

双介入栓塞治疗 60 例肝硬化上消化道出血疗效观察

陆开艺¹, 卓臣义²

(1. 中国人民解放军第 181 中心医院, 广西 桂林 541002 E-mail: lukaiyi1985@163.com;

2. 右江民族医学院附属医院, 广西 百色 533000)

摘要: **目的** 总结分析双介入栓塞在肝硬化上消化道出血治疗中的应用效果。**方法** 选择 2013 年 6 月~2014 年 5 月期间我院收治的 60 例肝硬化上消化道出血患者为研究对象, 给予胃冠状静脉、胃短静脉介入栓塞及部分脾动脉栓塞治疗, 随访观察患者食管胃底静脉曲张的变化程度及再出血情况及并发症发生情况。**结果** 胃冠状静脉栓塞术后静脉压从 $(3.68 \pm 0.12) \text{ kPa}$ 上升为 $(4.28 \pm 0.25) \text{ kPa}$, 脾冠脉栓塞后静脉压快速降低为 $(3.19 \pm 0.21) \text{ kPa}$, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。57 例脾功能亢进症状好转, 另外 3 例症状无变化; 术后 1 周发现 25 例患者静脉曲张消失、8 例患者有少量腹水存在, 1 例患者在术后 2 周出现少量出血情况。术后 1 周及术后 1 年时复查白细胞及血小板计数水平明显高于术前, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 双介入栓塞治疗能有效改善门脉高压性食管胃底静脉曲张及脾功能亢进, 临床可以推广使用。

关键词: 双介入栓塞治疗; 肝硬化; 上消化道出血

中图分类号: R575.2

文献标识码: B

文章编号: 1001-5817(2016)04-0379-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2016.04.008

肝硬化患者门脉高压极易导致胃底食管静脉曲张破裂性出血, 也是肝硬化患者的重要死亡原因^[1]。临床内科对于肝硬化上消化出血患者主要采用药物止血、三腔管压迫止血以及内镜下硬化曲张静脉等措施, 但这些治疗手段往往难以控制胃底食管破裂性大出血^[2]。外科采用断流术、各种分流术等进行治疗, 但外科手术创伤大、死亡率也较高, 一般患者不愿接受。研究发现双介入栓塞治疗能有效治疗上消化道出血, 部分性脾栓塞治疗又能在保持脾功能的前提下替代脾切除手术^[3]。现将我院肝硬化上消化道出血患者的双介入栓塞治疗情况详细报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2013 年 6 月~2014 年 5 月期间我院收治的 60 例肝硬化上消化道出血患者为研究对象, 入组标准: 临床表现、影像学检查结果与肝硬化门脉高压特征相符; 胃镜检查确诊胃底食管静脉曲张; 患者有 1 次以上上消化道出血史, 无其他上消化道出血诱因。排除标准: 存在凝血障碍或合并肝癌、肝肾综合征、腹膜炎、心肺功能不全及肝性脑病类患者。其中男性 38 例, 女性 22 例; 年龄 35~78 岁, 平均 (46.8 ± 1.2) 岁; 35 例有出血病史, 60 例患者都有一定程度低蛋白血症、贫血及腹水症状; 钡餐检查显示 60 例患者都存在食管胃底静脉曲张。首发症状为黑便、呕吐、上腹部不适、出汗、心悸; 35 例患者清醒、12 例患者嗜睡、5 例患者意识模糊、4 例昏睡、4 例昏迷。32 例患者血压及脉搏等体征正常, 12 例收缩压 9.98 kPa 左右、脉搏 110 次/分左右, 8 例收缩压低于 9.31 kPa 、脉搏超过 120 次/分, 2 例血压为 0。双介入栓塞治疗前 60 例

