

## 多层螺旋 CT 对慢性白血病并发区域性门脉高压的诊疗分析

王芸<sup>1)</sup>, 耿嘉蔚<sup>1)</sup>, 王罡<sup>2)</sup>, 范红<sup>1)</sup>

(1) 云南省第一人民医院, 昆明医科大学附属昆华医院 消化科; 2) 放射科, 云南昆明 650032)

[关键词] 慢性白血病; 并发症; 门脉高压; 多层螺旋 CT

[中图分类号] R657.3<sup>4</sup> [文献标识码] A [文章编号] 1003 - 4706 (2012) 07 - 0132 - 02

慢性白血病时骨髓异常增生, 血液呈高凝状态, 可导致全身多处血栓形成, 其中由于脾静脉栓塞引起区域性门脉高压, 并发上消化道大出血的临床报导少见. 近期笔者通过多层螺旋 CT (MSCT), 发现 2 例慢性白血病患者因区域性门脉高压并发胃底静脉曲张破裂出血, 现分析报告如下.

### 1 临床资料

病例 1: 男, 65 岁, 因呕血 1 d 入院, 总量约 800 mL. 血常规示 WBC  $32.5 \times 10^9/L$ , HGB 75 g/L, PLT  $664 \times 10^9/L$ ; 胃镜检查示胃底静脉曲张破裂出血, 食道静脉未见异常; 腹部 64 排多层螺旋 CT (MSCT) 增强扫描及血管成像 (CTA) 提示: 脾明显增大, 脾门区静脉、胃底静脉曲张, 脾静脉主干显示不清, 考虑脾静脉血栓形成导致区域性门脉高压 (见图 1、图 2). 骨髓穿刺检查确诊慢性淋巴细胞性白血病.

病例 2: 男, 79 岁, 因呕血、黑便 2 d 入院. 2 d 来突然呕暗红色血液及血块 2 次, 量约 1 000 mL; 解黑便 1 次, 量约 500 g; 伴心悸、头晕. 胃镜检查示胃底静脉重度曲张破裂出血, 食道静脉未见异常; 血常规示 WBC  $37.3 \times 10^9/L$ , HGB 45 g/L, PLT  $710 \times 10^9/L$ ; MSCT、CTA 提示脾脏增大, 胃底、胃体静脉曲张, 脾静脉主干显示不清, 脾脏可见多发楔形低密度影, 考虑脾梗塞, 脾静脉栓塞导致区域性门脉高压; 另于双侧髂内动脉见局部管腔闭塞, 分别长约 1.3 cm、3.5 cm, 考虑为栓子形成. 骨髓穿刺检查确诊慢性粒细胞性白血病.

以上 2 例患者查体: 脾脏于左肋下 15 ~ 20 cm

可及, 肝未及. 肝功能正常. 血清肝炎病毒学标志物均阴性, 抗核抗体等自身抗体阴性. CT 示肝脏形态正常.



图 1 增强 CT 扫描示胃底静脉曲张

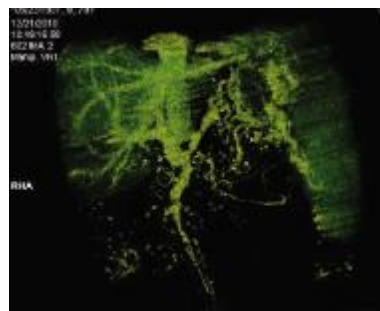


图 2 CTA 示脾静脉主干显示不清, 胃底、胃网膜静脉、胃左、右静脉及脾门区域静脉曲张明显. 胃左、右静脉汇入门静脉

### 2 讨论

通常白血病消化道出血的主要原因是大量白血病细胞在血管中瘀滞及浸润、血小板减少、凝血异常、感染以及化疗药物对胃肠粘膜的损伤. 由于该

[基金项目] 云南省社会发展科技计划 - 应用基础研究项目 (2010CD191)

[作者简介] 王芸 (1974 ~), 女, 云南昭通市人, 医学硕士, 主治医师, 主要从事消化内科临床工作.

