

治疗理念差异的临床思考

门静脉高压 VS 高血压

▲ 四川大学华西医院消化内科 唐承薇



唐承薇 教授

门静脉高压是肝硬化失代偿期的主要表现，可引起食管-胃底静脉曲张破裂出血、顽固性腹水、肝肺综合征等严重并发症。降低门静脉压力可减少上述并发症发生，对于改善肝硬化患者治疗效果和预后具有重要意义。

目前对门静脉高压症状的处理，多在其并发症

发生后进行干预。相比之下，高血压一旦诊断明确，早期降压以保护器官、预防并发症已成为共识。高血压相关研究显著多于门静脉高压，政府、民众和医学界对前者的关注度也高于后者。目前，门静脉高压的早期干预意识存在不足，应从高血压防治中借鉴思路。

门静脉高压患者普遍存在以小血管舒张充血为特征的内脏高动力循环，严重肝病时主要脏器的病变与高动力循环关系密切。肝硬化门静脉高压形成十分复杂，从发病机制(图1)的研究中可以看出各种血管活性物质作用于心血管系统造成血管扩张，使血管充盈不足，有效循环血量下降，激活压力和容积感受器，反射性引起水钠潴留，内脏循环血量增加，

出现高动力循环表现

药物治疗是通过改变门静脉系统的血流紊乱状态，降低门静脉压力，从而防治食管静脉曲张破裂出血。同时，缓冲已经升高的门静脉压力，使门静脉系统血流达到新的稳态，从而延缓疾病的进程。当药物降压效果有限时，以经颈静脉肝内门腔分流术(TIPS)为代表的介入微创分流，可显著降低门静脉压力，防治多种并发症的发生。门静脉降压是避免门脉系统血管增殖、失代偿期肝硬化发展及保护多个器官的有效措施。

因此，门静脉降压不仅是治疗并发症，还是延缓肝硬化发展的方法。是阻断门静脉高压发展提供有效措施，可为肝硬化进一步治疗创造条件。

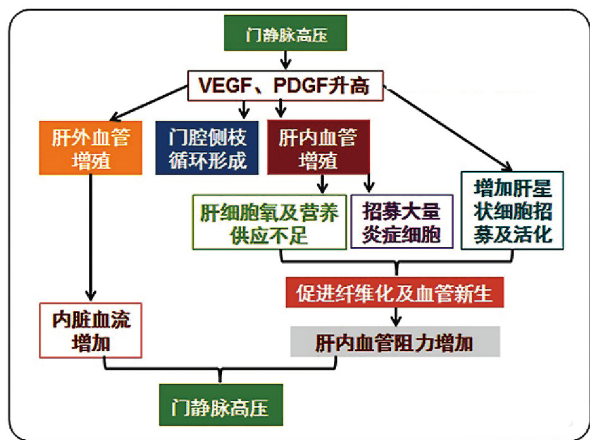


图1 门静脉高压的形成机制

ERCP 在胆道结石治疗中的新观点

▲ 四川大学华西医院消化内科 王春晖

1

ERCP 在胆囊结石合并胆总管结石中的应用

传统的外科开腹手术是治疗胆囊结石合并胆总管结石的常用方法，随着逆行性胰胆管造影(ERCP)技术的推广及腹腔镜(LC)手术的广泛开展，ERCP+LC手术是处理这类患者较为理想的微创治疗方式。具体操作过程中，一般先行ERCP胆总管取石，然后行LC手术。

近来，也有采用LC+腹腔镜胆总管切开探查取石术(LCBDE)的手术方式。研究发现ERCP+LC与LC+LCBDE的疗效相当，后者可以一次处理结石，但一般需要放置T管。此外，一些医院新开展的杂交手术，使内镜医生和外科医生同台一次性处理胆结石成为现实。

2

肝内外胆管结石是否适合 ERCP ?

