

化疗,对于不适合手术的大块肿瘤型Ⅲ或Ⅳ期患者(经细针穿刺,活检或腹水细胞学病理诊断)可考虑先行新辅助化疗,再行中间性细胞减灭术^[8]。本例患者的治疗方案是:肿瘤细胞减灭术(全子宫、双附件、大网膜、阑尾及盆腔转移灶)及术后予以卡铂腹腔化疗与 CTX 静脉化疗,其治疗效果在检测血清 CA125 值的变化中得以证实。PPC 的预后主要受初次手术的彻底性、类型、细胞分化程度、分期及化疗的敏感性等因素影响,综合各家报道,其平均生存期为 14.6~30 个月^[6,10-11]。PPC 可发生肝转移^[12]、支气管转移^[13]及脑转移^[14],出现转移后,其预后差,本例患者出现胸腔转移后 4 个月死亡。

参考文献:

[1] Lauchlan SC. The secondary mullerian system[J]. *Obstet Gynecol Surv*,1972,27(3):133-146.
 [2] Fox H. Primary neoplasia of the female peritoneum[J]. *Histopathology*,1993,23(2):103-110.
 [3] Fromm GL, gershenson DM, Silva EG. Papillary serous carcinoma of the peritoneum[J]. *Obstet Gynecol*,1990,75(2):89-95.
 [4] Gong HL, Wang CB, Zhang GJ, et al. Clinicopathological analysis and differential diagnosis of primary peritoneal adenocarcinoma[J]. *Zhonghua Yixue Za Zhi*,2009,89(7):463-465.
 [5] 王美清,张廷国,徐彩珍,等. 女性腹膜原发癌的诊断及鉴别诊断[J]. *中华病理学杂志*,1999,28(1):16-19.
 [6] Iavazzo C, Vorpias G, katsoulis M, et al. Primary peritoneal serous papillary carcinoma: clinical and laboratory

characteristics[J]. *Arch Gynecol Obstet*,2008,278(1):53-56.
 [7] 宫惠琳,王春宝,张冠军,等. 腹膜原发性腺癌 8 例临床病理特征及鉴别诊断[J]. *诊断病理学杂志*,2009,16(2):84-87.
 [8] 罗祥美,林仲秋,饶丛仙.《2010 NCCN 卵巢癌包括输卵管癌和原发腹膜癌临床实践指南》解读[J]. *国际妇产科学杂志*,2010,37(2):142-143.
 [9] 李桂梅,李祥周,张佃乾,等. 腹膜浆液性乳头状癌 1 例[J]. *诊断病理学杂志*,2007,14(3):237.
 [10] Jaaback KS,Ludeman L,Clayton NL,et al. Primary peritoneal carcinoma in a UK cancer center:comparison with advanced ovarian carcinoma over a 5-year period[J]. *Int J Gynecol Cancer*,2006,1(1):123-128.
 [11] 王朝李,李桂生. 卵巢外腹膜浆液性乳头状癌临床特征、治疗及预后(附 11 例分析)[J]. *中国癌症杂志*,2008,18(7):545-547.
 [12] 吕訥男,陈春玲,陈乐真. 原发腹膜癌肝转移 1 例报道及文献复习[J]. *中国妇产科临床杂志*,2008,9(4):288-289.
 [13] Nakao M,Oquri T, Maeno K, et al. Endobronchial metastasis from primary papillary serous carcinoma of the peritoneum[J]. *Intern Med*,2009,48(13):1165-1168.
 [14] Ratner ES, Toy E, O' Malley DM, et al. Brain metastases in epithelial ovarian and primary peritoneal carcinoma[J]. *Int J Gynecol Cancer*,2009,19(4):856-859.

(收稿日期:2011-03-01 修回日期:2011-05-22)

· 短篇及病例报道 ·

结核性肝前性门脉高压症 1 例报道及文献复习

何小荣¹,岳伟东^{2△}

(1. 重庆市巴南区医院放射科 401320;2. 重庆市急救医疗中心放射科 400014)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.04.046

