的相关性 |
| | 宗刚军 | 经导管肺动脉瓣膜植入的实验研究 |
| | 纪东华 | 射频消融治疗化疗栓塞后肝癌 |
| | 赵卫 | Graves 病介入术后甲状腺细胞凋亡因子的表达 |

作者：[韩国宏](#)，[何创业](#)，[殷占新](#)，[孟祥杰](#)，[王建宏](#)，[张宏博](#)，[周新民](#)，[吴开春](#)，[丁杰](#)，[樊代明](#)，[HAN Guo-hong](#)，[HE Chuang-ye](#)，[YIN Zhan-xin](#)，[MENG Xiang-jie](#)，[WANG Jian-hong](#)，[ZHANG Hong-bo](#)，[ZHOU Xing-min](#)，[WU Kai-chun](#)，[DING Jie](#)，[FAN Dai-ming](#)

作者单位：[第四军医大学西京医院消化病研究所介入治疗中心, 西安, 710032](#)

刊名：[介入放射学杂志](#) [ISTIC](#) [PKU](#)

英文刊名：[JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)

年，卷(期)：2008，17(4)

被引用次数：2次

参考文献(15条)

1. [徐浩](#), [祖茂衡](#), [李国均](#) [肝静脉阻塞型Buddi-Chiari综合征的介入治疗](#) [期刊论文] - [中国医学影像技术](#) 2004(10)
2. [徐克](#), [赵仲春](#), [韩铭钧](#) [肝静脉阻塞型Buddi-Chiari综合征的介入治疗\(附10例报告\)](#) 1995
3. [祖茂街](#), [徐浩](#), [顾玉明](#) [经皮经肝和经颈静脉行肝静脉成形术](#) 1997
4. [李彦豪](#), [陈勇](#) [经皮肝穿肝静脉开通术治疗Buddi-Chiari综合征](#) 1997
5. [Plessier A](#), [Sibert A](#), [Consigny Y](#) [Aiming at minimal invasiveness as a therapeutic strategy for Budd-Chiari syndrome](#) 2006
6. [张曦彤](#), [徐克](#), [戴旭](#) [经颈内静脉肝内门腔分流术治疗复杂型Buddi-Chiari综合征](#) [期刊论文] - [中华放射学杂志](#) 2001
7. [单鸿](#), [关守海](#), [姜在波](#) [改良式经颈内静脉肝内门腔静脉分流术治疗肝静脉闭塞型Budd-Chiari综合征](#) [期刊论文] - [中华放射学杂志](#) 2002
8. [Maneuso A](#), [Fung K](#), [Mela M](#) [TIPS for acute and chronic Budd-Chiari syndrome:a singh-center experience](#) 2003
9. [Perello A](#), [Gareia-Pagan JG](#), [Gilabert R](#) [TIPS is a useful long-term derivative therapy for patients with Budd-Chiari syndrome unenntrolled by medical therapy](#) 2002
10. [Rossle M](#), [Olsehewski M](#), [Siegemtetter V](#) [The BuddChiari syndrome:outcome after treatment with the transjugular intrahepatic portosystemic shunt](#) 2004
11. [Molmenti EP](#), [Segev DL](#), [Arepally A](#) [The utility of TIPs in the management of Budd-Chiari syndrome](#) 2005
12. [Menon KV](#), [shah V](#), [Kamath PS](#) [The Budd-Chiari syndrome](#) 2004
13. [祖茂衡](#) [布加综合征影像诊断与介入治疗](#) 2004
14. [Janssen HLA](#), [Garcia-Pagan J](#), [Elias E](#) [Budd-Chiari syndrome;a review by an expert panel](#) 2003
15. [韩国宏](#), [何创业](#), [孟祥杰](#) [影像学评价对选择Buddi-Chiari综合征介入治疗途径的价值](#) [期刊论文] - [现代消化及介入诊疗](#) 2006(11)

相似文献(10条)

1. 期刊论文 [李晓强](#), [余朝文](#), [周为民](#), [聂中林](#) [布加综合征根治术术式选择及手术要点 -解剖与临床](#) 2002, 7(1)
 目的:探讨Budd-Chairi综合征四种根治术的适应证、优缺点及术中注意事项. 方法:患者总数143例,其中单纯隔膜切除36例,下腔静脉病变段切开、心包片成形45例,下腔静脉病变段切除、人工血管原位移植50例,肝静脉主干闭塞段及其上方的下腔静脉闭塞段切除、肝静脉流出道扩大成形、肝静脉开口至下腔静脉的右房入口处人工血管原位移植术12例. 术中出血均采用人工心肺机自血回输. 结果:无手术死亡. 住院期间4例死于并发症(2例心衰,1例胸腔大出血,1例肝昏迷). 出院时除2例无效以外,均效果良好. 随访107例,时间6~108个月,平均50个月,复发6例,其中肝静脉流出道成形术1例,心包片成形术4例,下腔静脉病变段切除、人工血管原位移植术1例. 结论:四种根治术有各自不同的适应证,单纯隔膜切除术和下腔静脉病变段切除、人工血管原位移植术的远期通畅率高于另二种根治术. 术中梗阻远端出血的控制最为重要.
2. 期刊论文 [倪胜莲](#), [张研红](#) [1例妊娠合并布加综合征的分娩期护理](#) - [吉林医学](#) 2006, 27(4)