一般认为，肝内外胆管结石不是ERCP恰当的适应证，其原因是ERCP处理肝内胆管结石的能力非常有限。目前肝内外胆管结石的治疗仍然以外科手术为主，包括：胆总管切开取石+T管引流，术中或术后择期胆道镜取石；胆总管切开取石+部分肝切除手术。即使如此，仍然有相当多的患者无法取净结石。

不愿手术或手术后仍然反复出现肝内外胆管的结石患者，可考虑ERCP取石。文献报道，采用胆道子母镜方法能处理部分肝内胆管结石；经皮经肝胆道镜亦有一定价值，尤其适合胆肠吻合术患者。



王春晖 教授

3

解剖结构异常患者的 ERCP 取石

消化道重建(毕Ⅱ式手术、Roux-en-Y手术)或先天性解剖结构异常(内脏全转位)的胆总管结石患者，ERCP取石治疗的难度明显增大。

国内外报道，采用小肠镜方法能提高ERCP插管及取石的成功率。一般而言，总体成功率在70%~75%，并发症发生率在3%~4%。因此，这些患者的ERCP治疗仍然面临诸多挑战。

4

SpyGlass 引导或经口直接胆道镜在胆总管结石碎石中的应用

文献报道，约95%的胆总管结石可以通过取石网篮或机械碎石后取出，但仍有5%的大结石(直径>2cm)取石困难。在SpyGlass引导下通过激光碎石(LL)或液电碎石(EHL)，有助于在直视下处理较大的胆总管结石。

近来，也有采用超细内镜经十二指肠乳头进入胆总管碎石取石的报道。其操作难度在于进入胆总管比较困难，一般需先插入导丝或球囊进入肝内胆管锚定引导。一旦内镜进入胆管后，就可以在直视下碎石，然后通过ERCP技术取石。

肝性脑病：侧枝循环不容忽视

▲ 四川大学华西医院消化内科 吴浩



吴浩 教授

肝硬化患者一旦出现肝性脑病，大多数临床医生会习惯性认为是肝功能严重障碍的表现，而忽略侧枝循环在肝性脑病发生中的作用。肝功能尚可的肝硬化患者若表现为持续性或难治性肝性脑病，一定要关注侧枝循环的状况。

门静脉侧枝循环通路在正常生理状态下是不开放或基本不开放的，肝硬化患者由于门静脉高压出现侧枝循环的开放，侧枝循环的开放有降低门静脉压力的作用，但需注意侧枝循环开放增加到一定程度会导致门体分流增加，诱发肝性脑病的发生。

肝硬化患者门静脉血栓发生率约10%~30%，门静脉血栓一旦发生会加重门静脉高压，加速侧枝循环的形成，增加肝前性门体分流，同时导致肝脏供血减少进一步损害肝功能。因此，门静脉血栓是诱发肝性脑病的重要原因之一。

是否需要干预侧枝循环取决于其对机体的利弊，评估侧枝循环在肝性脑病发生中的作用，以及消化道出血的风险。

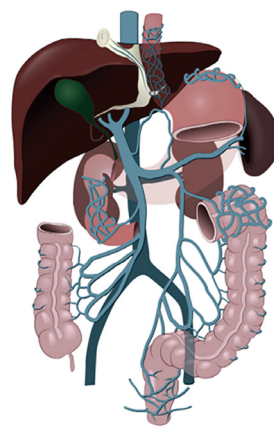
针对侧枝循环引发或加重的肝性脑病可采取血管介入技术干预，主要包括：门静脉血管成形术、肝外分流道的闭塞/缩窄术，脾动脉栓塞术等。

干预侧枝循环三要素

1 处理有害的侧枝循环：对引起症状的侧枝循环实施彻底的断流，如胃冠状静脉的胃支、食管支、高位食管支，粗大脐静脉；

2 保护有益的侧枝循环(无症状无体征者或有症状有体征不出血者)，如未引起出血的脾肾血流道等；

3 重新构建失常的门静脉循环体系，疏通门静脉血栓及处理门静脉狭窄。



消化专栏编委会

栏目总编辑：张澍田

执行主编：

陈旻湖 侯晓华 贾继东
李 鹏 李兆申 刘健敏
唐承薇 杨云生 袁耀宗

本期轮值主编：唐承薇

主 编 助 理：李 鹏

OLYMPUS