

部分脾栓塞术国内应用现状

朱晓玲

朱晓玲,辽宁省人民医院消化内科 辽宁省沈阳市 110015
项目负责人:朱晓玲,110015,辽宁省沈阳市沈河区文艺路33号,辽宁省人民医院
消化内科. zhuxiaolingchen@yahoo.com.cn
电话:024-24147900-8249
收稿日期:2002-10-09 接受日期:2002-10-29

摘要

综述部分脾栓塞术(PSE)国内应用情况,为临床提供治疗依据.根据国内相关资料,针对PSE的机制、临床疗效、并发症、栓塞面积、栓塞范围控制、栓塞物质、PSE的时机和条件、适应证、禁忌证、PSE与外科切脾比较等一系列问题进行较全面的综述.PSE的主要疗效为:(1)改善脾亢.(2)降低门脉压.(3)使脾脏缩小.(4)缓解食管胃底静脉曲张.(5)治疗曲张静脉破裂出血.(6)缓解腹水.(7)改善肝功能.PSE与外科切脾比较,能保留脾脏的正常免疫功能和预防感染的功能,具有适应证广、简便、安全、效果显著、创伤小、并发症少、费用低廉等优点,是替代外科脾切除的首选治疗方法.

朱晓玲.部分脾栓塞术国内应用现状.世界华人消化杂志 2003;11(5):658-662
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/11/658.htm>

0 引言

自1973年Maddison首先在临床上采用自身凝血块行脾动脉栓塞治疗以及1979年Spigos报道了14例部分性脾栓塞(partial splenic embolization, PSE)术治疗脾亢以来,国内外已陆续报道了应用PSE治疗脾亢,脾破裂与脾相关性疾病^[1-33].总结这一技术的发展,进一步探讨PSE的临床应用,对促进现阶段我国PSE的普及具有重要意义.为此本文就此作一综述.

1 PSE的意义和机制

脾脏是人体的重要储血器官,具有吞噬和破坏血细胞的功能^[34,35].任何原因引起的脾肿大和脾亢,都会使脾脏的吞噬和破坏血细胞的作用增强,同时脾肿大时脾内血管过多,使大量血细胞在脾内滞留,导致外周血细胞减少^[65,66].脾切除能使血像恢复、症状缓解.以往主要是采用手术切脾的方法.但是脾脏在全身防卫系统中的作用十分重要,是一个廓清细菌的生物过滤器,是产生抗体、增强白细胞吞噬能力的重要免疫位点.他能产生淋巴细胞,合成大量的抗体(特别是IgG抗体).全脾切除后将改变患者的免疫功能,出现脾脏过滤功能消失, IgM减少、调节素和调理素水平降低、T淋巴细胞系统出现紊乱、外周血淋巴细胞数量以及淋巴细胞

转换率明显下降,导致爆发感染的机会显著增加^[31].PSE是在保持脾脏部分功能的基础上治疗脾亢,PSE可引起部分脾实质缺血性梗塞、机化、萎缩,最终被纤维组织增生替代,使脾体积缩小,这种不可逆性的病理改变,削弱了脾脏吞噬和破坏血细胞的能力,破坏了脾内血管,减少了血细胞的流滞,使外周血象得到改善.同时免疫功能不受影响,这对于增强患者的免疫能力和预防感染的功能有着十分重要的意义.是一种较好的选择.因此,PSE以其既可纠正脾亢的临床表现,又能保留部分脾以执行其免疫功能,受到临床学者的广泛关注^[36-42].普遍认为PSE是外科性切脾的替代疗法.

2 PSE的疗效评价

2.1 PSE可改善脾亢 综合国内16家报道^[43-58]关于术前术后外周血象变化情况(表1):可见PSE后最先发生反应的是白细胞,可在术后24h就发生,1wk后降至正常平稳.这可能与脾坏死组织所致的无菌性炎症及发热有关.其次是血小板1-3d后开始升高,2wk内持续升高,一般3wk左右达高峰,1-6mo逐渐有所下降,但仍在正常范围.血红蛋白也有一定程度的升高.龚高全^{et al}^[36]观察了术后红细胞略有增高,无统计学意义.王毅堂^{et al}^[37]报道了术前白蛋白是27-29g/L,术后升至32-35g/L.有关红细胞和白蛋白方面的报道,由于文章较少,再加上受输血和输白蛋白的影响,不好评论.

