

不同类型 Budd-Chiari 综合征脾肾分流方向不同

陈博昶 林长喜 顾正平 王志明 张金山 杨立

【摘要】 目的 提高对不同类型 Budd-Chiari 综合征脾肾分流方向的认识及在治疗中的意义。方法 2 例经血管造影证实的 Budd-Chiari 综合征脾肾分流影像所见 ,并作文献复习。结果 2 例脾肾分流。1 例肝静脉闭塞型 ,血流经脾、肾静脉逆流入下腔静脉 ;另 1 例下腔静脉狭窄型 ,血流经左肾、脾、胃及食管静脉由下而上流入上腔静脉 ,行 PTA 后分流血管立即消失。结论 不同类型 Budd-Chiari 综合征的脾肾分流方向不同 ,介入治疗方法不同。术前明确诊断尤为重要。

【关键词】 布-加综合征 脾肾静脉交通 血流方向

Different types of Budd-Chiari syndrome showed different circulation directions CHEN Bochang , LIN Changxi , GU Zhengping , et al. The Third Hospital of Beijing Corps , Chinese People 's Armed Police Forces , Beijing 100039 , China

【Abstract】 Objective To improve the knowledge for flow direction of renal-spleen circulation in Budd-Chiari syndrome and effects in treatment. Methods Two Budd-Chiari syndrome patients with reno-splenic venous shunt were treated by PTA , and the circulation directions were investigated. Results One case with hepatic vein occlusion showed the circulation from left renal-spleen vein to IVC ; another case with IVC stenosis proximal to heart showed the flow direction from spleen -left renal vein to varices and finally to SVC. The circulation disappeared after treatment with PTA. Conclusions The direction of circulation in different types of Budd-Chiari with portal hypertension may be different and should be identified clearly for a suitable management.

【Key words】 Budd-Chiari syndrome Spleen-renal circulation Circulation direction

布-加综合征(BCS)是国内黄河中下游地区较为常见的疾病。不同类型的 BCS 均有不同程度的门脉高压,继发脾肾分流者已有报道^[1-3]。现将 2 例经彩色多普勒、CT、血管造影证实的相反方向脾肾分流的 BCS 报道如下 ,并作文献复习。

病例报告

例 1 男 ,34 岁。酒后反复呕血、黑便 4d 入院。胃镜未见明确出血病灶 ,胃内见咖啡色液体附着。3 个月前发现巩膜黄染。查体 :血压(BP)16/10kPa、贫血貌。巩膜及全身皮肤、粘膜轻度黄染 ,未见肝掌及蜘蛛痣 ,无颈静脉怒张。实验室检查 :HGB 75g/L ,ALT 23U/L ,AST 47 U/L ,TB 64.7mmol/L ,Hb 103/L。超声示肝形态饱满 ,表面平 ,肝内未见占位

性病变及胆管扩张。肝动脉明显增宽 ,肝静脉未显示。肝内门脉分支均为出肝血流 ,门脉主干增宽 ,于胰腺后方形成 3cm×5cm 大小膨大瘤样血管 ,与脾静脉相通 ,左肾静脉内径 1.8cm ,脾大 ,12cm×4.4cm。印象 :肝内广泛细小血管动-门静脉瘘形成 ;门静脉返流、脾静脉、左肾静脉扩张。CT :右肝静脉纤细 ,左、中肝静脉未显示 ,平扫中上腹主动脉前方见 4cm×4.2cm 大小软组织密度影 ,增强后为血管密度 ,并与肾静脉交通(图 1) ,左肾静脉明显增粗(图 2)。CTA 示脾静脉与左肾静脉之间扩大的交通支(图 3)。腹腔干动脉造影见肝动脉血管明显增粗 ,脾动脉较小 ,将导管头置于脾动脉再造影 ,DSA 延迟 20s 见脾实质染色 ,脾静脉明显增粗呈球形 ,但门脉未显示 ,造影剂经肾静脉回流至下腔静脉(图 4) ,诊断为肝静脉广泛狭窄闭塞型 BCS。患者因经济原因放弃进一步治疗。

