doi:10.11659/jjssx.12E023038

·病例报道·

胰源性门静脉高压症伴出血1例

李泽斌[1],欧阳婷[2],周 焱[3],王俊诸[4],胡佳晗[5] (1.中南大学湘雅三医院普外科,湖南 长沙 410013;2.长沙医学院第一临床学院,湖南 长沙 410219;3.长沙医学院口腔医学院,湖南 长沙 410219;4.长沙医学院医学检验学院,湖南 长沙 410219;5.长沙湘衡康复医院内科,湖南 长沙 410205)

Pancreatic sinistral portal hypertension with bleeding: a case report

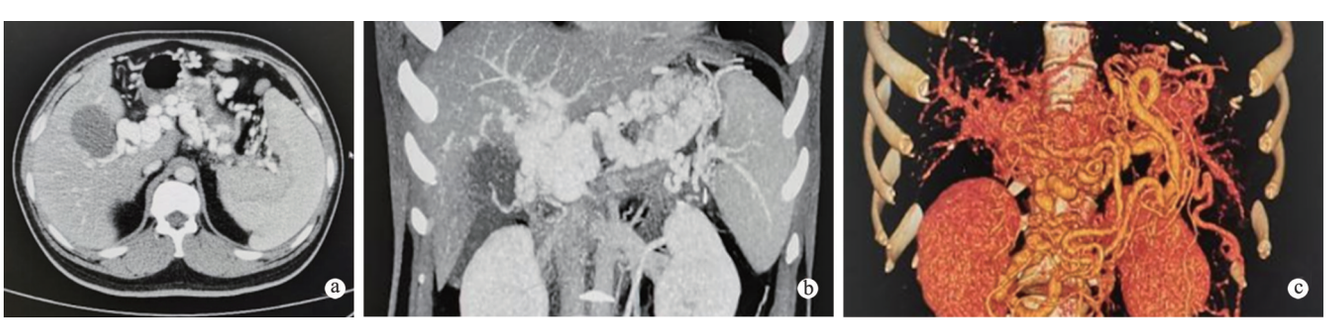
LI Ze-bin[1], OUYANG Ting[2], ZHOU Yan[3], WANG Jun-zhu[4], HU Jia-han[5] (1.Department of General Surgery, Xiangya Third Hospital of Central South University, Changsha Hunan 410013, China; 2.First Clinical College, Changsha Medical University, Changsha Hunan 410219, China; 3.School of Stomatology, Changsha Medical University, Changsha Hunan 410219, China; 4.School of Medical Laboratory Science, Changsha Medical University, Changsha Hunan 410219, China; 5.Department of Internal Medicine, Changsha Xiangheng Rehabilitation Hospital, Changsha Hunan 410205, China)

[关键词]门静脉高压症;胰源性;慢性胰腺炎;脾肿大;个体化
[中图分类号]R657.3+4 [文献标志码]B [收稿日期]2023-12-10

胰源性门静脉高压症(pancreatic sinistral portal hypertension,PSPH)是一种胰腺相关疾病,会引起脾静脉受压、闭塞或狭窄,导致脾静脉血流受阻、脾静脉压增高,进而发生脾肿大伴或不伴胃静脉曲张的肝外型门静脉高压症[1],一般无其他导致肝疾病的病因,无内脏静脉血栓病因,临床上较为罕见[2-3]。与典型的门静脉高压症不同,PSPH属于不伴肝硬化的肝外区域性门静脉高压症,占所有门静脉高压症的4%~5%,当合并胃静脉曲张破裂出血时可危及生命,但也是目前唯一可治愈的门静脉高压症类型[4]。因此,做到及时诊治对挽救患者生命具有重要意义,但目前尚无针对该类疾病的治疗规范[5]。2023年笔者所在诊疗组成功救治了1例确诊为PSPH合并高血糖、高血脂的患者,现将该患者的诊治措施报道如下,以期为临床上规范化治疗PSPH提供参考。