患者中 38 例白细胞计数低于 $4 \times 10^9/\text{L}$, 41 例血小板低于 $50 \times 10^9/\text{L}$ 。

1.2 治疗方法 ①经皮经肝胃冠状静脉栓塞术 (PTVE): 首先在局麻下实施 PTVE 术, 即经皮、肝穿刺食道进行胃底曲张静脉栓塞手术。选择 GE INNOVA-3100 C 型臂作为引导, 以 22G chiba 微创针在腋中线第 7~9 肋之间实施经皮、肝穿刺右支门静脉, 穿刺成功后将针芯拔出, 再将 0.018 短导丝经导针插入至脾静脉或者系膜上的静脉, 再推出套针, 将 6F PTCD 型号的套鞘 (COOK 公司生产) 经导丝植入, 将鞘心拔出后, 以外套管放置入门脉主干, 以套管同轴插入 4F 超滑猪尾导管, 在导丝引导下放入脾静脉内做造影, 范围为脾静脉、肝内外门静脉及上消化道静脉分流道等, 观察门静脉分流数量及位置、与周围解剖结构关系等。检测门静脉压力, 并更换 4F 超滑导管, 选择性插入曲张静脉当中, 先栓塞分流到较小的静脉末梢, 以无水酒精、明胶海绵小颗粒作为栓塞材料, 在分流道始末端使用弹簧圈 (带毛) 对分流道彻底栓塞。若分流静脉曲张严重或瘤样扩张则先进行弹簧圈栓塞, 在流速降低后再栓塞远端, 造影剂完全停滞说明栓塞完全。一般无水酒精用量为 15~40 ml。若胃肾分流道自发形成则以弹簧圈栓塞, 还要注意保护自发形成的脾肾分流道。完成栓塞后检测门静脉压力, 保留测压导管。②部分脾栓塞术 (PSE): 选择 Seldinger 法以 5F 导管穿刺股动脉插入脾动脉的主干部分, 实施造影确定脾脏结构及大小, 尽量将导管插入中下级动脉, 在实施栓塞前给予 2 ml 2% 利多卡因、8 万 U 庆大霉素, 以 2 mm×2 mm 明胶海绵颗粒栓塞部分 (50%~70%) 脾

脏,对于巨脾者要分次进行栓塞。术后对穿刺侧下肢制动 6~8 h、卧床休息 1 d,给予止痛、消炎、抑酸、护肝、支持治疗及对症治疗等等。

1.3 统计学方法 采用 SPSS 17.0 计量软件进行数据处理,计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,计量资料组间比较采用 t 检验,以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 手术前后静脉压变化比较 胃冠状静脉栓塞术后静脉压升高,治疗前后相比差异有统计学意义($P<0.05$);脾冠脉栓塞后静脉压快速降低($P<0.05$),见表 1。

表 1 手术前后静脉压变化 ($\bar{x}\pm s$,kPa)			
时间	<i>n</i>	PTVE	PSE
术前	60	3.68±0.12	4.28±0.25
术后	60	4.28±0.25	3.19±0.21
<i>t</i>		16.69	25.62
<i>P</i>		<0.05	<0.05

2.2 手术前后白细胞及血小板计数变化比较 术后 1 周及术后 1 年时复查白细胞及血小板计数水平明显高于术前,且手术前后相比差异具有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 手术前后白细胞及血小板计数变化 ($\bar{x}\pm s$, $\times 10^9/L$)			
时间	<i>n</i>	白细胞计数	血小板计数
手术前	60	3.05±1.26	51.55±10.28
术后 1 周	60	6.52±2.16 ^a	103.65±13.57 ^a
术后 1 年	55	5.69±2.17 ^a	118.32±13.65 ^a

注:与术前相比,a: $P<0.05$

2.3 术后再出血、并发症等发生情况 60 例患者中 57 例脾功能亢进症状好转,术后血小板基本恢复正常,另外 3 例症状无变化;术后 1 周 40 例患者进行胃镜复查,发现 25 例患者曲张消失,8 例患者有少量腹水存在,1 例患者在术后 2 周出现少量出血情况,对症治疗后大便隐血试验为阴性。60 例患者随访观察 1 年,3 例(5.00%)再次出血,未出现肝性脑病病例。