表1 PSE前后外周血象的变化

	术前	术后									
		1d	3d	1wk	2wk	3wk	1mo	2mo	3mo	6mo	
白细胞 $\times 10^9/L$	2.5	21.9	12	8.7	6.4	6.5	6.2	7.3	5.9	5.7	
血小板 $\times 10^9/L$	45.4	84	79	117	179	239	148	169	108	118	
血红蛋白 g/L	80.6	100	109	110	108	113	119	121	114	121	

2.2 PSE可降低门脉压 研究表明PSE后由于脾动脉供血量减少,经脾静脉回流入门脉内之血液亦减少,门脉压力逐下降,结果脾静脉及门脉宽度回缩.我们观察了术前及术后2-6wk和术后6-12mo的门脉宽度,证实PSE确实能使门脉内径显著性缩小.张鲁文^{et al}^[42]测量了术前门静脉、脾静脉内径为1.66、1.54cm,术后为1.25、0.84cm.龚高全^{et al}^[36]测定了术前门脉主干压力、脾静脉压力、肠系膜上静脉压力分别为51、55、51cm H₂O,术后分别为42、42、43cm H₂O.郑金国^{et al}^[11]测量了术前脾动脉、脾静脉、门静脉的内径分别为0.7、

1.14、1.60 cm, 术后为 0.65、1.12、1.33 cm. 术前脾动脉、脾静脉、门静脉的血流速度为 1.13、0.22、0.20 M/min, 术后为 0.89、0.15、0.16 M/min. 术前脾动脉、脾静脉、门静脉的血流量为 1.51、1.64、2.60 L/min, 术后为 0.74、0.78、1.36 L/min. 而肝固有动脉血流速度术前 0.68 M/min, 术后 0.73 M/min. 表明 PSE 后脾动脉、脾静脉、门静脉的内径变小、血流速度减慢、血流量减少. 肝固有动脉血流量增加, 可能是由于 PSE 后脾血流量下降, 窃血减少, 肝总动脉血流量增加所致, 故脾栓有改善肝功能的作用.

2.3 PSE 可使脾脏缩小 PSE 后早期发生液化坏死改变, 脾脏并不缩小, 我们观察 2-6 wk 内无明显缩小. 后来由于纤维组织增生, 瘢痕的挛缩过程, 使脾脏体积由肿大逐渐缩小, 直至最后皱缩, 6 mo 后形成皱缩脾. 综合国内 6 家^[41-46]报道, PSE 前脾最大长径是 17.86 cm、厚度是 6.76 cm、脾面积是 130.7 cm², 6-12 mo 后脾最大长径 14.93 cm、脾厚 5.04 cm、脾面积 50.95 cm². 我们测量了 PSE 后 6-12 mo 的脾脏, 证明是显著性缩小. 可以判定, 从脾最大长径、脾厚、脾面积多方面评价, PSE 6-12 mo 后脾脏是明显缩小的. 脾脏的皱缩是临床应用 PSE 治疗脾亢成功的标志.

2.4 PSE 可以缓解食管胃底静脉曲张 我们用内镜对 4 例患者 PSE 前后进行了曲张静脉的观察, 其中 2 例由重度变轻度, 1 例重度变中度, 1 例中度变轻度. 黄飞舟 et al^[38]报道了曲张静脉套扎联合部分脾栓塞术治疗门脉高压症的效果, 发现曲张静脉完全闭塞, 重复硬化次数减少到 2.1 次, 术后仅 1 例再出血. 而单纯硬化闭塞率 80-91%, 重复次数 4 次, 复发出血率 15-17.1%, 认为 PSE 联合硬化优于单纯硬化. 其原理可能由于 PSE 减少了脾血流入门脉的血流量, 有利于降低门脉压力, 也可能与 PSE 后肝血供增加, 肝功能改善有关.

2.5 PSE 对曲张静脉破裂出血的止血效果显著 我院观察 PSE 前 25 例曲张静脉破裂出血的患者, 术后仅 1 例再发出血. 胡亚平 et al^[9]报道, 术前 5 例曲张静脉出血的患者, 术后观察 1 a, 有 1 例再出血. 黄风瑞 et al^[12]报道, 术前 8 例出血者, 术后未再复发. 脾栓的止血作用可能在于, 肝硬化患者门静脉血流量 60-70% 来自脾静脉, PSE 后减少了脾脏到门脉的血流量, 脾静脉、门静脉明显回缩, 门静脉压力和肝静脉楔压明显下降, 从而改善了门脉高压引起的食管、胃底静脉曲张, 再加上血小板回升, 降低了再出血的危险性.

