

經頸靜脈肝內門體靜脈支架分流術 (TIPS)

患者須知

簡介

- TIPS 是一種經由皮膚將肝內門靜脈的一個分支與肝靜脈吻合的手術。通過此手術，門靜脈壓力將會降低。
- TIPS 可用於治療因門靜脈高壓引起之併發症如
 - 門靜脈引流靜脈因高壓及曲張而出血，如食道靜脈曲張出血。
 - 胃部靜脈曲張出血。
 - 嚴重之腹腔或胸腔積液。
 - 布加氏綜合症。
- 此項介入手術由受過介入放射學專業培訓的放射科醫生在放射科以圖像監視系統的引導下進行。醫生會使用碘造影劑和/或二氧化碳進行成像。

流程

- 手術前，病人須進行超聲、CT、血液檢查等準備，以確定不同血管之結構及位置。須放入靜脈輸液針及導尿管。手術全過程進行生命體徵監控。
- 手術會在局部麻醉下進行。少數情況下需要全身麻醉。
- 一般情況下，由頸部的右側頸內靜脈進入體內。一個小導管和一個導絲將經過上腔靜脈、右心房進入肝靜脈。
- 放射科醫生將使用特殊設計的穿刺針，經肝靜脈穿入門靜脈的一個分支。門靜脈穿刺成功後，用球囊導管撐開肝靜脈和門靜脈之間的肝組織，植入金屬支架，確保通道順暢。支架可能用上帶膜支架。近期臨床研究指出帶膜支架有更長久之通暢率。
- 然後測量靜脈壓及調整支架口徑。
- 手術過程平均約需 3-6 個小時。如肝臟體積較小者，或許較長時間。
- 靜脈曲張引起的腸胃道出血，可經導管植入金屬絲球進行栓塞治療。
- 手術結束後，內側頸靜脈處將留置一個短的鞘管，以便於必要時作進一步治理。需進行生命體徵監控。
- 第二天，用多普勒超聲檢查 TIPS 是否通暢。如果 TIPS 通暢，臨床情況穩定，即可拔出鞘管。
- 手術成功後，如植入非帶膜支架，有近 50% 的患者在 6 至 12 個月內會出現支架通道收窄多於 50% 的情況，及門靜脈高壓的復發。再出血率為 24%。症狀的復發可以通過球囊導管擴張，或植入另外的支架來治療。帶膜支架有較佳的通暢率及較少再出血率。

可能發生的併發症

- 可用藥物控制的肝腦症 (<25%)
- 嚴重的或無法控制的肝腦症 (和術前的肝功能及是否已有肝腦症有關)。TIPS 可能要被堵塞
 - 有輕微或溫和的肝臟疾病 (<10%)
 - 有嚴重的肝臟疾病 (<40%)
- 頸側穿刺點血腫 (<5%)
- 發熱 (<5%)
- 短暫性造影劑造成的腎功能衰竭 (<5%)
- 肝動脈損傷 (<2%)
- 膽道出血 (<2%)
- 膽囊穿孔 (<2%)
- 支架位置不當 (<1%)
- 短暫性肺水腫 (<1%)
- 腹腔積血 (<1%)
- 血管受傷而引起肝臟梗死 (<0.5%)
- 需長期透析治療的腎功能衰竭 (<0.5%)
- 皮膚放射性燒傷 (<0.1%)
- 嚴重全身感染 (罕見)
- 手術直接引起死亡 (罕見)
- 非離子性碘造影劑引起的不良反應發生率低於 0.7%。非離子性造影劑引起的死亡率低於 1/250,000。

聲明

本患者須知單張由香港介入放射科醫學會編寫。本單張的主要作用是提供病人及家屬一般須知的資料，並未能全面包括這項介入手術的所有資料，亦並非向閣下提供任何建議或醫療意見。閣下不應依賴本單張的任何資料去作出任何決定或行動。香港介入放射科醫學會不會負責任何因利用這病人須知單張而引起之後果及法律責任。在編寫單張過程中，負責人員已盡量將最新及準確之資料包括在內。但隨着新的醫療研究結果公佈及技術發展，單張內的資料未必能反映最新情況。病人及家屬應向你們的主診醫生詢問有關這項介入手術的一切疑問。

2010 年編寫。版本 2.0。