布加综合征又称肝静脉受阻、门静脉高压综合征,是多种原因造成的肝血液流出道受阻,肝窦状隙内压力增高导致门脉压升高引起肝肿大、肝功能受损、腹水等一系列征候群。如下腔静脉梗阻,则同时合并有下腔静脉高压的临床特点[1]。妊娠合并布加综合征极为少见。妊娠由于新陈代谢明显增加,大量雌激素需经肝内灭活,胎儿代谢产物需经母体肝内解毒,加重肝脏负担;而分娩又是一种持久而强烈的应激源,可进一步加重肝损害,可能诱发肝功能衰竭和凝血功能障碍而导致产后大出血、DIC。由于门静脉高压可能存在胃底食道静脉曲张,分娩过程中腹压增加可诱发上消化道出血[2]。2005年6月15日我科收治了1例布加综合征同时合并卵圆孔未闭、心功能Ⅱ级的孕妇,现将其分娩期护理报告如下:

3. 期刊论文 [张曙光, 于振海, 阮长乐, 李光新, 许崇恩, 李兆亨 重症布加综合征的联合治疗 -中国实用外科杂志](#)

2003, 23 (4)

目的:探讨多种介入治疗与手术联合治疗布加综合征的疗效。方法:1995~2002年收治的15例重症布加综合征,在介入引导下下行下腔静脉球囊扩张、支架植入术,2周后加做肠系膜上静脉下腔静脉C形分流术或脾肾分流术及断流术。结果:行该联合术式共15例,术后肝脾肿大缩小,腹水消失或减少,下腔静脉压力降低0.49~1.08kPa (5~11cmH₂O)。门静脉压力降低0.69~2.35kPa(7~24 cmH₂O)。14例存活,无并发症。1例术后因多器官功能衰竭死亡。结论:新的组合术式扩大了治疗范围,既解除了下腔静脉高压,又降低了门静脉高压,达到了联合减压的目的,有其临床价值。

4. 期刊论文 [王翠艳, 刘学静, 王克, 武乐斌, 柳澄, 秦成坤 多层CT血管成像技术对布加综合征的诊断价值 -中国现代普通外科进展](#)2008, 11 (3)

布加综合征(Budd-Chiari syndrome, BCS)是指由肝静脉和(或)其开口以上段下腔静脉梗阻引起的腹痛、肝功能障碍、腹水和下肢水肿及门静脉高压等病变。主要病理改变是肝后或肝上段下腔静脉和(或)肝静脉的膜性或节段性狭窄或闭塞及因此而导致的肝静脉和下腔静脉系统的回流障碍[1]。该病在我国并不少见,山东省为高发区,目前介入治疗是其首选方法,治疗前充分了解肝静脉与下腔静脉及侧支循环的情况至关重要[2];本研究旨在探讨多层螺旋CT血管成像技术对其的应用价值。

5. 期刊论文 [张书锋, 王贵宪, 张太义, 陈琦 小儿肝外性门静脉高压症的外科治疗 -河南外科学杂志](#)2002, 8 (1)

目的:探讨小儿肝外性门静脉高压症临床特点及不同病理类型手术方式选择。方法:观察小儿门静脉海绵样变性及布加综合征临床表现,术后改善情况及脾切除风险度。结果:门静脉海绵样变性行脾切断流术,24例痊愈,6例再出血,但出血量明显减少,术后未观察到严重感染情况;布加综合征行脾肺固定术,5例症状改善,2例未改善,2例死亡。结论:小儿时期,对于门静脉海绵样变性宜选择脾切断流术;对于布加综合征,脾肺固定术疗效不可靠。

6. 学位论文 [孙玉岭 血管内皮细胞生长因子和基质金属蛋白酶抑制因子-1在布加综合征肝脏中的表达及临床意义](#)