2.6 脾栓有缓解腹水的作用 朱菊人报道 8 例术前有腹水的患者, 术后 6 mo 复查, 腹水皆消失, 2 例随访 1 a, 未复发. 王微 et al^[13]报道 18 例腹水患者栓塞后均明显减轻. 张学军 et al^[10]报道, PSE 可使腹水消失. 我们用 B 超观察了 9 例 PSE 患者术前、术后腹水的变化, 其中 2 例术后腹水消失, 2 例术后缓解, 1 例无变化, 4 例术前无腹水, 术后产生腹水. 脾栓对治疗腹水是有效果的, 但是短期内由于栓塞后脾脏本身渗出及对周

围脏器的刺激作用, 可使一过性腹水增加, 甚至产生胸水及脾周围炎, 长期追踪, 发现随着门脉压的下降和脾面积的缩小, 腹水的复发率也相应的下降.

2.7 PSE 可能有改善肝功能的作用 王毅堂 et al^[37]报道 PSE 术后肝功可获得改善, 表现为原 Child 分级的级别上升, 1 例 C 级于术后 6 mo 升为 B 级, 5 例 B 级有 3 例于术后 4-6 mo 升为 A 级. 杨熙章 et al^[39]报道 128 例 PSE 患者, 56 例肝功改善, 占 43.8%, 患者术后血清白蛋白增高, 凝血酶原时间缩短, 认为 PSE 有改善肝功能的趋势. 可能的机制为 PSE 后脾动脉血流量减少, 肝动脉血流量就增加, 同时由于门静脉压力降低, 使肠系膜上静脉回流改善, 从而提高肝组织的营养有关.

3 PSE 的并发症及处理

3.1 PSE 的主要并发症 综合国内已报道的 1 077 例中, 发生各种并发症的情况如下: 胸膜炎、胸腔积液、胸水 62 例(6%). 腹水 21 例(2%). 消化道出血 10 例(1%). 腹膜炎 10 例(1%). 胰腺炎 7 例(0.6%). 肠麻痹 5 例(0.5%). 肝性脑病 4 例(0.4%). 脾脓肿 3 例(0.3%). 假性囊肿 2 例(0.2%). 肝功能衰竭 2 例(0.2%). 左下肺炎 1 例(0.1%). 脾周围炎 1 例(0.1%). 左下肺不张 1 例(0.1%). 门脉血栓 1 例(0.1%). 脾周积液 1 例(0.1%). 脾破裂 1 例(0.1%). 死亡 1 例(0.1%). 我院 50 例肝硬化 PSE 患者, 合并胸水 9 例, 脾周围炎 2 例, 反应性左下肺炎 1 例, 腹膜炎 1 例, 脾脓肿 1 例, 脾囊肿 1 例.

3.2 并发症的原因及处理 PSE 后当天或第 2-3 天即可出现发热, 可达 38-39℃, 主要与栓塞后脾梗死有关, 轻度发热和左上腹痛不处理, 高热可物理降温及强力退热药, 必要时可加用糖皮质激素配合治疗, 一般 1-2 wk 内体温可恢复正常. PSE 术后脾区疼痛是由于脾包膜紧张所致, 因此当腹痛局限在左上腹而无腹膜刺激症时, 可应用有效镇痛药控制疼痛, 疼痛明显时给盐酸曲马多、硫酸吗啡控释片(美施康定), 疼痛多在 7-20 d 缓解. 为缓解疼痛, 也可给地塞米松 15 mg、10 mg、5 mg 3-5 d. 李征然 et al 提出栓塞脾下极可减轻疼痛. 疼痛可使呼吸运动受阻, 支气管引流不畅而并发左下肺炎及胸腔积液, 术后要应用有效的抗生素. 少量胸水可不处理, 中量以上可穿刺抽液, 有报道注入沙培林有助于胸水吸收. 出现腹水或胸水加重的患者, 可适当补充白蛋白、血浆及加强保肝、利尿. 如持续腹痛及高热不退应警惕脾脓肿的发生, 合并脾脓肿时需穿刺引流及抗生素冲洗, 必要时手术. 我院 50 例中 1 例发生脾脓肿, 该患是女性, 66 岁, 肝功能 Child C 级, 间断呕血 7 a, 每次均住院药物止血后出院, 本次再呕血再住院, 连续 15 d 出血不止, 所有止血药都不能奏效, 三腔管也无济于事, 又无外科手术条件, 最后出现失血性休克, 血压稳定后紧急采用了 PSE, 术后止血成功, 但由于患者失血过多, 抵抗力太差, 脾栓后脾脏血液循环不好, 导致细菌不能清除, 术后 3 mo 出现脾脓肿, 而行外科

