介入治疗布加综合征 32 例临床分析

崔 健 （亳州市人民医院，安徽 亳州 236800）

［摘 要］ **目的** 探讨介入治疗在布加综合征患者中的应用效果。**方法** 采用彩色多普勒超声与 DSA 联合引导下介入治疗布加综合征患者 32 例，探讨其临床效果。**结果** 手术成功率为 90.6%（29/32），其中置入下腔静脉支架 11 枚。术中均未发生肺动脉栓塞等严重并发症，无术中死亡病例。术后并发症发生率为 12.5%（4/32），其中急性肾功能衰竭 1 例，经治疗无效死亡；急性心功能衰竭 2 例，经抗心力衰竭治疗后症状明显好转；另有 1 例患者于肝静脉破膜、扩张后当天出现血性腹水，予止血、抗感染治疗后好转。随访期间复发率为 9.7%（3/31）。**结论** 介入治疗在布加综合征患者中能够以较小的创伤、较快的恢复速度取得较为理想的治疗效果，目前已逐渐成为该病治疗的首选方法。

［关键词］介入治疗；布加综合征；疗效
［中图分类号］R657.3 ［文献标识码］A ［文章编号］1672-5042(2014)02-0195-02

Clinical analysis of interventional therapy in 32 patients with budd-chiari syndrome

CUI Jian （People's Hospital of Bozhou, Bozhou Anhui 236800, China）

Abstract: Objective To discuss the clinical effects of interventional therapy in patients with BCS. **Methods** 32 patients with BCS were treated with interventional therapy under the guidance of color Doppler ultrasound and DSA, and the clinical effects were analysed. **Results** The success rate was 90.6% (29/32), and 11 inferior vena cava stents were implanted. There was no serious complications such as pulmonary embolism, no intraoperative deaths. Postoperative complication rate was 12.5% (4/32), including 1 case of acute renal failure who died with treatment failure, 2 cases of acute heart failure, who recovered after the anti-heart failure treatment, and 1 case of bloody ascites because of hepatic vein rupture who recovered after hemostasis and anti-infective therapy. The recurrence rate was 9.7% (3/31) during the follow-up. **Conclusion** Intervention therapy can obtain a more desired therapeutic effect with smaller trauma, faster recovery in patients with BCS, and it is becoming the preferred treatment method gradually.

Keywords: interventional therapy; Budd-Chiari syndrome; clinical effects

布加综合征（Budd-Chiari syndrome，BCS）是由肝静脉流出道或下腔静脉肝段完全或不完全阻塞引起的血液回流障碍性疾病，主要临床表现为门静脉高压或下腔静脉高压两大症候群，不仅在临床较为罕见，且诊断与治疗也是个难题[1-2]。随着近年来对该病认识的不断提高及医学影像技术的不断发展，其检出率也逐渐增多[3]。关于该病的治疗，目的在于有效降低肝门静脉及下腔静脉压力，从而改善血液回流。传统的抗凝药物治疗难以从根本上解决问题，手术及介入则可有效恢复血液回流，减轻临床症状[4]。我院采用介入治疗 BCS 患者 32 例，现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

我院 2006 年 1 月至 2012 年 6 月收治 BCS 患者 32 例，其中男 19 例，女 13 例；年龄 26～54 岁，平均（37.6±13.7）岁；病程 1～13年。所有患者均表现为不同程度上腹部饱胀不适感，查体均可见不同程度肝、脾肿大，双下肢水肿，双下肢、右腰部及胸腹壁浅静脉曲张。合并腹水患者 8 例，其中少量腹水 5 例，中量腹水 2 例，大量腹水 1 例。所有患者经腹部超声检查均可见肝静脉迂曲扩张，且存在交通支，门静脉宽度在 1.1～1.5 cm，肝静脉最粗处可达 1.9 cm。超声检查下腔静脉远心端宽度最大为 3.1 cm，近心端明显狭窄者 8 例，闭塞者 12 例；脾脏厚度达 4.3～7.1 cm。下腔静脉造影检查显示：下腔静脉节段性狭窄合并肝静脉闭塞者 4 例，下腔静脉节段性阻塞合并肝静脉闭塞者 5 例，下腔静脉隔膜型阻塞合并肝静脉闭塞者 5 例，下腔静脉隔膜型阻塞合并肝静脉良好畅通者 18 例。

