

左侧门脉高压症并上消化道出血的诊断与治疗(附 14 例临床分析)

潘一明 谢敏[△] 殷凯 包善华 常晓松 余仔军

(南京大学医学院附属鼓楼医院 普通外科 江苏 南京 210008)

摘要 目的 探讨左侧门脉高压症合并上消化道出血的诊断和治疗方法。方法 回顾分析我院近 10 年来收治的 14 例左侧门脉高压症合并上消化道出血患者的诊治措施和随访结果。结果 14 例患者均有呕血或(和)黑便史,无肝硬化、腹水及肝功能异常等表现。14 例患者中胰体尾占位 6 例,胰腺假性囊肿 4 例,慢性胰腺炎 4 例。14 例患者均采用手术治疗。9 例患者获得随访,定期内镜复查,曲张静脉明显改善或消失,随访 5 月~8 年均无再出血。结论 胰腺疾病病史、无肝硬化和肝功能正常、孤立性胃底静脉曲张和脾肿大及脾亢是诊断左侧门脉高压症的基本要点。该疾病可通过脾切除术或联合胃底周围血管离断术结合原发胰腺疾病的治疗来获得治愈。

关键词 左侧门脉高压症 脾切除术 胃底静脉曲张

中图分类号 R573.2 文献标识码 A 文章编号 1673-6273(2012)04-662-02

The Diagnosis and Treatment of Left-Sided Portal Hypertension with Upper Gastrointestinal Bleeding

PAN Yi-ming, XIE Min[△], YIN Kai, BAO Shan-hua, CHANG Xiao-song, SHE Zi-jun

(Department of general surgery, Nanjing Drum Tower Hospital, Nanjing 210008)

ABSTRACT Objective: To explore the diagnosis and treatment of left-sided portal hypertension with upper gastrointestinal bleeding. Methods: 14 cases of left-sided portal hypertension with upper gastrointestinal bleeding in our hospital were retrospectively analyzed. Results: All patients had history of upper gastrointestinal bleeding, but they had no cirrhosis, ascites and abnormal hepatic function. The underlying pancreatic diseases were pancreatic mass (n=6), pancreatic pseudocyst (n=4) and chronic pancreatitis (n=4). Nine patients were followed up for 5 months to 8 years, and there were no rebleeding. Conclusion: Pancreatic disease history, isolated gastric varices, splenomegaly and normal liver function could help to diagnose; left-sided portal hypertension could be cured by splenectomy or together with extensive devascularization around the cardia, but treatment to primary pancreas disease should be combined with.

Key words: Left-sided portal hypertension; Splenectomy; Gastric varices

Chinese Library Classification: R573.2 Document code: A

Article ID: 1673-6273(2012)04-662-02

前言

左侧门脉高压症又称区域性门脉高压症、局限性门脉高压症等,是引起上消化道出血的少见原因,约占肝外门脉高压症的 5%-10%^[1-2]。由于左侧门脉高压症是唯一可以治愈的门脉高压症,因此准确的诊断和及时的治疗尤为重要。作者近 10 年来共收治左侧门脉高压症合并上消化道出血 14 例,分析报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

14 例患者中男 8 例,女 6 例,年龄 31~75 岁,平均年龄 54.8 岁,均有呕血或(和)黑便史。12 例患者有不同程度腹痛,7 例患者可及腹部包块。8 例患者有脾肿大和脾功能亢进表现。14 例患者均无肝硬化、腹水及肝功能异常等表现。纤维胃镜、钡餐和超声内镜提示 14 例患者均有胃底静脉曲张,2 例患

者同时伴有食管下段静脉曲张。B 超、CT、MRI 和超声内镜等检查提示胰体尾占位 6 例,胰腺假性囊肿 4 例,慢性胰腺炎 4 例。慢性胰腺炎和胰腺假性囊肿患者从发病到出现门脉高压症的时间为 6 月~2 年,多普勒超声扫描、肠系膜上动脉数字减影造影(DSA)和 CT 门静脉成像提示 6 例患者有脾静脉栓塞或不同程度的狭窄。