切脾治疗. 王毅堂 et al^[37]认为, 脾脓肿的发生主要因为导管和栓塞剂材料消毒不严格及脾栓塞后其血流减慢, 肠道厌氧菌逆行性感染所致. 所以为预防肠道菌沿门静脉的逆行感染, 术前应口服肠道消炎药 3-5 d. PSE 术后要注意观察血小板的变化, 如血小板高于 $300 \times 10^9/L$ 时, 应口服潘生丁等抗凝药以防止门-脾静脉血栓的形成, 并鼓励患者早下床和床上活动. 已合并门脉血栓者, 术后给予肝素治疗 1 wk, 至血栓消失. 术后并发症的发生率及严重程度随栓塞面积的增加而增加. 一般而言, 脾上动脉栓塞的患者发生左下肺不张、肺炎、左侧胸腔积液明显增高, 尽量超选择插管至脾中、下叶动脉栓塞较好.

4 关于栓塞面积、栓塞范围控制、栓塞物质

4.1 栓塞面积 总体栓塞面积在 15-90%. 其中肾移植 75-80%; 肝癌 50-70%; 门脉高压引起的脾亢 65-70%; 特发性血小板减少性紫癜 40-70%; 地中海贫血 75%; 遗传性球形红细胞增多症 40-70%; 遗传性椭圆形红细胞增多症、慢性粒细胞性白血病、高雪氏病、骨髓纤维化、再生障碍性贫血 30-70%; 巨脾以少量多次为宜, 连续 2-3 次, 每次 30% 左右. 我院 50 例肝硬化患者栓塞面积控制在 60-80%.

4.2 栓塞范围控制 多数学者是根据脾动脉主干血流速度的变化控制栓塞程度. 一般认为, 血流速度稍有减慢, 栓塞程度约 30-40%; 轻度减慢为 50-60%; 明显减慢约 70-80%; 脾动脉主干血流呈蠕动样前进或出现短暂停留, 栓塞程度已达 90%. 采用此方法评估栓塞程度, 缺乏客观依据, 易受主观因素影响. 当脾动脉发生痉挛时, 也会影响栓塞程度的判断, 梅崔林报道栓塞前, 根据预期栓塞程度和患者的 1 mm 脾内动脉分支数确定该患者脾栓塞所需的明胶海绵颗粒数, 然后把把这些明胶海绵颗粒缓慢注入脾动脉主干, 可能获得较准确控制脾栓塞程度的目的. 崔俊 et al^[14]发表了关于 PSE 的质量控制及门脉血流动力学变化的报告, 求出了明胶海绵用量的回归方程, 可能更有利于栓塞体积控制在有效的安全范围内.

4.3 栓塞物质 常用的栓塞剂有明胶海绵、聚乙烯醇颗粒、真丝线段、各种微球等. 多数学者是采用 1 mm 左右的明胶海绵碎块或明胶海绵条加抗生素加造影剂, 也有少数医院采用碘油 + 明胶海绵, 认为此法能继发血栓形成, 导致血管永久性栓塞, 防止再通, 减少复发. 我们是将明胶海绵剪成 $1 \times 1 \times 1$ mm 左右的碎块加庆大霉素及造影剂制成悬混状待用.

5 肝硬化患者 PSE 的时机和条件

一般认为 Child A、B 级较好, Child C 级术后反应重, 发生的并发症也多. 我院有 3 例分别在出院后 3 mo、6 mo 和 3 a 死亡, 均为 Child C 级患者, 另外 3 例发生脾脓肿、脾囊肿、腹膜炎的患者, 也发生在 Child C 级组, 因

此对 Child C 级患者实施 PSE, 术前术后应加强管理.

择期手术较紧急手术效果好、安全. 我们对 6 例反复出血, 反复住院, 最终药物治疗无效, 又无外科手术条件的患者, 紧急实行了 PSE, 虽然达到了止血目的, 挽救了患者的生命, 但并发脾脓肿, 脾囊肿, 腹膜炎的 3 例患者, 均发生在这 6 例患者中, 导致术后治疗费用增高. 而择期手术的患者无 1 例发生严重并发症.

有腹水的患者并发腹膜炎概率高, 我院并发腹膜炎的患者均发生在有腹水组. 并发反应性脾周围炎、反应性左下肺炎的患者也发生在有腹水组. 术前尽量消除腹水, 能提高 PSE 的疗效, 减少并发症.

