维普资讯 http://www.cqvip.com

第24卷 第3期 重庆医科大学学报 Vol.24 No.3
1999 ACTA UNIVERSITATIS SCIENTIAE MEDICINAE CHONGQING 1999

脾门淋巴结核致左侧门脉高压1例报导

临床学院消化内科 张 霞* 唐承薇

结核病及门脉高压在临床上常见,但由脾门淋巴结核肿块致胃短静脉回流障碍引起的左侧门脉高压则未见报导。我院在近期收治一例,报告如下。

患者,男,57岁,教师,因"反复腹胀14年伴解黑大便4天"于1998年10月19日入院。入院前14年无明显诱因出现中上腹胀,与饮食无关。不伴腹痛、呕吐、腹泻。未行进一步的诊治。3年前因发现左下腹包块在院外手术,术后确诊为腹腔淋巴结结核。未给予抗痨治疗。入院前4天患者腹胀加重,解黑大便2次共约500g,未呕血,晕厥一次。患病以来精神、食欲可。无发热、消瘦。小便正常,既往史无肝炎病史。个人史及家族史无特殊。查体:BP19/11Kpa,P110次/分,中度贫血貌,皮肤巩膜无黄染。未见毛细血管扩张及蜘蛛痣。心肺无异常发现。腹平软,左下腹可见一纵形长约12cm的手术疤痕。未见腹壁静脉曲张。腹无压痛,未及腹块,肝脾未扪及。移浊(-)。拟诊为胃溃疡?胃癌?收入院。

入院后查大便隐血(--)。血常规:WBC 2.4×109/L,Hb 49g/L,pt 58×109/L。肝功:TP 55g/L,ALB 38g/L,A/G 2.2,余无异常。乙肝病毒标志物:HBsAg(-),抗HBc(-),抗HBe(-),余(-)。胸透心肺正常。B超:脾大。胃镜:胃底静脉曲张,胃体后壁新生物性质待定。胃粘膜活检病理报告:胃体后壁粘膜轻度炎症。尽管胃粘膜病理未能诊断胃癌,但考虑胃体后壁新生物性质不明又伴有门脉高压,遂在全麻下行剖腹探查术。术中未见腹水及腹膜结节。肝质稍硬,未见结节。贲门周围血管尤以胃短,胃左静脉显著扩张,切开胃体探明胃体后壁静脉曲张呈肿块状。未见溃疡及新生物。脾脏肿大约20×18cm,脾门区有一肿块约5×6cm,致密,边界不清。手术标本病理报告:1.脾门肿块系结核病变。2.肝脂肪变性。3.慢性肝炎。术后给予异烟肼0.3 qd,利福平0.45qd,乙胺丁醇0.75qd抗痨治疗。术后恢复良好。出院诊断:1.脾门淋巴结核并发左侧门脉高压。2.慢性肝炎。

讨论

门静脉分支主要有胃冠状静脉、脾静脉、肠系膜上、下静脉。单独脾静脉阻塞引起脾大及胃短静脉回流受阻进一步导致胃底静脉曲张而不伴有食道下段静脉曲张称为左侧门脉高压或区域性门脉高压。脾静脉阻塞的常见原因为胰腺疾病如:胰腺肿瘤、慢性胰腺炎等。本例左侧门脉高压系脾门淋巴结核肿块压迫脾静脉所致。从病因上来讲,实属少见。此外,胃体后壁的曲张静脉呈瘤样隆起,易被视为新生物。是内镜医师应吸取的经验教训。

结核病的防治仍是当今我国的一个重要的公共卫生问题。一些不典型的、部位特殊的结核病时有报导。本例3年前第一次诊断腹腔淋巴结结核后未予抗痨治疗,致疾病反复发作,且部位特殊,其临床诊治经过增加了临床医师对结核病表现的多样性的进一步认识。

参 考 文 献

1. 黄志强. 现代腹部外科学.长沙:湖南科技出版社 1994,367
2. 陈东风, 等. 左侧门脉高压症.实用内科杂志 1993: 13:46

* 女,1962-11出生,主治医师