1.2 治疗

4 例患者有失血性休克表现,经输血等抗休克治疗后病情稳定。14 例患者均行手术治疗。术中见脾脏不同程度瘀血性肿大,脾门区及上半胃周围可见不同程度扩张、迂曲的静脉血管,以胃网膜静脉血管尤为明显。肝脏形态质地正常,肠系膜上静脉和门静脉主干引流区域无扩张迂曲的静脉血管。术中测近脾门处网膜静脉压明显升高,自由门静脉压测定值均在正常范围。

12 例患者行脾切除术,切脾前先结扎脾动脉以减少术中出血,术中发现 4 例患者脾静脉内有血栓形成。所有患者行胃底及贲门周围血管离断术。4 例慢性胰腺炎患者中 3 例胰腺未予特殊处理,1 例同时行胰管空肠吻合。4 例胰腺假性囊肿患者中同时行囊肿切除 1 例,囊肿外引流 2 例,囊肿空肠 Roux-en-y

作者简介 潘一明(1968-)男,副主任医师,医学博士。从事胰腺和脾脏外科基础和临床研究。

[△]通讯作者 谢敏;E-mail: m-xie0828@medmail.com.cn

(收稿日期 2011-07-12 接受日期 2011-08-05)

内引流 1 例。6 例胰体尾占位患者中同时行胰体尾切除术 4 例,微波固化术 2 例,术后病理示神经内分泌肿瘤 2 例,胰腺癌 4 例。

2 结果

4 例胰腺癌患者术后 3 月~6 月死亡,9 例患者获得随访。定期内镜复查,曲张静脉明显改善或消失,随访 5 月~8 年均无再出血。

3 讨论

3.1 病因及发病机理

1939 年 Greenwald 和 Wasch 等首次描述了左侧门脉高压症的病理生理过程^[3]。左侧门脉高压症的根本原因是脾静脉的梗阻或栓塞。肠系膜上静脉和脾静脉在胰颈后方汇成门静脉主干。脾静脉走行于胰腺上后方,多种胰腺病包括慢性胰腺炎、胰腺假性囊肿、胰体尾肿瘤等既可因为水肿、细胞浸润及纤维化等压迫脾静脉,又可直接造成脾静脉内膜受损致脾静脉管腔变窄^[4,5]。胰腺疾病是引起左侧门脉高压症的主要病因,还有许多其他原因包括医源性脾静脉损伤、游走脾、结肠肿瘤浸润、肾周脓肿及自发性脾静脉血栓形成等^[6]。这些均可影响脾静脉回流,脾胃区静脉压增高,导致脾脏肿大和脾门侧枝循环形成^[1,7]。门脉高压仅限于左侧门静脉系统,80%患者出现孤立性胃底静脉曲张,20%患者脾静脉和奇静脉侧枝循环的形成可同时出现食管静脉曲张^[8]。本组病因全部是由胰腺疾病引起,12 例患者出现典型的孤立性胃底静脉曲张(见下图),2 例患者同时有食管和胃底静脉曲张。

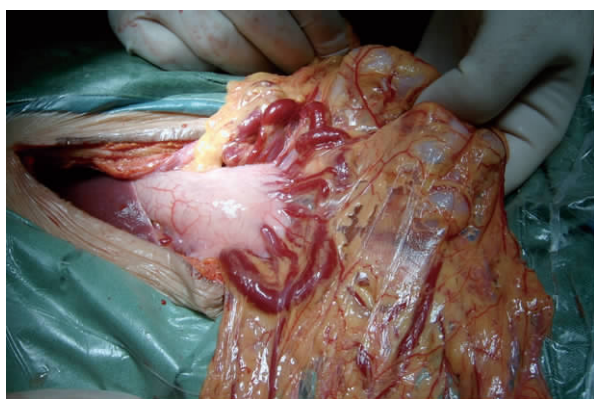


图 1 左侧门脉高压症患者孤立性胃底静脉曲张

Fig.1 The formation of isolated gastric varices in left-sided portal hypertension patients