6 PSE 的适应证和禁忌证

6.1 适应证 PSE 适用于所有有外科切脾术指征者, 包括各种原因引起的继发性脾亢和原发性脾亢, 有切脾适应证的各种血液病, 淋巴瘤, 骨髓纤维化, 脾破裂及肾移植术后免疫抑制治疗等. 目前国内实施 PSE 治疗的主要有下列疾病: 肝硬化脾功能亢进、肝癌合并脾功能亢进、肝静脉阻塞综合征、特发性门脉高压症、地中海贫血、血小板减少性紫癜、自身免疫性溶血性贫血、遗传性球形红细胞增多症、难治性原发性血小板减少性紫癜、难治性再障、Evan's 综合征、系统性红斑狼疮合并血小板减少性紫癜. 此外还有脾静脉栓塞所致的静脉曲张破裂出血、球形红细胞增多症、高血氏病、何杰金氏病、脾脏肿瘤等. 由于 PSE 适应证广, 手术简便, 疗效确切, 该技术被广泛应用于临床^[59-68].

6.2 PSE 的禁忌证 脓毒血症为绝对禁忌证. 顽固性腹水伴原发性腹膜炎者、白蛋白低下和凝血酶原时间明显延长、肝功能代偿功能极差者, 为肝硬化脾栓塞的禁忌证. 巨大脾、严重黄疸、大量腹水为相对禁忌证.

7 PSE 与外科切脾比较

脾脏在全身防卫系统中的作用十分重要. 传统的外科脾切除破坏了脾脏的正常功能, 使免疫功能受损, 易出现致命性感染. PSE 最突出点是既能抑制亢进的脾功能和减少过大的脾面积又能保留部分脾组织及功能. 这对于增强患者机体的免疫能力和预防感染的能力有着十分重要的意义. 这是 PSE 与外科脾切除最重要的区别之一. 我们发现 PSE 后, 患者诉感冒及皮肤感染次数减少, 可能与 PSE 能提高免疫功能有关. 接贵涛和陈虎比较了 PSE 与外科切脾的疗效, 证明两种方法的治愈率、复发率无明显差异. 提出 PSE 可作为替代外科脾切除的首选、安全、有效的治疗方法. 李玉铃 et al^[16]和唐新华 et al^[41]报道了 PSE 前后免疫功能无变化, 证明了 PSE 对免疫功能无影响. 此外 PSE 与外科手术比较, 尚有适应证广、创伤小、痛苦少、疗效确切、术后恢复快、费用低廉等优点.

总之, PSE 可改善外周血象、降低门脉高压、缓解脾大、治疗消化道出血、改善肝功能、缓解腹水,

与外科切脾比较,能保留脾脏的正常免疫功能和预防感染的能力,具有简便、安全、效果显著、创伤小、并发症少、费用低廉等优点,是治疗脾亢的好方法,值得临床推广应用.PSE已经成为替代外科脾切除的首选的治疗方法。