2005

本文对血管内皮细胞生长因子和基质金属蛋白酶抑制因子-1在布加综合征肝脏中的表达及临床意义进行了研究。文章采用免疫组织化学方法对比检测B-CS1组、门静脉高压组和正常对照组患者肝脏中VEGF和TIMP-1的表达情况,并以CD34(微血管密度)反映VEGF的作用效果,从而探讨VEGF和TIMP-1在肝纤维化发生、发展和转归中的作用。研究结果表明,VEGF在B-CS患者肝脏中的表达增强且与肝纤维化的程度呈正相关;VEGF与MVD在B-CS患者肝脏中的表达呈正相关,且B-CS患者的肝脏中的MVD远远高于肝内型门静脉高压患者;TIMP-1在B-CS患者肝脏中的表达与肝纤维化程度呈正相关,它是反映肝纤维化发展趋势的指标;VEGF和TIMP-1在B-CS和肝内型门静脉高压的肝脏中的表达异常可能是B-CS肝纤维化逆转和不同预后的内在原因。VEGF可能正是通过降低TIMP-1在肝脏中的表达来实现其作用的。

7. 期刊论文 [赵念博 多膜结构在布加综合征介入治疗中临床意义 -浙江临床医学](#)2007, 9 (9)

布加综合征(Budd-Chiari syndrome)是肝后段下腔静脉狭窄阻塞或肝静脉的狭窄阻塞而引起的肝后性门静脉高压及下腔静脉高压。随着介入技术的发展,特别是血管成形术(PTA)及血管内支架(stent)植入术的应用,使得布加综合征的治疗取得了突破性的进展[1]。作者1998年2月至2005年12月介入治疗布加综合征189例,发现102例节段闭塞型布加综合征中37例为双膜及多膜闭塞,现着重对其介入治疗作一回顾性总结。

8. 期刊论文 [孙玉岭, 马秀现, 许培钦, 管生, SUN Yu-ling, MA Xiu-xian, XU Pei-qin, GUAN Sheng 布加综合征的分期治疗 -中华普通外科杂志](#)2010, 25 (3)

目的:探讨布加综合征分期治疗的指征、可行性和临床效果。方法:2007年2月至2009年6月收治布加综合征患者32例,其中I型9例,IIa型17例,IIb型6例,所有患者同时存在下腔静脉高压和门静脉高压。根据患者的临床病理分型和血流动力学代偿情况,32例患者分别行介入或手术治疗、一期手术(或介入)加二期手术(或介入)治疗。结果:所有患者均安全渡过围手术期,无围手术期死亡。肝功能明显好转,临床症状好转或消失。13例肿大肝脏明显缩小,14例腹水消失。胸腹壁静脉曲张9例消失,下肢水肿均消失。并发症主要有胸腔积液3例,急性心功能不全2例,乳糜漏1例,均经保守治疗痊愈。本组所有患者均获随访,随访时间为4~24个月,平均(12±3)个月,效果良好。随访期间无复发病例。结论:布加综合征分期治疗可明显降低患者围手术期的危险性,临床效果良好。其血流动力学代偿情况是进行分期治疗的依据。

9. 期刊论文 [申权, 薛焕洲, 姜青锋, 王亚东 腔-房人工血管转流术治疗下腔静脉阻塞型布加综合征 -中华普通外科杂志](#)2009, 24 (7)

自Ohara[1]于1963年首次报道了腔-房人工血管转流治疗布加综合征以来陆续有文献报道证实它不仅有效地降低下腔静脉压而且也可不同程度的缓解门静脉高压[2]。我院自1994年6月至2007年6月应用腔-房人工血管转流术治疗下腔静脉阻塞型布加综合征患者162例,现报告如下。

10. 期刊论文 [中华医学会放射学分会介入学组, Chinese Medical Association Chinese Society of Radiology\(CSR\) Interventional Group 布加综合征介入诊疗规范的专家共识 -中华放射学杂志](#)2010, 44 (4)

布加综合征(Budd-Chiari syndrome, BCS)的最初定义为由肝静脉阻塞导致的肝静脉回流障碍、肝脏淤血而产生的门静脉高压临床症候群;广义定义为肝静脉和(或)其开口以上的下腔静脉阻塞所导致的门静脉和(或)下腔静脉高压临床症候群;病理生理学定义为从肝小静脉到下腔静脉和右心房汇合处的任何部位的肝静脉流出道阻塞〔(1-4)〕。

引证文献(2条)

1. [中华医学会放射学分会介入学组 布加综合征介入诊疗规范的专家共识\[期刊论文\]-中华放射学杂志](#) 2010 (4)

2. [房殿春, 陈磊 经颈静脉肝内门体分流术治疗门静脉高压症\[期刊论文\]-中华肝脏病杂志](#) 2009 (4)

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfxszz200804004.aspx

授权使用: qknfy(qknfy), 授权号: d6cc7b15-017f-4537-8df4-9df701794786

下载时间: 2010年9月20日