

骨后缘与筛骨垂直板和犁骨连接处。对偏曲位于鼻中隔软骨后缘以后者,分离对侧黏骨膜,切除或矫正偏曲部位。未成年患者的筛骨垂直板和犁骨较小而薄,可塑性好,可咬除筛骨垂直板前端1~2 mm与鼻中隔软骨因离断而错位重叠部位后在筛骨垂直板上端由前向后剪断复位,犁骨予骨折复位。对软骨“C”型偏曲者,在切口后2 mm自上而下切开软骨至对侧黏软骨膜下,在软骨最凸部位作前后位宽约1 mm的条形切除,视情况作1至数条平行于鼻底或鼻梁的切开,将附着对侧黏软骨膜的鼻中隔软骨推向正中位。对前下方棘或嵴突,将鼻中隔软骨与上颌骨鼻嵴和犁骨分离,切除重叠的软骨,分离双侧黏骨膜凿除或咬除棘或嵴突。59例同期行鼻内镜鼻窦手术,23例同期行下鼻甲部分切除术,7例行鼻中隔再矫正术。鼻中隔矫正后缝合切口,将四环素可的松眼膏纱条一端置于中鼻道,双侧鼻腔匀称折叠填塞,术后24 h抽纱。

## 2 结果

46例未成年患者随访至18岁,其余197例随访3个月至1年,结果所有患者鼻中隔于正中位,237例获满意通气效果,6例伴鼻窦炎者鼻窦炎未痊愈,鼻塞减轻,脓涕减少,无鼻中隔穿孔、鼻中隔脓肿、外鼻畸形等并发症。9例鼻中隔鼻甲粘连,7例分离后治愈。

## 3 讨论

鼻内镜下行鼻中隔矫正术具有照明度好、视野清晰、操作简便易行、手术损伤范围小等优点<sup>[1]</sup>,随着鼻内镜手术的推广应用,有取代额镜下手术的趋势。通过本组的观察,我们有如下体会:①鼻内镜直视下手术较深部位也可获得良好视野,可

在弯曲前或嵴前作黏膜切口,手术损伤范围较小,这在矫正筛骨垂直板高位偏曲,后端嵴突和鼻中隔再矫正术中优势明显<sup>[1,2]</sup>。对鼻腔较小的未成年人患者采用常规切口易于保证足够宽和清晰的术野。②鼻内镜下施行手术操作准确精细,可在矫正鼻中隔的同时尽量保留其软骨和骨性支架,避免术后外鼻畸形、鼻中隔穿孔等并发症。由于保留了软骨支架,术后不影响鼻腔发育<sup>[3]</sup>,故该术式可用于未成年患者。本组46例12~16岁患者随诊至18岁,其鼻长度、鼻与面部角度及鼻唇角均正常。③可同期行鼻内镜鼻窦手术,鼻中隔矫正后消除机械性梗阻,利于鼻窦手术操作和术后换药,以及术腔通气引流,减少鼻窦炎鼻息肉复发<sup>[4]</sup>。同期手术可减少住院时间和费用,患者乐于接受。④鼻内镜直视下填塞鼻腔,能确保鼻中隔位于正中位,因手术损伤小,出血少,填塞无需过紧,下鼻道可不填塞,明显减轻术后鼻塞、头痛等不适。总而言之,鼻内镜下行鼻中隔矫正术操作简易,损伤小,并发症少,适应症广,值得临床推广应用。

## 参 考 文 献

- 1 邓良珍,陈 猛,李 云.鼻内镜下鼻中隔矫正手术[J].中华耳鼻咽喉科杂志,2003,38(4):271.
- 2 胡伟群,方文旭,吴春波.鼻内镜下鼻中隔再矫正手术30例[J].临床耳鼻咽喉科杂志,2001,15(2):82~83.
- 3 张 谨.鼻窦内镜手术治疗未成年人慢性鼻窦炎的临床观察[J].中华耳鼻咽喉科杂志,2004,39(1):27.
- 4 张运东,何纯会,徐长国,等.鼻中隔和多鼻窦联合手术的疗效观察[J].临床耳鼻咽喉科杂志,2006,20(8):360.