[通讯作者] 耿嘉蔚. E-mail: sgbox2002@yahoo.com.cn

类患者原发病严重、基础情况差, 较少行胃镜检查明确病因. 文中 2 例患者以上消化道大出血为首发症状, 行胃镜检查发现孤立性胃底静脉曲张, 进而行 MSCT 检查明确为脾静脉栓塞导致区域性门脉高压, 胃底静脉曲张破裂出血. 因血像异常行骨穿检查确诊为白血病. 辅助检查的应用使得临床医生对慢性白血病并发症的认识进一步提高.

慢性白血病是导致区域性门脉高压的少见病因, 文献罕见报道. 由于慢性白血病骨髓异常增生, 大量白血病细胞在血管内淤积和浸润, 加之合并血小板增多, 使血液呈高凝状态, 可导致全身多处血栓形成, 如病例 2. 其中脾静脉的慢性栓塞引起脾静脉回流受阻, 导致脾胃区的门脉系统高压, 形成以胃体和胃底静脉丛曲张为主的侧支循环, 严重时导致胃底静脉曲张破裂出血. 出血后除常规应用抑酸剂外, 更重要的是选用生长抑素等药物降低门脉压力, 并可在内镜下行曲张静脉硬化治疗或组织粘合剂治疗. 原发疾病允许时, 外科脾切除术或同时结合贲门周围血管离断术可以使区域性门脉高压治愈<sup>[1]</sup>. 针对原发病进行化疗能降低白细胞和血小板数, 避免血栓进展.

当胃镜发现孤立性胃底静脉曲张时, 常提示医生应考虑到区域性门脉高压. 既往该症诊断困难, 尤其是难以了解侧支循环的具体情况. 近年来, 随着影像学科的发展, MSCT、CTA 的广泛应用, 使腹部血管的三维空间立体结构能通过无创的方法清楚显示, 区域性门脉高压的诊断进入了全新的局面. 2004 年马永富等<sup>[2]</sup>曾报道 1 例慢性淋巴细胞性白血病致食管胃底静脉曲张破裂大出血, 血小板

$774 \times 10^9/L$ , 作者考虑高凝状态致使食管胃底静脉血栓形成, 继之破裂出血, 当时尚无 MSCT 检查明确诊断. 该病例与本组病例中慢粒患者极其相似, 但由于有 MSCT 检查, 本组慢粒患者的出血病因及门脉高压侧支循环情况得以迅速明确.

区域性门脉高压多有明显的脾大, 多数伴有脾功能亢进. 而文中 2 例患者的白细胞及血小板异常增高, 通过骨髓穿刺检查确诊为慢性白血病. 脾大伴有白细胞及血小板增高是骨髓增生性疾病与其他病因所致区域性门脉高压的主要鉴别要点, 骨髓穿刺可以明确诊断.

总结经验, 对于消化科医师来说, 当发现脾静脉或门静脉栓塞导致门脉高压, 而白细胞及血小板增高时, 应高度怀疑能引起血液高凝状态及血细胞淤积的疾病, 如白血病等, 应行骨髓穿刺检查以协助诊断. 而对于血液科医师, 当遇到慢性白血病消化道大出血的患者, 病情允许的情况下, 也有必要行消化道内窥镜检查助诊, 以指导治疗; 当考虑到血管栓塞等病变时, MSCT 检查能协助诊断.

#### [参考文献]

- [1] 林德新, 李旋, 林枫, 等. 胰源性门脉高压症的研究进展[J]. 国际外科学杂志, 2008, 35(1): 51 - 53.
- [2] 马永富, 南琼. 慢性淋巴细胞性白血病致食管胃底静脉曲张破裂大出血[J]. 中华消化杂志, 2004, 24(7): 390.

(2012 - 02 - 18 收稿)