8 参考文献

- 梅雀林,李彦豪,陈勇,鲁恩洁. 部分性脾栓塞术的质量控制. 中华放射学杂志 1998;32:776-778
- 章有光,郭义豪,徐愉,章仙依. 部分性脾栓塞术治疗脾功能亢进(附4例报告). 实用放射学杂志 1998;14:552-553
- 朱晓玲,刘瑞雪,佟晗,李胜息,陈海鸥,张向红,李艳,杨立. 部分脾栓塞术治疗肝硬化、脾功能亢进50例. 世界华人消化杂志 2002;10:980-982
- 朱菊人,张玉珍,郭士杰,傅丽娜,贾宝山,李玉渠,李红旗,胡安常,王振亭. 部分性脾栓塞术治疗肝硬化并门脉高压及脾功能亢进. 临床肝胆病杂志 1990;6:88-89
- 李征然,邹艳,唐文杰,单鸿,朱康顺. 部分脾栓塞术后并发症及其处理. 中国临床医学影像杂志 2000;11:415-417
- 成军,陈易人,吕光成,钱海鑫. 部分脾栓塞术治疗门脉高压脾功能亢进的实验研究. 江苏医药 1992;18:375-376
- 陈华忠,张仲平,蔡修熙,何泽宝. 脾动脉部分栓塞治疗脾功能亢进. 中国现代医学杂志 1997;7:32-33
- 接贵涛,张传汶,阮春慧,李明军. 部分脾栓塞术治疗脾功能亢进的临床研究. 中国综合临床 2000;16:593-594
- 胡亚平,熊福星. 部分性脾栓塞术治疗肝硬变脾功能亢进. 中国基层医药 2001;8:44
- 张学军,权启镇,张修礼. 脾动脉栓塞治疗肝硬化脾功能亢进15例临床观察. 临床消化病杂志 2001;2:88-89
- 郑金国,苏国权,杜瑞清,张新元,邵石祥,常广. 部分脾栓塞术对肝硬化门脉高压症患者肝、脾血流的影响. 介入放射学杂志 1994;3:21-23
- 黄风瑞,王志远,褚海波,赵廷常,胡义利,夏宝枢. 脾栓塞术治疗肝硬化并发脾功能亢进的临床应用. 山东医药 198;29:12-13
- 王微,周平,王纯,王修,金刚,孙洪江. 部分脾栓塞治疗肝癌合并脾机能亢进. 吉林医学 1998;19:296
- 崔俊,韩铭钧,任克,徐克. 脾部分性栓塞的质量控制及门脉血流动力学变化. 世界华人消化杂志 2000;8:839-840
- 高中度,茅爱武,邵维城,徐志朋,蒋廷辉,张丽君. 肝动脉及部分脾动脉栓塞治疗肝癌伴脾功能亢进. 临床消化病杂志 1999;11:149-155
- 李玉玲,钱梅艳,张继芳. 经皮部分脾栓塞治疗肝硬化脾功能亢进疗效观察. 山西临床医药杂志 1999;8:209
- 李桂芳,谢松柏,孙海,杨兴华. 肝动脉栓塞加部分脾栓塞治疗原发性肝癌伴脾亢的临床研究. 中国肿瘤临床 1998;25:47-50
- 王维,王小宜,叶斌,刘涛. 部分性脾栓塞治疗门静脉高压性脾功能亢进. 湖南医科大学学报 1999;24:267-269
- 孙大裕,陈星荣,朱宝荣. 脾栓塞术治疗肝硬化并发脾亢进. 中华消化杂志 1984;4:144
- 江晓肖,费军,唐新华,朱松英,马炬明. 肝硬变患者脾栓塞术后50例并发症分析. 新消化病学杂志 1997;5:340
- 张源慧,杨天楹,严文伟. 原发性血小板减少性紫癜105例脾切除疗效观察. 中华血液病杂志 1986;7:129
- 纪树荃,王伟光,刘智明. 脾栓塞治疗免疫性血小板减少性紫癜. 中华内科杂志 1991;30:602
- 曲国林,董黄英,徐家兴,杨宁,刘淑英,纪树荃. 脾动脉栓塞治疗原发性血小板减少性紫癜(附45例报告). 中华放射学杂志 1992;26:663
- 陈勇. 部分性脾栓塞治疗儿童遗传性贫血的术后反应、并发症及其处理. 中华放射学杂志 1995;8:534
- 吴驰,王建华,颜志平. 脾动脉栓塞治疗肝癌合并脾亢的应用观察. 介入放射学杂志 1994;1:48-49
- 朱建新,侯淑琴,李彦豪主编. 肝胆胰疾病介入诊疗技术. 第1版. 广州:广东科技出版社, 1996:144
- 张丹,张万岱. 部分脾栓塞术治疗肝炎后肝硬化患者门脉高压症10例. 新消化病学杂志 1997;5:386
- 段林,朱壁富. 脾动脉栓塞术的临床应用. 普外临床 1992;7:34-36
- 卜淑蕊. 脾功能亢进症治疗的现状与展望. 胃肠病学和肝病杂志 1997;6:94-95