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)04-0413-02

1 临床资料

患者,男,23岁,因中上腹痛2个月,黑便3d入院。患者2006年因腰椎结核行病灶清除、脓肿引流、脊柱内固定手术及抗结核治疗,术后常感腹部及腰背部疼痛,否认肝炎、伤寒等传染病史。入院查体:体温37℃,中度贫血貌,无肝病面容、黄疸、蜘蛛痣及肝掌。下背部见手术瘢痕,脾脏增大(肋下4cm),肝脏肋下未扪及,其余无特殊发现。血常规:RBC 2.34×10¹²/L, Hb 61 g/L, WBC 4.2×10⁹/L; PLT 43×10⁹/L;大便隐血阳性;肝功能:总蛋白 45.8 g/L,清蛋白 31.0 g/L,酶学各项指标、乙肝标记物、凝血 4 项均正常。胃镜检查:食道中下段见 4 条曲张静脉,直径约 5~7 mm,行曲张静脉套扎术。胃内有血凝块,胃底见蜿蜒曲张静脉呈蚯蚓状,胃窦部黏膜糜烂,十二指肠未见异常。腹部 CT 平扫及 CT 血管造影:门静脉主干中段(入肝前)管腔狭窄,最窄径约 3 mm,管壁毛糙,管腔内见点状低密度充盈缺损,肝门区及门静脉主干周围见多个斑点

状钙化影。脾静脉、肠系膜上静脉、胃冠状静脉、胃底及食道下段静脉明显迂曲、扩张,胃冠状静脉最宽径约 19 mm,门静脉主干直径约 16 mm,肝动脉与门静脉之间未见异常交通,肝静脉和下腔静脉形态未见异常。术前诊断:(1)门静脉高压症上消化道出血套扎术后;(2)脾功能亢进;(3)门静脉主干狭窄伴血栓形成。手术所见:肝脏不大,质地、颜色正常。脾脏明显增大。门静脉主干被粘连带及增大融合成团的淋巴结压迫,门静脉主干炎性狭窄,狭窄段长约 3 cm,狭窄远段门静脉主干、脾静脉、肠系膜上静脉、胃冠状静脉均明显扩张。行门静脉主干粘连带松解术、肿大淋巴结病灶清除及贲门周围血管离断术。切开团块,其内为干酪样物质。病理检查:结核性肉芽肿。术后患者一般状况好。随访 6 个月,未再发生上消化道出血。

2 讨论

门静脉高压症按其原因为肝前性、肝性和肝后性。临床上绝大多数肝性门静脉高压症系肝硬化所致,非肝硬化性门

△ 通讯作者, Tel:13983191368。

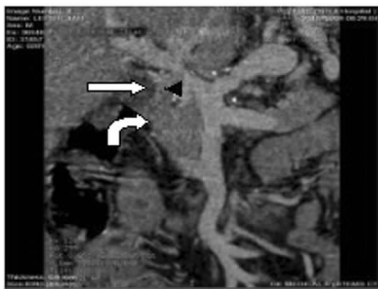
静脉高压症仅占 5%~10%^[1], 肝后性门静脉高压见于布加综合征。

2.1 肝前性门脉高压症的病因 各种病因引起的门静脉高压症、脾静脉阻塞或血流显著增加可导致的门静脉高压症。由于脾静脉回流受阻或血流增加引起的肝前性门静脉高压症也称为区域性或左侧性门脉高压症。以胰源性多见, 常见于慢性胰腺炎、胰腺假性囊肿、肿瘤压迫或侵蚀脾静脉等。脾脏手术、脾静脉介入损伤、腹膜后肿瘤或腹膜后纤维化等也可导致脾静脉血栓形成。此外, 骨髓纤维化髓外造血, 导致脾脏巨大, 也可引起肝前性门静脉高压症^[2-8]。由于血液高凝状态形成门静脉血栓的疾病可见于卵巢癌、肾病综合征、妊娠晚期、先天性抗凝血酶Ⅲ缺乏症、脾切除后血小板增高等。少见病因有腹腔或腹膜后结核性包块压迫门静脉、先天性肝动脉-门静脉瘘、门静脉先天畸形等^[5-9]。

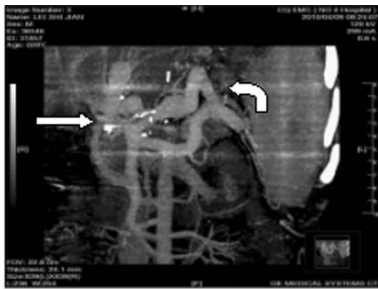
2.2 结核性肝前性门脉高压症的临床特点和 CT 表现

2.2.1 结核性肝前性门脉高压症的临床特点 (1) 发病年龄较小; (2) 有腹腔和(或)腹膜后结核病史; (3) 腹腔和(或)腹膜后结核病灶引起的临床症状和体征^[8]; (4) 无肝炎反复发作病史但有引起门脉高压的因素; (5) 虽有上消化道大出血, 但肝脏质地、颜色和肝功能正常; (6) 预后好。