例 2 男 ,35 岁 ,双下肢浮肿 4 个月 ,伴有活动

作者单位 :100039 武警北京市总队第三医院(陈博昶、林长喜、顾正平、王志明) ;解放军总医院放射诊断科(张金山、杨立)

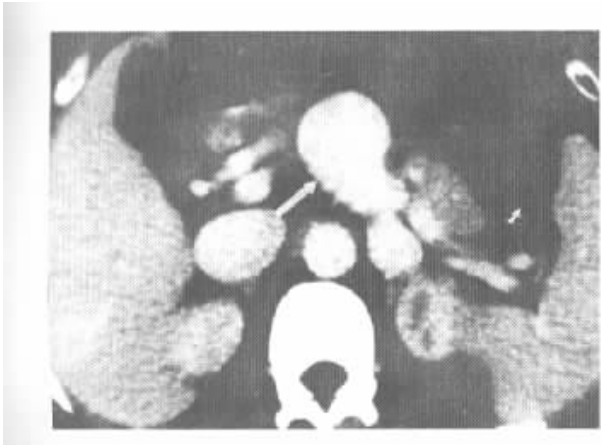


图 1 增强 CT 腹主动脉前方见异常(白箭头)球形血管密度影与扩大的左肾静脉相连

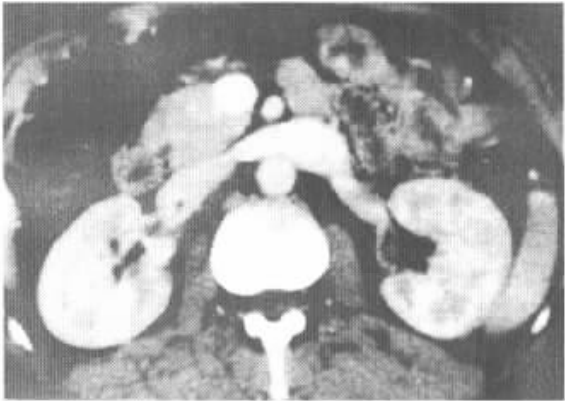


图 2 左肾静脉明显增粗

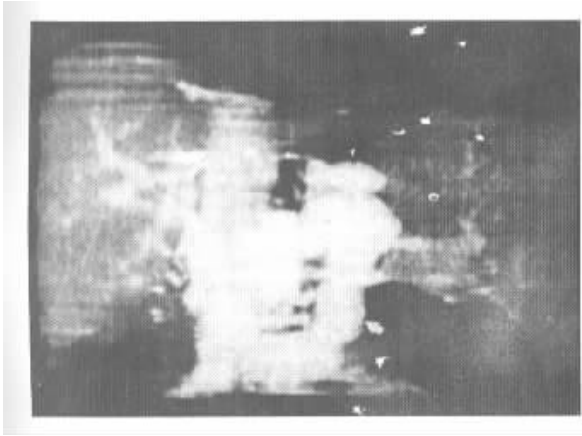


图 3 MIP 示脾静脉与左肾静脉之间粗大的交通支(短箭头)

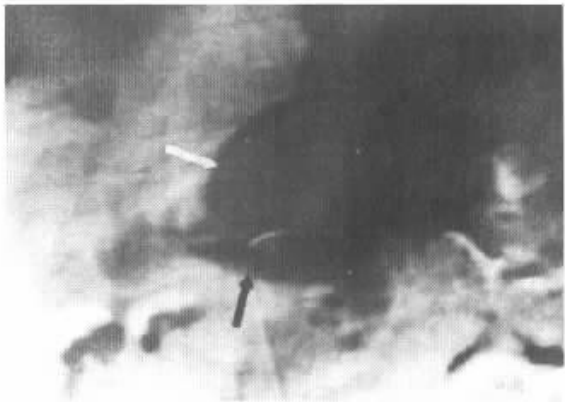


图 4 脾动脉造影,DSA 延迟 20s 见脾实质染色,脾静脉显影成球形(白箭头),但门脉未显影,造影剂经肾静脉回流至下腔静脉(黑箭头)