1 资料与方法

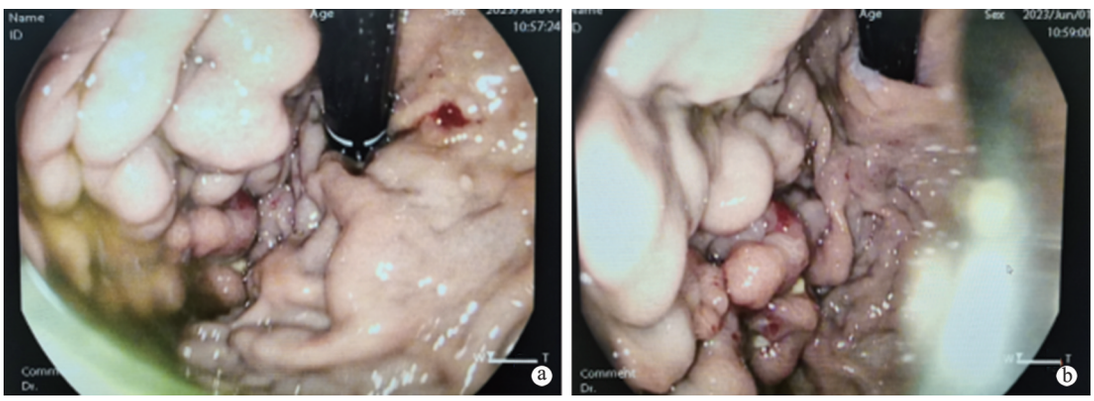
患者,男,35岁,因反复腹痛9年余,间断黑便、呕血2个月余,再发呕血1 d,于2023年5月26日入院,既往多次因胰腺炎就诊。查体:肺部无明显阳性体征,腹部仅有肠鸣音亢进,无其他明显阳性体征。腹部三维CTA检查提示慢性胰腺炎,合并假性囊肿形成,胰尾、胰头见团片状低密度影(图1a),胃黏膜下、胃周见多处迂曲增粗静脉丛(图1b),脾门区部分血管似与胃旁迂曲血管相连(图1c)。超声内镜检查提示门静脉压力梯4 mmHg,胃左静脉压力梯8 mmHg,胃底、胃体多发静脉曲张(图2)。血常规提示重度贫血(血红蛋白58 g/L)、随机血糖17.29 mmol/L、糖化血红蛋白8.1%、三酰甘油2.49 mmol/L、肝肾功能检查阴性、IgG4相关自身免疫阴性。诊断:胃底静脉曲张破裂出血、PSPH。拟暂保守治疗,予以输血、三联止血(特利



a:胰腺CTA成像;b、c:胃周、脾门多发迂曲静脉丛

图1 术前腹部三维CTA图像

[通信作者]胡佳晗,E-mail:845558138@qq.com



a:胃体静脉曲张;b:胃底静脉曲张

图2 术前超声内镜图像

加压素+艾司奥美拉唑+矛头蝮蛇血凝酶联合使用3 d,第4天将三联调整为生长抑素,连续使用3 d巩固)、胰岛素泵调控血糖、调血脂(非诺贝特+阿托伐他汀钙)及补液等对症支持治疗。

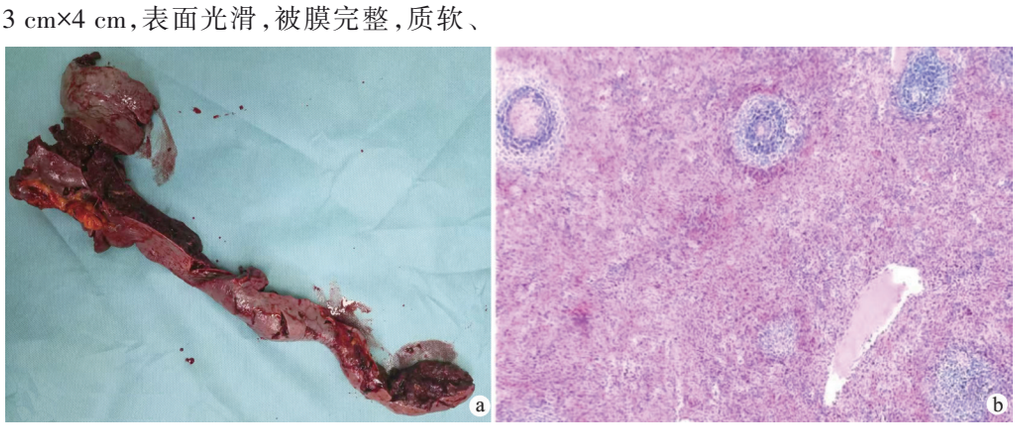
经积极保守治疗后,患者一般情况恢复可,头晕、乏力、纳差症状明显缓解,血常规示血红蛋白90 g/L,血糖控制良好。为预防门静脉高压症引发消化道再出血,待患者生命体征平稳后于2023年6月14日行全脾切除术+胃底血管离断术。

2 结果

全脾切除术+胃底血管离断术后取出脾标本1个,大小15 cm×13 cm×4 cm,表面光滑,被膜完整,质软、均质状,灰红、灰褐色(图3a)。病理观:结合临床考虑慢性淤血性脾肿大,灶性被膜增生并玻璃样变,脾门处淋巴结1粒,呈反应性增生(图3b)。

患者术后1~2 d出现头晕不适,考虑镇痛泵引起,撤除镇痛泵后症状缓解。住院期间未再发呕血。经全脾切除术+胃底血管离断术治疗后,该患者血红蛋白、血小板逐渐升高,随机血糖逐渐恢复至正常范围,见表1。

术后多次复查脾窝引流管引流液(腹水淀粉酶)指标均阴性,实验室相关指标均明显改善,于2023年6月19日出院。出院后1个月随访,患者一般情况良好,血常规、生化指标基本正常。



a:脾肉眼观;b:脾病理图(×40)