3.2 诊断

左侧门脉高压症的主要表现为胰腺疾病和门脉高压两组症候群,本症的主要特点有:(1)有胰腺疾病;(2)伴或不伴上消化道出血的胃底或/和食管下段静脉曲张;(3)脾肿大和脾功能亢进;(4)无肝脏疾病或肝功能指标正常^[9]。没有肝病病史、肝功能检查正常或基本正常的胃底-食管静脉曲张应考虑左侧门脉高压症可能。如果同时有明确的原发性胰腺疾病更应考虑该病。胃镜对胃底静脉曲张有一定困难,超声内镜和气钡双重造影有助于提高诊断的准确性,确诊需依靠门静脉造影或/和

术中所见^[10]。随着影像技术的发展,无创的 CT 门静脉成像技术能显示脾静脉管腔狭窄或伴血栓形成^[11]。本组 14 例患者术前均确诊,其中 6 例患者多普勒超声扫描、肠系膜上动脉数字减影造影(DSA)和 CT 血管成像发现有脾静脉栓塞或狭窄表现。

3.3 治疗

左侧门静脉高压症是门静脉高压症中唯一能通过手术治愈的疾病。治疗的关键是阻断脾动脉供血,对于胃、食管静脉曲张破裂出血者,行脾切除术及胃体、食管周围血管离断术,治疗上还需要特别考虑原先胰腺疾病的治疗。对无脾功能亢进及消化道出血患者是否行预防性手术颇有争议^[12]。对于不能耐受手术或胰腺原发疾病不可能去除时,也考虑行脾动脉栓塞术,但有脾梗塞、脾脓肿、血管再通或再出血等危险^[13]。

左侧门静脉高压症治疗的重点是胰腺疾病的处理。一般来说胰体尾病变引起的门静脉高压症由于脾脏粘连可以同时进行胰体尾切除+脾切除术即可;对胰头部病变引起的门静脉高压症病人,在切除病变胰头后可以恢复门静脉血流,多数不需要切除脾脏^[14]。本组 14 例患者中胰腺良性疾病(慢性胰腺炎、胰腺假性囊肿和胰腺良性肿瘤)手术效果较好,而胰腺癌患者由于疾病本身的特点疗效较差,与文献报道类似^[15]。因此对胰腺癌引起的门脉高压症手术治疗要慎重。

参考文献(References)

- [1] Thompson RJ, Taylor MA, McKie LD, Diamond T. Sinistral portal hypertension[J]. Ulster Med J, 2006, 75(3):175-177
- [2] 刘全达,周宇新,张文智,等.区域性门脉高压症的诊治[J]. 中华消化杂志, 2005,25(3):131-133
LIU Quan-da, ZHOU Ning-xing, ZHANG Wen-zhi, et al. Treatment and diagnosis of segmental portal hypertension [J]. Chin J Dig, 2005 (3),26:131-133(In Chinese)
- [3] Greenwald HM, Wasch MG. The roentgenologic demonstration of esophageal varices as a diagnostic aid in chronic thrombosis of the splenic vein[J]. J Pediatr, 1939, 14:57-65
- [4] Singhal D, Kakodkar R, Soin AS, et al. Sinistral portal hypertension. A case report[J]. JOP, 2006,7(6):670-673
- [5] Joyce DL, Hong K, Fishman EK, et al. Multi-visceral resection of pancreatic VIPoma in a patient with sinistral portal hypertension[J]. World J Surg Oncol, 2008, 28(6): 80
- [6] Rodriguez-Framil M, Martinez-Rey C, Tomé S, et al. Two cases of segmental portal hypertension not associated with pancreatic disease [J]. Gastroenterol Hepatol, 2006, 29(9): 596-597
- [7] Tsuchida S, Ku Y, Fukumoto T, Tominaga M, Iwasaki T, Kuroda Y. Isolated gastric varices resulting from iatrogenic splenic vein occlusion: report of a case[J]. Surg Today, 2003, 33(7):542-544
- [8] Wani NA, Lone TK, Shah AI, et al. Malignant solid pseudopapillary tumor of pancreas causing sinistral portal hypertension [J]. Indian J Pathol Microbiol, 2011, 54(1):152-155
- [9] 张月宁,钱家鸣,陆星华,等. 胰腺疾病相关性门脉高压症 59 例临床分析[J]. 中华消化杂志,2006,26(11):721-725
ZHANG Yue-ning, QIAN Jia-ming, LU Xing-hua, et al. Pancreatic disease-associated portal hypertension: clinical analysis of 59 cases [J]. Chin J Dig, 2006, 26(11): 721-725 (In Chinese)