- 陈星荣,朱宝荣,孙大裕. 脾栓塞疗法. 中华放射学杂志 1983;17:300
- 席嘉元,翟凌云,吕梁. 真丝线栓塞脾红髓小动脉治疗脾功能亢进的实验研究. 中华放射学杂志 1996;30:781
- 吴恩惠,刘玉清,贺能树主编. 介入性治疗学. 北京:人民卫生出版社, 1994:332-335
- 何贵林,李铁刚,张伟树. 部分性脾栓塞术治疗脾功能亢进(附26例报告). 介入医学杂志 1997;2:132
- 中川定明,郑国芬,李佩娟主编. 脾脏病理学. 第1版. 北京:世界图书出版社, 1991:332
- 杨彤翰,马宏敏,王敖川. 脾动脉造影自然形态观察与意义. 实用放射学杂志 1991;7:214
- 龚高全,王小林,钱晟,颜志平,程洁敏,王建华. 门静脉高压患者部分脾栓塞术对门静脉及其分支压力的影响. 介入放射学杂志 1999;8:193-194
- 王毅堂,徐小军,宋迎新,吴珂. 部分性脾栓塞术治疗肝硬化脾功能亢进的临床应用及价值. 航空航天医药 1999;10:134-136
- 黄飞舟,刘浚阳,晁晚频,王维,朱晒红,李瑞珍. 内镜曲张静脉套扎-部分脾栓塞联合治疗门静脉高压症. 湖南医科大学学报 1998;23:558-560
- 杨熙章,杨永岩,吴纪瑞,许有进,黄淑贞. 部分脾栓塞术在肝癌介入治疗中的应用. 中国医学影像学杂志 2001;9:261-262
- 郑金国,张新元,邵石祥,苏国权,杜瑞清. 部分脾栓塞术治疗肝硬化门脉高压症的研究. 临床肝胆病杂志 1997;5:92-94
- 唐新华,朱松英,朱胜兰,江小肖. 部分脾栓塞术治疗脾功能亢进. 解放军医学杂志 1989;14:218-221
- 张鲁文,毕素栋,黄风瑞. 脾栓塞术治疗脾功能亢进的临床疗效评价. 实用医学杂志 1992;8:2-3
- 杨俊玲,王秀梅,胡治黄. 脾动脉部分栓塞治疗原发性脾功能亢进. 实用医技 2001;8:225
- 陈虎,周健,杨德琦,陈文辉. 部分性脾栓塞术的临床应用 - 附37例报告. 介入放射学杂志 1994;3:135-137
- 张明,朱邵成,赵德政. 部分性脾栓塞治疗脾功能亢进. 临床医学 1997;17:15-16
- 曾辉英,史仲华,李槐,刘德忠,李忱瑞,郭彦军. 部分脾栓塞术治疗肝癌合并脾功能亢进的疗效. 实用癌症杂志 2000;15:632-634
- 王培珍,孔宪牛,刘锦堂,徐岩,薛桂芹. 部分脾栓塞治疗肝硬化门脉高压及脾亢. 胃肠病学和肝胆病杂志 2000;9:227-228
- 赵立新,王瑞明,郭学德. 部分性脾栓塞术治疗脾功能亢进(附7例报告). 中国煤炭工业医学杂志 1998;1:35-36
- 李京雨,张新国,赵振琴. 部分脾栓塞术方法的探讨. 介入放射学杂志 1994;3:15-17
- 玄祖旗,杨仁杰. 肝硬化门脉高压脾功能亢进的部分栓塞治疗. 放射学实践 1997;12:102-105
- 周雁,陈艳敏,龙毓. 真丝线段脾栓塞治疗肝硬化脾功能亢进. 临床肝胆病杂志 1995;11:216
- 王建华,王小林,颜志平主编. 腹部介入放射学. 第1版. 上海:上海医科大学出版社, 1998:60-131
- 陈根生,孙慧玲,金春贤. 丝线加明胶海绵脾脏栓塞治疗脾功能亢进. 介入放射学杂志 2000;2:16
- 陈星荣,林贵,夏宝枢主编. 介入放射学. 第1版. 上海:上海医科大学出版社, 1989:52-56
- 刘国实,邢克英,金东辉. 肝硬变的介入治疗. 世界华人消化杂志 2000;8:908-909
- 程永德,张正国,陶正龙. 肝脾动脉双栓塞的实验研究. 介入放射学杂志 1996;5:33-34
- 单鸿,罗鹏飞,李彦豪主编. 临床介入诊疗学. 广州:广东科技出版社, 1997:213
- 袁明纯,丁甫月,文伶俐. 部分性脾栓塞术治疗小儿血液病. 中级医刊 1996;31:551
- 胡才校,杨德瑛,钱中贤. 脾栓塞治疗特发性血小板减少性紫癜. 中华血液学杂志 1995;16:152
- 李春生,孙中华,康中. 小部脾栓塞治疗免疫性血小板减少性紫癜的研究. 实用医药杂志 1994;7:4
- 袁明纯,许映华,丁甫月. 部分脾栓塞术治疗有脾切除指征的小儿血