图3 脾标本及病理图片

3 讨论

PSPH也称左侧门静脉高压症,是指由于胰腺疾病及其并发症引起脾静脉病变,使得脾静脉回流受阻,压力增高,侧支循环开放,表现为脾肿大和脾胃区静脉压增高的一系列临床综合征[6]。PSPH的临床表现包括腹痛、腹泻、黑便、贫血,但部分患者仅出现一些轻微的症状,如体质量减轻、肌肉酸疼、腰腿酸软、肝功能受损等[7]。本例患者因多次胰腺炎复发并呕血入院,急诊行内镜治疗,未见明显出血点,予以胃镜下硬化剂注射联合药物治疗,即特利加压素+艾司奥美拉唑+矛头蝮蛇血凝酶连续使用3 d,后续桥接生长抑素3 d。该止血方法在72 h内止血率在90%以上,再

表1　主要实验室检查指标的动态观察

时间	血红蛋白(g/L)	白细胞($\times10^9$/L)	血小板($\times10^9$/L)	白蛋白(g/L)	随机血糖(mmol/L)
术前19 d	70	8.13	201	36	16.5
术前9 d	58	2.18	158	33.9	10.9
术前2 d	70	6.28	203	37.7	7.6
术后1 d	85	11.96	194	30.9	7.1
术后2 d	87	9.54	354	31.5	4.9
术后3 d	90	5.32	406	33.3	5.7

出血率为6%左右[8]。患者恢复可,生命体征平稳,为预防消化道再出血,拟行全脾切除术+胃底血管离断术,该方法优势在于操作简便,易于推广,不仅能够治疗胃底血管曲张破裂出血,且无胃底血管再曲张的表现,还能有效治疗PSPH患者脾功能亢进、消化道出血等症状[9]。

根据该病例并结合文献复习,我们总结PSPH的治疗经验如下:①在没有明显出血或脾功能亢进的情况下,通常只需进行定期监测即可;②如果存在反复消化道出血、脾功能亢进,或经内镜检查显示胃底静脉曲张,需行脾切除术,但不推荐先采用脾动脉栓塞技术再进行脾切除术,因为这种技术仅是一种临时措施,可能会带来一些潜在的风险,如脾坏死、感染、脓肿等;③如果术中存在胰腺和毗邻器官大面积钙化、纤维化,术中很难显露脾动脉,为避免术中大出血,建议行开腹手术;④脾切除后,为检查是否存在胰漏的可能,需在术后第2天、第4天复查脾窝引流管腹水淀粉酶,结果均在180 U/L以下方可拔除引流管,反之则需延长拔管时间;⑤术后通常伴有门静脉血栓形成,应嘱患者至少连续服用3个月的利伐沙班片,并定期复查。

[参考文献]

[1] 任加强,武　帅,韩　亮,等. 胰源性门静脉高压症治疗进展[J]. 中国普外基础与临床杂志,2022,29(8):992-996. doi:10.7507/1007-9424.202204046.

[2] 朱化刚,耿小平. 胰源性门静脉高压症[J]. 肝胆外科杂志,2003,11(2):90-92. doi:10.3969/j.issn.1006-4761.2003.02.005.

[3] 李文斌,朱朝庚,向兴华,等. 胰源性门静脉高压症的诊断和外科治疗:附20例报告[J]. 中国普通外科杂志,2021,30(3):365-368. doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2021.03.016.

[4] 余道武,苟　毅,周　健,等. 胰源性区域性门脉高压症术后并发胃结肠瘘1例[J]. 重庆医学,2015,44(4):573-574. doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.04.055.

[5] 杨益波,余保平. 胰源性门脉高压症32例临床分析[J]. 胃肠病学和肝病学杂志,2020,29(7):805-809. doi:10.3969/j.issn.1006-5709.2020.07.016.

[6] 周尊强,周光文. 重视胰源性门静脉高压症的诊治[J]. 中华肝脏外科手术学电子杂志,2017,6(4):251-253. doi:10.3877/cma.j.issn.2095-3232.2017.04.004.

[7] 涂广平,孙吉春,刘云飞,等. 胰腺炎引起胰源性区域性门脉高压临床诊疗经验探讨[J]. 肝胆外科杂志,2019,27(6):418-422. doi:10.3969/j.issn.1006-4761.2019.06.007.

[8] 邱若琼,廖多地,刘　鹏. 胰源性门脉高压并胃静脉曲张破裂出血研究进展[J]. 中国现代手术学杂志,2022,26(2):149-154. doi:10.16260/j.cnki.1009-2188.2022.02.014.

[9] 梁　荣,苗春木,汪伟民,等. 胰源性门静脉高压症的手术治疗现状和展望[J]. 局解手术学杂志,2022,31(12):1099-1102. doi:10.11659/jjssx.05E022093.

(编辑:魏　源)