(下转第 669 页)

高,且可发生 RMS。糖尿病合并 RMS 最早由 Rainey 报道^[3],有研究显示^[4],DKA 和 HHS 并发横纹肌溶解的机率可高达 50%,但绝大多数为亚临床性横纹肌溶解。

RMS 是指各种原因引起横纹肌损伤,导致大量肌红蛋白,CK 和乳酸脱氢酶进入外周血的一种临床综合征。其主要临床特征为肌肉肿痛及茶色尿等,实验室检查以 CK 升高及血、尿肌红蛋白阳性为主要特征。CK 的升高是肌细胞膜破坏的重要标记,也是诊断 RMS 最特异的指标^[5]。目前,将 CK $\geq$ 1000U/L 作为 RMS 的诊断标准^[6,7]。

目前,临床上对 DKA 及 HHS 合并存在 RMS 认识不足,据文献报道^[8],DKA 及 HHS 合并 RMS 住院期间诊断率仅为 2.7%。本研究中仅有 1/3DKA 及 HHS 患者行肌酶学检查,这可能是合并横纹肌溶解患者漏诊的原因之一。但在行肌酶学检查的 DKA 及 HHS 患者中 CK 升高者约为 1/4,合并 RMS 患者占 7.7%,提示 DKA 及 HHS 易合并横纹肌溶解。且合并 CK 升高患者血清尿素氮及肌酐升高,可能更易发生急性肾功能不全,与国内外研究^[8-11]结果相似。同时,本研究结果还显示,合并 CK 升高的 DKA 及 HHS 患者住院时间更长,但出院时每公斤体重胰岛素剂量减少,其中 1 例患者出院后未用任何降糖药亦可良好控制血糖,CK 可作为衡量病情严重程度的指标之一,合并横纹肌溶解时患者病情更重,需住院时间更长,但是合并 CK 升高患者经治疗后每公斤体重胰岛素剂量更少。

DKA 及 HHS 引起横纹肌溶解的具体机制不详,可能与能量和代谢等改变导致骨骼肌细胞的完整性被破坏有关,如血浆渗透压改变、酸中毒、胰岛素抵抗和(或)胰岛素缺乏致碳水化合物利用下降及应激状态下胰高血糖素、肾上腺素、皮质醇和生长激素等升高有关。上述多种因素联合可能促使并加重横纹肌溶解的发生,但其确切机制仍有待于进一步证实。

DKA 和 HHS 是糖尿病严重的急性并发症,易合并 CK 升高,其中一部分为 RMS,而合并 CK 升高患者住院时间更长,易发生急性肾功能不全,病情更危重,但是经治疗后胰岛素用量更少。因此,DKA 及 HHS 患者应常规检测肌酶谱,提高 RMS 的诊断率,预防急性肾功能不全发生,保护肾脏,改善患者胰岛 β 细胞功能,缩短住院时间。

参考文献(References)

