

部分性脾动脉栓塞术的临床应用

成峰 朱德翠

部分性脾动脉栓塞术治疗门脉高压伴脾功能亢进症(简称脾亢)疗效确切,已经为临床接受。我院自 1991 年 5 月开展这项工作,并对 12 例门脉高压伴“脾亢”病人进行栓塞治疗,取得了圆满效果。

材料和方法

本组共 12 例,男 8 例,女 4 例,年龄在 35~70 岁,肝炎后肝硬化 10 例,血吸虫性肝硬化 2 例。均有全血细胞减少、脾肿大。食道静脉曲张 5 例,4 例有腹水,4 例有牙龈出血。

栓塞材料为明胶海绵颗粒,大小为 2mm×2mm×2mm。栓塞前 5 天起预防感染,肌注青霉素 80 万 u,一天 2 次,口服氟派酸 0.1mg,一天 3 次。

采用 Seldinger 技术穿刺右股动脉并插管;选择性地将导管置入脾动脉;5s 内手推 20ml 76% 泛影葡胺并点片,栓塞前注灭滴灵液 25ml,再将浸泡在抗菌瓶内的明胶海绵颗粒经导管注入,造影观察栓塞情况,栓塞达到 3~4 级分枝为宜。

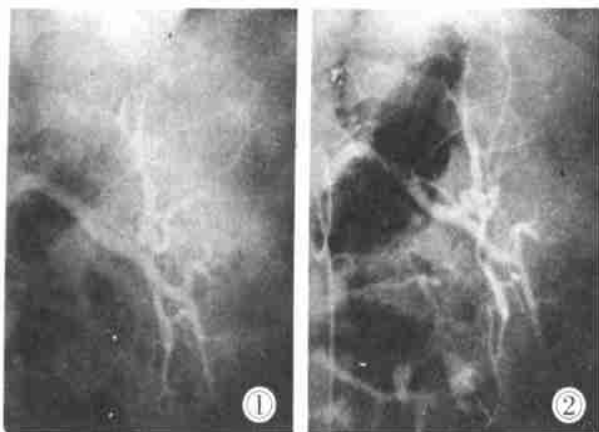


图 1-2 栓塞前后脾动脉造影。

结 果

外周血象明显上升,脾脏缩小(见表 1)。肝功能、免疫球蛋白改变不明显。脾动脉、静脉血流减少,4 例栓塞前后经彩色“B”超观察脾动脉、脾静脉血流变化(见表 2)。

病人均有发热、左上腹痛、持续性发热 15~20d,体温最高达 38.6℃,38℃ 以上持续 3~10d,左上腹痛持续 25~30d,中轻度 15~20d,重度 7~10d。

反射性肠郁张 2 例,持续 6~10d,胸腔积液 5 例,一过性高血压 1 例,胸膜炎 1 例。

表 1 栓塞前后血象及体检变化

	栓塞前	栓塞后
Hb	12.5~75g/l	75~100g/l
RBC	2.3~3.9T/l	2.6~3.8T/l
WBC	1.3~3.5G/l	2.4~10.4G/l
PC	60~90G/l	108~400G/l
脾脏	左肋下 6~10cm	左肋弓下未触及

表 2 栓塞前后脾动静脉血流变化

	栓塞前	栓塞后
SPV, VO(l/min)	0.4~0.56	0.2~0.42
SPA, VO(l/min)	1.087~2.04	0.42~0.02

讨 论

脾亢 本组病例证实脾栓塞术消除脾亢疗效确切。脾脏有破坏吞噬血细胞功能,脾栓塞术后脾实质硬化坏死,破坏血细胞的场所减少。本组病例血细胞均显著上升,与国内报道一致,血小板显著上升,与国外报道一致。RBC、HB 也有显著上升。

门静脉高压 慢性肝硬化病人因门静脉受阻,而血液来源未减少,因此导致门静脉高压症,外科手术多为“断流术”,手术方式为切除脾脏。由于脾脏为全身最大的免疫器官,全脾切除后病人可能导致暴发感染。部分性脾栓塞既可保留部分脾功能又能消除脾亢和减少门静脉血流来源,降低门静脉压力。

脾栓塞范围与疗效 由于机器性能限制,我们造影只能点片,无法观察脾实质栓塞面积。我们通过观察栓塞分枝的级数(脾动脉主干“0”级以下依次为“1”、“2”、“3”、“4”等)通过观察我们认为栓塞分级枝数以 3~4 级较为适宜。

脾肿大 本组病例脾肿大均有明显缩小,并随着时间延长越来越小,脾外围形成包壳是脾脏不再肿大的原因之一。

并发症与处理 病例出现一过性高血压,可能与脾动脉血流突然锐减所致,待血流重新分布均衡后消失,无需处理。中轻度腹痛症无需处理,重度疼痛病人可给予止痛剂,如:安定、杜冷丁等。

病人出现反射性肠郁张可上鼻胃管行胃肠减压;或用松节油脐周热敷。国内外报道的脾脓肿、胸腔积液处理首先要明确积液的性质,如为炎性所致则要采取抗炎与抽液相结合治疗。如为反应性胸腔积液,量少采取保守治疗,量多则要采取抽液与激素应用相结合。门静脉血栓形成等严重并发症我们未出现。

(1999-06-32 收稿)