- 液病. 中华小儿外科杂志 1991;12:202
- 62 梅雀林,李彦豪,陈勇,鲁恩洁. 部分性脾栓塞术治疗地中海贫血的长期疗效观察. 中华放射学杂志 2000;34:820-822
- 63 曹国文,李山云,黄佐良,张孝中,周进. 脾动脉栓塞治疗原发型血小板减少性紫癜和脾功能亢进(附6例报告). 实用放射学杂志 1998;14:360-361
- 64 马培东,张利辉,邓立非,贾太和,田玲娣,孙辉臣,刘继英,李风云,修贺明,郝晓东,陈春兰,强永德,胡雄,张雯,郭宏. 门脉高压症时脾静脉的病理改变及其临床意义. 新消化病学杂志 1995;21-23
- 65 李席如,何泽生,吴金兰,马庆久,鲁建国,武永忠. 门脉高压症患者脾动静脉结构成分的变化. 华人消化杂志 1998;6:760-761
- 66 陈虎,周健,杨德琪. 部分脾栓塞术治疗难治性原发血小板减少性紫癜. 实用放射学杂志 1997;8:475-477
- 67 接贵涛. 部分脾栓塞术治疗脾功能亢进30例报告. 临床血液学杂志 2000;13:178-179

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2003 年版版权归世界胃肠病学杂志社

• 病例报告 •

大肠3原癌1例

姚红兵,吴爱国,朱卉娟

姚红兵,吴爱国,朱卉娟,中国人民解放军第一军医大学珠江医院普通外科广东省广州市 510280
项目负责人:姚红兵,510280,广东省广州市,中国人民解放军第一军医大学珠江医院普通外科. luckstar0503@163.com
电话:020-61643211 传真:020-61643213
收稿日期:2002-12-08 接受日期:2002-12-26

摘要

目的:通过多发性大肠癌这一特殊病例,分析其可能的高发因素及临床诊治意义.

方法:收集分析临床资料,包括临床症状体征、电子肠镜检查、手术方式、病理诊断、术后化疗以及随访等.

结果:临床资料和手术标本病理诊断证实本病例为3原癌且部位和分化程度不一.

结论:大肠多发癌与家族性结肠息肉病的关系十分密切.

姚红兵,吴爱国,朱卉娟. 大肠3原癌1例. 世界华人消化杂志 2003;11(5):662
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/11/662.htm>

1 病例报告

患者,男,51岁,因大便性状及习惯改变3 mo,加重10 d入院.查体:下腹部轻压痛,未扪及肿块.肛门指检:距肛门约5 cm处可扪及菜花状肿块,约3 × 3 cm大小,紧贴肠管,指套染血.电子肠镜示:(1)肝曲结肠癌;(2)直肠癌;(3)横结肠多发息肉家族史:其兄长死于大肠癌.术中探查与肠镜结果相符,遂行“右半结肠切除术”及“腹会阴联合直肠癌根治术”.术中所见:切除之肿瘤肉眼见一是位于结肠肝曲呈菜花状肿物,另直肠内有两处癌灶,呈溃疡型.病理结果:结肠低分化腺癌,未见淋巴转移;直肠中分化腺癌(两处癌灶),可见淋巴转移(1/4).术后予以抗炎、补液、营养支持及常规化疗一疗程.出院后再次化疗一疗程,随访至今已满半年,患者目前一般情况良好,未发现其他脏器转移.

2 讨论

多发性大肠癌是大肠癌的一种特殊临床病理类型.大肠癌中有2.05-12%为多发性癌^[1].邵永孚等^[2]报道的一组中大肠多发癌约占同期收治的大肠癌的2.6%.国内外很多文献研究资料均表明大肠多发癌与家族性结肠息肉病的关系十分密切.Langevin et al^[3]报道家族性结肠息肉病患者大肠多发癌发生率高达57-60%.Chu et al^[4]报道的一组1202例患者回顾性研究资料表明,多发癌的发生率随结肠多发息肉(SP)的增加而增加.相关的主要因素有息肉数目,大小和息肉类型.经病理证实,本例为3原癌并发结肠息肉且有大肠癌家族史,属大肠多发癌中少见类型,但本例不能确诊为家族性息肉病,不属于家族性结肠息肉病癌变,这提示了在肠道致癌因素作用下,大肠可多中心多起源发生3原癌,形成大肠多发癌的特殊临床表现,具体致病机制有待深入研究.因此,对临床诊治的有大肠癌家族史的患者,除了仔细询问家族史,了解有无家族性结肠息肉病、结肠癌家族史外,做电子肠镜时更应全面检查整个大肠情况,以了解有无多发癌灶,有无合并腺瘤、息肉等病变,以免漏诊^[2].此外,如肿瘤所致大肠梗阻时,可能会影响肠镜对梗阻上方大肠病变的观察而遗漏多发癌灶,因此,术中细致地全结肠探查对及时发现大肠多发癌则非常重要.

3 参考文献

- 1 Kiefer PJ, Thorson AG, Christensen MA. Metachronous colorectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1986;29:378-382
- 2 邵永孚,余宏迢,渠洁岩,袁兴华,王翔,李铎,吴建雄,解世亮,单毅,周志祥,陈国际,崔修铮,蔡建强,赵鹏,房明杰,王成峰.多发性大肠癌.中华外科杂志 1991;29:533-536
- 3 Langevin JM, Nivatvongs S. The true incidence of synchronous cancer of the large bowel. *Am J Surg* 1984;147:330-333
- 4 Chu DZ, Giacco G, Martin RG, Guinee VF. The significance of synchronous carcinoma of and polyps in the colon and rectum. *Cancer* 1986;56:445-450