3 讨论

门静脉是脾静脉与肠系膜静脉属支汇合形成的一条粗而短的静脉干。门静脉系统与腔静脉系统间联系广泛,正常情况下这些循环内血流较少,当门静脉压升高超过 1.96 kPa 后,两个系统就会建立门-体侧支循环而导致血液逆流、开放性静脉迂曲或扩张,引起上消化出血,且以食管胃底处静脉为主,包括胃冠状静脉及

短静脉^[4]。这些静脉离门静脉很近,食管静脉在胸腔之内,吸气时为负压,所以,门静脉高压时此处静脉曲张最明显。另外,因这些静脉处在食管胃底交界处之上 1~3 cm,静脉液主要处在食管黏膜层,极易导致上消化道出血。PTVE 手术早在 1974 年就被证实可有效控制出血和降低出血性死亡率,短期止血效率可达 95%以上,且高于内镜治疗^[5]。栓塞治疗可人为性使得迂曲、扩张的静脉发生塌陷或消失,降低凶险性出血率^[6]。但值得注意的是 PTVE 仍属于一种姑息治疗,术后门静脉压力会因肝硬化病情进展而继续升高,又会建立新的侧支循环,此时胃病发生率也明显升高^[7]。所以,在实施 PTVE 时应首先栓塞头侧曲张静脉,延缓远端侧支的形成,末梢以较小栓塞物质,较大或近端曲张静脉以弹簧圈栓塞。PSE 术不仅能缓解脾功能亢进,还能保留其免疫功能,对患者创伤小,术后可快速恢复^[8]。PSE 术后脾动脉血供减少,脾静脉流向门静脉血流也减少,门脉高压得以降低^[9]。本组 60 例患者经双介入栓塞治疗(PTVE+PSE)后门静脉压明显下降,脾功能亢进症状也得到好转,白细胞及血小板计数明显升高,治疗效果良好。总之,双介入栓塞治疗肝硬化上消化出血效果良好,值得推广使用。

参考文献:

[1] 宋明芳. 护理干预在肝硬化并发上消化道出血患者中应用的效果评价[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(18): 7-8.

[2] 何荣梅. 应用醋酸奥曲肽(善宁)治疗肝硬化消化道出血疗效分析[J]. 健康之路, 2013, 12(9): 250-251.

[3] 孙顺吉, 蹇兆成, 刘淑萍, 等. 双介入术治疗肝硬化门静脉高压症并上消化道出血 128 例临床观察[J]. 山东医药, 2010, 50(35): 41-42.

[4] 匡大鹏. 奥曲肽联合普萘洛尔治疗肝硬化上消化道出血及其对血流动力学的影响[J]. 山东医药, 2011, 51(44): 96-97.

[5] 汤海. 硝酸甘油联合醋酸奥曲肽治疗肝硬化继发上消化道出血的疗效观察[J]. 蛇志, 2014, 26(1): 50-51.

[6] 沈燕. 雷贝拉唑肠溶胶囊致肝硬化患者神经系统不良反应 1 例[J]. 右江民族医学院学报, 2014, 36(6): 922, 925.

[7] 尹清芳. 醋酸奥曲肽治疗肝硬化上消化道出血 40 例疗效观察[J]. 中国实用医药, 2013, 8(17): 144-145.

[8] 左玉兰, 褚霞. 护理干预对肝硬化腹水患者预后影响的分析[J]. 右江民族医学院学报, 2014, 36(6): 949-950.

[9] 王彩莲, 高全乐. 肝硬化门脉高压并发上消化道出血患者的临床护理[J]. 中国实用护理杂志, 2010, 26(30): 21-22.

收稿日期: 2015-10-28; 修回日期: 2016-05-19