(收稿日期:2006-10-14 修回日期:2006-12-25)

## 部分性脾动脉栓塞术术后并发症的诊治

秦 军 姚清深 徐旭军

(广西玉林市红十字会医院,玉林市 537000)

部分性脾动脉栓塞术(partial splenic artery embolization, PSAE)日渐成为替代外科脾切除术的方法,广泛应用于肝硬化失代偿期、脾功能亢进症、以及门静脉高压症有外科手术指征的患者或经颈静脉肝内分流术(tipss)失败者的治疗。PSAE具有纠正脾功能亢进、降低门脉压力的作用,但术后并发症常见,甚至有死亡病例报道。如何及时有效地预防并发症,对预后至关重要。1998年7月至2006年6月,本院行PSAE 78例,对其并发症及时作出诊断及治疗,疗效满意,现报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 本组78例,男42例,女36例,年龄8~66岁,平均35岁,其中肝炎后肝硬化合并门脉高压症39例,地中

海贫血并脾大36例,肝癌合并门脉高压症3例。均有脾大、脾功能亢进,肝脏储备功能Child-pugh分级A级62例,B级11例,C级5例(经保肝治疗手术前达B级)。78例术前均经病史、临床表现、血常规、肝功能、血生化、B超或CT及胃镜检查、骨髓检查,临床确诊合并脾功能亢进症。

1.2 方法 术前常规检查血常规、出凝血4项及肝、肾功能,穿刺部位备皮,抗生素皮试及碘过敏试验,肝功能Child-pugh分级C级者保肝治疗达到B级。常规消毒铺巾,局麻(小儿全麻)下以Seldinger技术穿刺股动脉,穿刺成功及保留动脉鞘后,引入5~6 F的Cobra、Yassmor、R-H导管,借助导丝选择性插管至脾动脉中段后造影,据造影路径图将导管超选择插管至脾动脉干的末段或者不同的脾支内,导管前端必须超过胰

尾动脉,然后经导管注入头孢他啶或头孢哌酮 2.0 g,再注入明胶海绵颗粒(约 1/4 ~ 1/2 块,直径 1 ~ 2 mm),加适量造影剂行脾动脉栓塞,至脾动脉血流明显减缓。10 min 后再行脾动脉造影,栓塞范围约 50% ~ 65%。穿刺点拔管后常规压迫 10 min 后加压包扎。术后定期复查血常规、肝功能、血生化、血尿酸淀粉酶、肝脾 B 超,随诊 3 个月至 1 年。

## 2 结果

78 例脾动脉栓塞术均获成功,术后出现并发症如下:脾栓塞术后综合征 78 例,肝功能损害 78 例,胸腔积液 36 例,脾脓肿 2 例,穿刺点皮下血肿 4 例,原发性腹膜炎 2 例,二重感染 1 例,左下肺炎及左侧胸膜炎各 1 例。以上并发症经过及时诊断及治疗,均好转出院。

## 3 讨论

随着介入医学的开展及其在临床的广泛应用,部分性脾动脉栓塞术(PSAE)较脾切除术因有保留部分脾脏功能的优点,使其日渐成为外科脾切除术的替代方法。本组 78 例均有不同程度及种类的并发症出现,经治疗后均好转,无严重并发症发生,其中适应证的选择是关键。以下应列为 PSAE 的禁忌证:①继发性脾功能亢进,其原发病已达终末期者;②有恶液质及脏器功能衰竭者;③严重感染及脓毒血症,脾栓塞有发生脾脓肿的高危险性者;④巨脾症严重黄疸,大量腹水者为相对禁忌证;⑤其它常规介入操作的禁忌证者<sup>[1]</sup>。一经发现并发症应及时作出诊断及治疗。

**3.1 脾栓塞术后综合征** 本组发生率 100%,但程度不同。主要表现为左上腹疼痛或不适,一过性发热,恶心、呕吐、食欲不振等。与 PSAE 术后部分脾组织梗死、炎症水肿、渗出、包膜紧张及刺激周围脏器组织有关。经抗感染、止痛、退热、支持治疗均缓解,大部分在 1 周左右消失。