- [1] 黄卫红. 12 例以腹痛为首表现的糖尿病酮症酸中毒 [J]. 重庆医学,2006,35(10):908
JIANG Wei-hong. Twelve cases of diabetic ketosis acidosis represent by bellyache[J]. Chongqing Medicine, 2006,35(10):908
- [2] Kitabchi A, Umpierrez G, Murphy M, et al. Management of hyperglycemic crises in patients with diabetes [J]. Diabetes Care, 2001,24(1):131-153
- [3] Rainey R, Estes P, Neely C, et al. Myoglobinuria following diabetic acidosis: with electromyographic evaluation [J]. Arch Intern Med, 1963,111(5):564-571
- [4] Joffe V, Abrahamson J. Case study: Tea-colored Urine in a patient with diabetic ketoacidosis[J]. Clinical diabetes,2004,22(4):197-198
- [5] Criddlel. Rhabdomyolysis: Pathophysiology, recognition, and management[J]. Critical Care Nurse, 2003, 23(6): 14-30
- [6] Mannix R, Tanm L, Wright R, et al. Acute pediatric rhabdomyolysis: causes and rates of renal failure[J]. Pediatrics,2006,118(5):2119-2125
- [7] Meli G, Chaudhry V, Comblath R. Rhabdomyolysis: An evaluation of 475 hospitalized patients[J]. Medicine,2005,84(6):377-385
- [8] 杨艳, 张学军, 鲜杨, 等. 糖尿病高渗状态下横纹肌溶解症的临床分析[J]. 四川医学,2008,29(9):1128-1130
Yang Yan, Zhang Xue-jun, Yang Xian, et al. Rhabdomyolysis secondary to diabetic hyperglycemic hyperosmolar state[J]. Sichuan Medical Journal,2008,29(9):1128-1130
- [9] Wang L, Tsai S, Ho L, et al. Rhabdomyolysis in diabetic emergencies [J]. Diabetes Res Clin Pract, 1994,26(3): 209-214
- [10] 桂书彦, 张木勋. 糖尿病急症并发横纹肌溶解综合征临床分析[J]. 临床内科杂志, 2006,23(10):701-702
Gui Shu-yan, Zhang Mu-xun. Clinical analysis of diabetes emergency concurrency striated muscle dissolve syndrome[J]. Journal of Clinical Internal Medicine, 2006,23(10):701-702
- [11] 池莲祥, 聂本遂, 李秀钧. 糖尿病酮症酸中毒及(或)高渗状态横纹肌溶解症 6 例回顾分析[J]. 中国糖尿病杂志, 2007,15(8):490-491
Chi Lian-xiang, Nie Ben-sui, Li Xiu-jun. The retrospective investigation of rhabdomyolysis in 6 patients with diabetic ketoacidosis or hyperosmolar hyperglycemic state [J]. Chinese Journal of Diabetes, 2007,15(8):490-491
- [12] 朱化刚, 耿小平. 胰源性门脉高压症[J]. 肝胆外科杂志, 2003,11(2): 90-92
Zhu Hua-gang, Geng Xiao-ping. Pancreatic segmental portal hypertension[J]. Journal of Hepatobiliary Surgery, 2003, 11(2):90-92 (In Chinese)
- [13] 覃智颖, 张应和, 潘小舟, 等. 多层螺旋 CT 血管造影在胰源性区域性门脉高压症的诊断价值 [J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2010, 8(6): 41-44
Tan Zhi-ying, Zhang Ying-he, Pan Xiao-zhou, et al. Value of multi-slice spiral CT angiography in diagnosing of pancreatic segmental portal hypertension [J]. Chinese Journal of CT and MRI, 2010, 8(6): 41-44 (In Chinese)
- [14] Izbicki JR, Yekebas EF, Strate T, et al. Extrahepatic portal hypertension in chronic pancreatitis: an old problem revisited[J]. Ann Surg, 2002, 236(1): 82-89
- [15] 庞尊中, 顾福嘉, 何强, 等. 经皮选择性脾栓塞治疗胰源性区域性门脉高压症(附 1 例报告)[J]. 贵州医学杂志, 2007, 31(3):260
Pang Zun-zhong, Gu Fu-jia, He Qiang, et al. Embolisation of the splenic artery for treatment pancreatic segmental hypertension (one case report)[J]. Guizhou Medical Journal, 2007, 31(3):260 (In Chinese)
- [16] Alexakis N, Sutton R, Raraty M, et al. Major resection for chronic pancreatitis in patients with vascular involvement is associated with increased postoperative mortality [J]. Br J Surg, 2004, 91 (8): 1020-1026
- [17] Hwang TL, Jan YY, Jeng LB, et al. The different manifestation and outcome between pancreatitis and pancreatic malignancy with left-sided portal hypertension. Int Surg, 1999, 84(3):209-212