2.2.2 结核性肝前性门脉高压症的 CT 表现 CT 平扫: 脾大, 肝门区和门静脉主干狭窄区周围有较多炎性组织、斑点状钙化灶及肿大淋巴结等。CT 动脉血管成像(CTA): 门静脉主干狭窄远段扩张, 脾静脉、肠系膜上静脉、胃底静脉、胃冠状静脉以及食管下段静脉等部分侧支循环静脉曲张^[10], 脾静脉内有小的充盈缺损(血栓形成), 见图 1。



弯箭头: 门静脉旁软组织密度肿块。肠系膜上静脉、脾静脉、及胃冠状静脉明显扩张。



弯箭头: 胃冠状静脉明显扩张, 脾静脉、肠系膜上静脉、胃底和食道静脉扩张。脾大。

图 1 腹腔静脉血管成像

2.3 腹膜后结核形成的原因 可能为: (1) 结核邻近播散, 椎体结核可通过椎前的静脉丛及淋巴管引流至后腹膜而产生结核病灶; (2) 血行播散, 结核杆菌通过血液播散至椎体的同时也播散至后腹膜, 引起结核性腹膜炎, 形成炎性粘连带以及肿大

融合的淋巴结团块, 引起门静脉主干炎性表现, 管腔狭窄, 血栓形成。

2.4 结核性肝前性门脉高压症的治疗 Wen 等^[11]认为肝前性门脉高压症肝脏无明显病理学改变。李晓强^[12]认为肝前性门脉高压症入肝血流基本正常或减少不大, 只要能控制急性上消化道出血多能长期存活。治疗主要是解决门静脉的梗阻, 以降低门静脉的压力。结核引起门静脉局部梗阻时, 可手术松解粘连及清除肿大的淋巴结, 同时对贲门周围血管进行离断。脾脏可因门静脉压力降低自行缩小而不需手术。本例即是如此。如果多处狭窄或狭窄段较长, 松解术就不能取得较好的效果, 除对贲门周围血管进行离断外, 还须进行脾脏切除及脾-肾分流、肠-腔分流术等。

综上所述, 本病的诊断依据为: (1) 结核病史; (2) 门静脉高压的临床特征; (3) 腹膜后结核的影像学特点(如钙化灶及纤维性病灶等); (4) 门静脉狭窄远段以及侧支循环静脉曲张的 CTA 征象。作者认为腹部 CT 平扫可以清楚显示椎体结核及腹膜后结核所致的钙化、纤维化及淋巴结肿大等病灶; CTA 可以清楚显示门静脉狭窄及部分侧支循环静脉曲张的征象, 对结核性肝前性门脉高压症的诊断具有较高的临床应用价值。

参考文献:

- [1] 刘玉兰, 肖文. 非肝硬化性门脉高压病因分析[J]. 北京医学, 2001, 23(2): 105-107.
- [2] 郎德海. 肝外门静脉高压 12 例诊治体会[J]. 现代实用医学, 2007, 19(4): 288-289.
- [3] 周立新. 慢性胰腺炎与胰源性区域性门脉高压症[J]. 中国实用外科杂志, 1997, 17(4): 207-209.
- [4] 田伏洲, 吕民生. 左侧肝外门静脉高压症[J]. 肝胆外科杂志, 1994, 2(3): 151-153.
- [5] 王莉, 邹志强, 黄留业, 等. 肝前性门脉高压症 32 例临床分析[J]. 中华消化杂志, 2004, 24(7): 428-429.
- [6] 胡琳琳, 孙呈岗. 肝前性门脉高压症 32 例临床分析[J]. 现代保健·医学创新研究, 2006, 3(9): 70.
- [7] 施保民, 王秀艳. 区域性门静脉高压症的诊断与治疗[J]. 中华肝胆外科杂志, 1999, 5(1): 53-54.
- [8] 刘远成, 于庆生. 腹腔结核性肿块致肝前性门脉高压症 1 例[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2006, 12(1): 13.
- [9] 王燕, 谢鹏雁. 特发性门脉高压症 3 例及文献复习[J]. 重庆医学, 2010, 39(21): 2998-2999.
- [10] 孙小平, 谷家林, 孙秀华, 等. 门脉高压的 CT 表现及病因分析[J]. 医用放射技术杂志, 2006, 27(12): 114-115.
- [11] Wen Z, Zhang JZ, Xia HM, et al. Stability of a rat model of prehepatic portal hypertension caused by partial ligation of the portal vein[J]. World J Gastroenterol, 2009, 15(32): 4049-4054.
- [12] 李晓强. 肝前性门脉高压症[J]. 肝胆外科杂志, 2000, 8(1): 21-22.