图 5 DSA 示下腔静脉近右房入口处高度狭窄,左侧可见经肾静脉与脾静脉、胃静脉、食管静脉分流血管团

后心悸、心慌,发病来先后出现3次黑便。查体:BP 16/8kPa,腹部略膨隆,移动性浊音(+),肝肋下6cm,质硬,双下肢有轻度压陷征。超声示肝脏形态饱满,边缘钝,肝实质回声增强,左中右肝静脉无狭

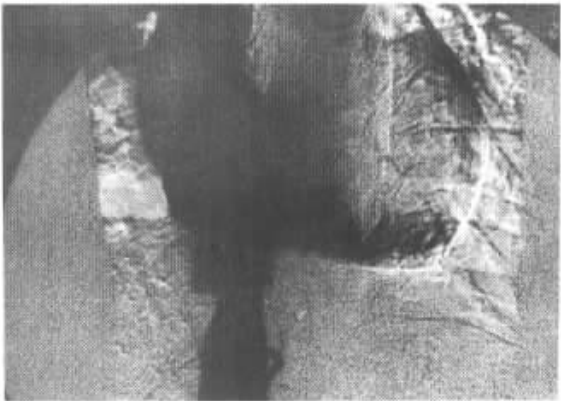


图 6 PTA 术后再造影,见狭窄段消失,血流通畅,左肾、脾、胃、食管静脉分流血管团消失

窄,血流方向正常,门脉主干不宽,下腔静脉近右房开口处可见一膜状结构,彩色多普勒示血流尚通畅,脾脏大小为 11.6cm × 4.6cm。实验室检查:HGB 56g/L。临床诊断:1. 下腔静脉膜性狭窄型 Budd-

Chiari 综合征 2. 慢性肝实质损害 3. 脾肿大。血管造影见下腔静脉近右房入口处高度狭窄,其程度约占 95% 左侧可见经肾静脉与脾静脉、胃底静脉、食管静脉相交通,形成分流(图 5)。下腔静脉压为 20.373kPa,右房压为 0.196kPa,压差约 2.353kPa。将 25mm 直径球囊导管送至狭窄段,部分扩张球囊后,见狭窄段高度狭窄,将球囊充分扩张并持续 15s。再次造影见狭窄段消失,血流通畅,左肾、脾、胃、食管静脉侧支分流血管消失(图 6),扩张后下腔静脉压 0.833kPa。术后患者心悸、心慌消失,3d 后双下肢浮肿完全消失。6 个月后超声复查下腔静脉通畅,临床症状及体征未再复发。

讨 论

BCS 是近年来国内外研究的热点,其病因和分类尚有争议,多数学者倾向分为 3 大类^[1-4],即下腔静脉阻塞型(肝静脉开口以上阻塞),约占 50%~70%;肝静脉阻塞型约占 10%~22%;肝、腔静脉阻塞型(混合型)约占 20%~30%。无论何种类型的 BCS,多伴有不同程度门脉高压及侧支血管扩张。如食管下段、胃底静脉曲张,前腹壁交通支开放,肛管、直肠下段静脉曲张,腹膜后交通支开放和肝门、十二直肠韧带内静脉曲张等。

随着影像和介入技术的发展,一些传统检查方法难于发现的侧支循环逐渐被人们认识,如脾静脉与左肾静脉自发交通^[5],心包膈静脉曲张等^[6]。Watanabe 等分析了 230 例门脉高压患者经皮肝穿门脉造影资料,发现存在脾肾分流者占 9.1%,胃肾分流者占 27.8%。张金山等^[1]分析 120 例 TIPSS 术中门脉造影资料,显示脾肾分流者占 4.2%,胃肾分流者为 11.2%,略有差异。

脾静脉、胃底静脉与左肾静脉之间有细小的交通支,在正常生理情况下几乎处于关闭状态^[7],当门静脉高压时,这些交通支开放,形成自发性脾静脉或胃静脉与左肾静脉交通,有类似分流术的作用,能在一定程度上改善门静脉高压。由于交通支扩张、