**3.2 肝、肾功能损害** 肝功能损害本组发生率 100%,主要原因为坏死物质的吸收及门静脉血流减少,多为一过性,为术后肝储备功能下降、肝功能失代偿所致,术后 1 ~ 2 周内可改善。王秀敏等<sup>[2]</sup>报告行 PSAE 后死亡 1 例,考虑可能原因为在大片肝细胞坏死基础上加重肝功能损害所致。肝功能 Child-C 级的患者,术后脾功能亢进得到改善,但该类患者对副反应及并发症的耐受性极差,因此本组病例选择一般情况和肝功能较好的患者,术后常规护肝治疗,2 周左右肝功能恢复到术前水平,无死亡病例。姚清深等<sup>[3]</sup>观察到尿素氮(BUN)在栓塞后明显增高,但内生肌酐(Cr)未明显增高,说明栓塞后不影响肾脏的灌注,经护肝、抗菌治疗后 BUN 亦恢复正常水平。

**3.3 胸腔积液、肺炎或胸膜炎** 本组发生 38 例(48.72%),多见于左侧,主要因脾上极栓塞后局部反应可刺激左膈及左下胸膜引起炎症及疼痛,左下肺呼吸受限易诱发肺炎及胸腔积液,一般程度较轻,应用抗生素、镇痛及局部理疗等方法,多能恢复正常,少数出现大量胸腔积液,需行胸腔穿刺抽液。

**3.4 穿刺点皮下血肿** 本组发生 4 例(5.13%),主要与拔除导管后的穿刺点压迫止血不充分、患者凝血功能较差、术后活动过早过频有关。对肝硬化伴有门脉高压、脾亢患者,因血小板较低,凝血功能相对较差,术后应密切观察穿刺部位是否有出血,及早发现、及时处理,重新加压包扎。早期冰敷,不使用抗凝药;后期局部热敷、理疗,血肿可于 3 周后吸收完全。

**3.5 脾脓肿** 本组 2 例(2.56%),表现为寒战、高热,左上腹疼痛,左上腹肌紧张,脾区叩痛,血常规白细胞升高,X 线检查左膈上抬,活动受限,B 超和 CT 检查提示:脾脏有液化,混合性病灶。脾脓肿的形成可由导丝及栓塞剂污染引起;栓塞面积过大,脾静脉血流缓慢,致门静脉内带菌血反流入脾脏,也是导致脾脓肿形成的原因之一。原则上,较小的脓肿可经保守治疗痊愈;较大的脓肿可经皮穿刺引流辅助治疗;如果脓肿破裂并引起腹膜炎及及早行外科手术治疗。

**3.6 原发性腹膜炎** 本组 2 例(2.56%),均为肝功能 Child-Pugh 分级 C 级经护肝达 B 级者,术后腹水加重,抵抗力下降而出现腹膜炎症状,行腹水培养无细菌生长。经加强营养、抗感染及护肝、利尿治疗后治愈。

**3.7 二重感染** 1 例(1.28%),本组术后均应用抗生素治疗。该例为术后长期高热患者,应用抗生素达 1 个月,出现肠道真菌感染,停用抗生素、改用抗真菌药物治疗后痊愈。

总之,只要病例选择得当,栓塞方法正确,对脾动脉栓塞后并发症能及早诊断、正确治疗,PSAE 不失为外科脾切除术的替代方法,可作为脾功能亢进症及其它疾病有脾切除指征患者的首选治疗方法。

### 参 考 文 献

- 1 吕明德,杨建勇主编. 腹部外科影像诊断与介入治疗学[M]. 北京:人民卫生出版社,2003. 325 ~ 328.
- 2 王秀敏,董洪林,王春靖. 部分性脾动脉栓塞术 122 例术后并发症原因分析及其预防[J]. 中国实用内科杂志,2006,26(5):362 ~ 363.
- 3 姚清深,谭跃,徐旭军. 脾动脉栓塞治疗脾功能亢进并发症的观察和治疗[J]. 临床荟萃,2002,17(8):464 ~ 465.
- 4 褚雪英. 脾动脉栓塞后并发症的预防及治疗[J]. 山东医药,2006,46(1):72 ~ 73.

(收稿日期:2006-11-21 修回日期:2007-01-05)