1.2 方法

1.2.1 下肢静脉介入操作 于数字减影血管造影（DSA）及彩色多普勒超声联合引导下，行颈内静脉或股静脉 seldinger 插管，并进行下腔静脉压力测试及下腔静脉造影，了解病变的范围、性质及肝静脉通常情况、远端血栓形成及侧枝循环形成情况。对于上述观察中未见远端新鲜血栓、隔膜有孔或长、短段狭窄者直接进行扩张；而对于隔膜无孔者，则需硬导丝将隔膜穿破，若穿破失败则改用 Rups100 进行穿刺，注意穿刺位置，避免穿破下腔静脉。待突破感消失，注入造影剂确认穿刺成功后，经导管鞘将直径 2.5 cm、长 4.0 cm 的球囊置于病变处，退出外鞘，使用 4 个大气压将稀释了的造影剂 15～20 mL 注入球囊进行病变处扩张，满意后于较短狭窄闭塞段或扩张后有明显切迹的隔膜型或较长段狭窄者则给予直径 3.0 cm、长 5.0 cm 或7.5 cm腔静脉支架置入，并使用球囊再次于支架内进行扩张。重复测试下腔静脉压力，并造影检查其通常情况，通常良

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201402034
［收稿日期］2013-10-13 ［修回日期］2013-10-29

好则退出导管,压迫伤口 10 min,并加压包扎。

1.2.2 肝静脉介入操作 平卧位,于右侧腋中线第 8 肋间使用 9G 型号肝穿刺针对肝静脉进行穿刺,了解其阻塞程度、阻塞部位以及交通支情况。之后交换导丝及 6F 管,并使用硬导丝将闭塞部位穿破,经造影检查证实导管进入下腔静脉之后,使用 12 mm 直径的球囊进行肝静脉病变处扩张,扩张满意后将导管退出,并沿导管向肝穿刺的针道处塞入小块明胶海绵,导管退出肝脏前针道无出血即可完成手术。

2 结果

手术成功 29 例,失败 3 例,成功率为 90.6%。3 例失败患者中 2 例为下腔静脉隔膜型阻塞病变,均为破膜扩张失败,另 1 例失败患者为肝静脉闭塞患者,因反复穿刺导致下腔静脉侧壁穿破。3 例失败患者均改行根治性手术治愈。本组患者共置入下腔静脉支架 11 枚,出院前检查均无支架移位现象。治疗成功患者出院时经腹部超声检查均显示肝、脾较前明显回缩。

4 例患者出现并发症,发生率为 12.5%。其中急性肾功能衰竭 1 例,经治疗无效死亡;急性心功能衰竭 2 例,经抗心力衰竭治疗后症状明显好转;另有 1 例患者肝静脉破膜、扩张后当天出现右上腹疼痛,经腹腔穿刺抽出血性腹水,给予止血剂、抗生素治疗 2 d 后明显好转。除 1 例死亡外,其余 31 例患者出院后均获良好随访,随访时间 12 ~ 89 个月,平均(51.2 ± 36.7)个月。随访期间 3 例复发,均为短节段闭塞型下腔静脉病变患者,复发率为 9.7%。

3 讨论

BCS 的病因及其发病机制较为复杂,且不同国家地区患者病理类型也不尽相同,该病的确切病因目前尚未完全明了[5-6]。该病主要是因为各种原因导致的主肝静脉出口或肝后段的下腔静脉血流阻力增高造成的门静脉高压或下腔静脉高压综合征。因此临床主要表现为肝脾肿大、脾功能亢进、顽固性腹腔积水、上消化道出血、胸腹壁浅静脉曲张及下肢水肿、色素沉着等[7]。关于该病的诊断,近年来随着超声、MRI、DSA 等影像学技术的不断进展,该病诊断准确性也有了较大提高。影像学检查可体现患者下腔静脉近心端的病变,同时对于肝静脉闭塞情况及肝脾肿大、腹水等情况也可有较为详尽的了解[8]。