扭曲、血流缓慢,分流量小。因此,常合并其他侧支循环开放^[2]。

以往资料及报道的脾肾、胃肾分流均为逆向分流。即血流方向从脾静脉或胃静脉经肾静脉流入下腔静脉,与例 1 病例相同,见于肝静脉阻塞型 BCS 或肝硬化引起的门脉高压症。而例 2 下腔静脉膜性狭窄型 BCS,脾肾分流方向为由下向上的顺向分流,即阻塞血流从左肾静脉经脾静脉、胃静脉、食管静脉、奇静脉进入上腔静脉。与例 1 脾肾分流方向相反,亦与以往文献报道的腔静脉阻塞,血流经腰升静脉、腰旁静脉、奇静脉进入上腔静脉的途径不同^[1-3],其形成机制为下腔静脉狭窄,远端压力增高,脾、肾静脉之间细小交通支开放扩张所致。BCS 可根据病变部位采用相应的介入治疗,如下腔静脉阻塞型患者应行下腔静脉开通术;肝静脉阻塞型患者应采用肝静脉开通术或 TIPSS,混合型应行肝静脉和腔静脉开通术^[4,8]。而对脾肾分流的栓塞治疗,由于血流方向的不同,在治疗时尤应注意,术前明确分流方向对治疗方案的选择非常重要。

参 考 文 献

1. 张金山,主编.现代腹部介入放射学.北京:科学出版社,2000. 221.
2. 陈卫霞,周翔平,闵鹏秋,等.门脉高压脾静脉与左肾静脉自发交通 CT 表现.临床放射学杂志,1999,18:284-286.
3. 马广勤,高从敬,万向荣,等.下腔静脉阻塞的 X 线解剖及临床意义.介入放射学杂志,1996,5:138-142.
4. 李彦豪.关于 Budd-Chiari 综合征介入诊断治疗的再认识.中华放射学杂志,1999,33:348-349.
5. Gore Levine Laufer. Textbook of gastrointestinal radiology, W. B. Saunders Company, 1994, 1992.
6. Wachsberg RH, Yagnmai V, Javors BR, et al. Cardiophrenic varices in portal hypertension, evaluation with CT, Radiology, 1995, 195: 553.
7. 王永贵,主编.解剖学.北京:人民卫生出版社,1994. 250.
8. 李王晓,韩新巍,马文章,等.不同类型 Budd-Chiari 综合征介入治疗研究.中华放射学杂志,1999,33:181-184.

(收稿日期 2000-03-19)

不同类型Budd-Chiari综合征脾肾分流方向不同

作者：

陈博昶, 林长喜, 顾正平, 王志明, 张金山, 杨立

作者单位：

陈博昶, 林长喜, 顾正平, 王志明(武警北京市总队第三医院), 张金山, 杨立(解放军总医院放射诊断科)

刊名：

介入放射学杂志

英文刊名：

JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY

年, 卷(期):

2001, 10(4)

被引用次数：

1次

参考文献(6条)

1. 张金山 现代腹部介入放射学 2000

2. 陈卫霞. 周翔平. 闵鹏秋 门脉高压脾静脉与左肾静脉自发交通CT表现 1999

3. 马广勤. 高从敬. 万向荣 下腔静脉阻塞的X线解剖及临床意义[期刊论文]-介入放射学杂志 1996(03)

4. 李彦豪 关于Budd-Chiari综合征介入诊断治疗的再认识[期刊论文]-中华放射学杂志 1999(05)

5. 王永贵 解剖学 1994

6. 李王晓. 韩新巍. 马文章 不同类型Budd-Chiari综合征介入治疗研究[期刊论文]-中华放射学杂志 1999(03)

引证文献(1条)

1. 陈桂娥. 刘远林. 宋涛. 黄海波. 奉均繁 Budd-chiari综合征的影像诊断[期刊论文]-医学文选 2006(2)

本文链接：http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200104005.aspx

授权使用：qkahy(qkahy), 授权号：4566a201-e3dc-4d39-be41-9e38014d74ab

下载时间：2010年11月24日