关于 BCS 的治疗,因该病病理类型及病因具有国家和地域差异,故治疗方式的选择上也具有较大差别。西方国家多认为该病为急性血栓形成导致,故治疗多采用抗凝剂经颈肝内门体分流术(TIPS),而采用介入球囊扩张或支架置入治疗较少[9]。在我国,虽然溶栓抗凝等内科治疗方法显示的疗效不尽人意,但仍可作为介入或外科手术无法进行或难以起效时的过度措施[10]。外科手术虽然能够取得较为理想的效果,且能够作为介入治疗难以进行或治疗失败的补救措施,但因患者需接受较大创伤,加之近年来介入治疗技术水平的不断提高及医学界微创观念的日益更新,逐渐有被介入治疗所取代之趋势[11]。32 例 BCS 患者中成功介入治疗 29 例,腹部超声检查均显示患者肝、脾肿大明显好转,说明介入治疗在 BCS 患者中能够取得较为满意的疗效。但介入治疗过程中单纯的破膜及球囊扩张难以从根本上解决问题,故支架置入即显示出其独特的优势。另外通过实践可了解到,彩色多普勒超声与 DSA 联合监视下实施介入手术可更加准确地了解病变位置、程度,提高了破膜、球囊扩张及支架置入的准确性,同时能够在上述治疗后立即进行效果监测。但在临床应用中仍应注意一下几点:①应严格把握适应证与禁忌证,对于下腔静脉病变远端大块新鲜血栓患者,应避免直接扩张及支架置入,以免导致肺栓塞等;②严禁只求穿刺成功导致的血管穿透、血肿形成或心包填塞等严重并发症的发生;③对于介入难以成功或预计疗效较差者,应及时中转外科手术治疗[12]。

综上所述,介入治疗在 BCS 患者中能够以较小的创伤、较快的恢复速度取得较为理想的治疗效果,目前已逐渐成为该病治疗的首选方法。但在临床实际操作中应注重多种影像学手段的联合应用,严格把握适应证,谨慎操作,以避免并发症的发生。

[参考文献]

[1] 张 静,朱子清,王 慧,等. 青少年布加综合征临床特征分析[J]. 医学理论与实践,2013,26(6):703 - 704.

[2] 孙振阳,芮清峰,刘允乐. 38 例肝静脉膜型布加综合征诊治分析[J]. 安徽医药,2013,17(5):795 - 796.

[3] 乔师师,党晓卫,徐大千,等. 布 - 加综合征下腔静脉病变隔膜形态学特征研究[J]. 中华实验外科杂志,2012,29(8):1598 - 1600.

[4] 舒 畅,罗明尧,姜晓华,等. 介入和外科手术治疗布加综合征 39 例诊治体会[J]. 中国现代手术学杂志,2011,15(1):47 - 51.

[5] 党晓卫,吴 阳,李 捷,等. 布 - 加综合征下腔静脉病变隔膜相关基因筛选及其靶基因分布预测[J]. 中华实验外科杂志,2011,28(10):1696 - 1698.

[6] 卢 冉,高 涌,聂中林,等. 置管溶栓联合球囊扩张治疗布加氏综合征合并下腔静脉血栓[J]. 解剖与临床,2012,17(3):226 - 229.

[7] 徐树彬,李 亮,崔进国,等. 布 - 加综合征合并上腔静脉阻塞诊治分析[J]. 临床误诊误治,2012,25(5):9 - 11.

[8] 沈培璞,王兴田. 布-加综合征影像学的诊断价值比较[J]. 徐州医学院学报,2013,33(2):111 - 113.

[9] 孙玉岭,王志伟,马秀现,等. 布 - 加综合征合并肝脏结节的影像学诊断[J]. 中华消化外科杂志,2012,11(6):556 - 560.

[10] 高 涌. 布 - 加综合征治疗方法的选择[J]. 临床外科杂志,2007,15(3):153 - 155.

[11] 孙尚锋,黄宏伟,曹 峰,等. 布加综合征治疗的研究进展[J]. 中国现代普通外科进展,2011,14(1):52 - 54.

[12] 李晓强,芮清峰,孟庆友,等. 肝静脉球囊扩张、支架置入术治疗下腔静脉长段闭塞型布加综合征[J]. 中华普通外科杂志,2012,27(7):551 - 553.

(编辑:魏 源)