

4 参考文献

- 1 Burke DR, Lewis CA, Cardella JF, Citron SJ, Drooz AT, Haskal ZJ, Husted JW, McCowan TC, Van Moore A, Oglevie SB, Sacks D, Spies JB, Towbin RB, Bakal CW. Society of interventional radiology standards of practice committee. quality improvement guidelines for percutaneous transhepatic cholangiography and biliary drainage. *J Vasc Interv Radiol* 2003; 14(9 Pt 2):S243-S246
- 2 Filippone A, Ambrosini R, Fuschi M, Marinelli T, Pinto D, Magglaletti A. Clinical impact of MR cholangiopancreatography in patients with biliary disease. *Radiol Med* 2003;105: 27-35
- 3 Taylor AC, Little AF, Hennessy OF, Banting SW, Smith PJ, Desmond PV. Prospective assessment of magnetic resonance cholangiopancreatography for noninvasive imaging of the biliary tree. *Gastrointest Endosc* 2002;55:17-22
- 4 Chaudhary A, Negi SS, Puri SK, Narang P. Comparison of magnetic resonance cholangiography and percutaneous transhepatic cholangiography in the evaluation of bile duct strictures after cholecystectomy. *Br J Surg* 2002;89:433-436
- 5 Liu H, Tong W, Hu W, Li H, Wen Z, Wang J, Huang W, Liu X. Percutaneous expandable metallic stent biliary endoprotheses used in malignant and benign obstructive jaundice. *World J Gastroenterol* 2000;6(Suppl 3):51
- 6 Qin LX, Tang ZY. Hepatocellular carcinoma with obstructive jaundice: diagnosis, treatment and prognosis. *World J Gastroenterol* 2003;9:385-391
- 7 Misra S, Melton GB, Geschwind JF, Venbrux AC, Cameron JL, Lillemoed KD. Percutaneous management of bile duct strictures and injuries associated with laparoscopic cholecystectomy: a decade of experience. *J Am Coll Surg* 2004;198:218-226

编辑 张海宁

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2005 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

改良腹水采集法自体回输治疗肝硬化难治性腹水 51 例

肖绍树, 边湘艳, 贺降福, 陈红

肖绍树, 边湘艳, 贺降福, 陈红, 黄石市五医院消化内科
湖北省黄石市 435005通讯作者: 肖绍树, 435005, 湖北省黄石市新下陆, 黄石市五医院消化内科.
电话: 0714-5333920

收稿日期: 2005-02-14 接受日期: 2005-03-16

摘要

目的: 改良腹水采集法自体回输治疗肝硬化难治性腹水的方法及价值.

方法: 从腹腔穿刺针送入硅管引流腹水直接回输治疗肝硬化难治性腹水 51 例.

结果: 51 例肝硬化难治性腹水经腹水直接回输治疗, 显效者 15 例, 占 29.4%, 有效者 27 例占 53.7%, 无效者 9 例, 占 16.9%, 本组有效率为 83.1%.

结论: 改良腹水采集法自体腹水回输治疗肝硬化难治性腹水疗效满意, 方法简便, 经济实用.

肖绍树, 边湘艳, 贺降福, 陈红. 改良腹水采集法自体回输治疗肝硬化难治性腹水 51 例. 世界华人消化杂志 2005;13(8):1036-1037
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/13/1036.asp>

0 引言

对肝硬化腹水的治疗如卧床休息, 限制钠和水的摄取, 补充白蛋白、积极护肝, 除去诱发因素同时加用利尿

剂, 大多数肝硬化患者腹水能消退, 但仍有 5-10% 的肝硬化患者在无肾功能不全的情况下, 对大剂量的利尿剂和限制钠摄入几乎无治疗反应, 这些肝硬化腹水被定义为难治性腹水. 腹水直接回输是治疗难治性腹水的一种方法. 目前国内外采集腹水的方法是行腹腔穿刺成功后, 将针头固定在腹壁上, 放腹水于无菌瓶中. 我科对 51 例肝硬化难治性腹水, 行腹腔穿刺成功后, 从穿刺针孔内送一根硅胶管达腹腔, 拔出穿刺针, 留置硅胶管于腹腔, 持续性排放腹水, 供直接回输治疗肝硬化难治性腹水, 疗效满意, 方法简便, 经济实用, 现报告如下.

1 材料和方法

1.1 材料

1.1.1 肝硬化难治性腹水 51 例, 男 38 例, 女 13 例. 年龄 28-61 岁, 平均 45 ± 5.5 岁, 腹水出现时间 2-7 (平均 3.5) a, 并胸水 12 例. 诊断依据病史, 临床体检、B 超、CT 和实验室检查符合肝硬化难治性腹水, 排除感染性腹水、癌性腹水、严重肝功能损害、重度黄疸及凝血机制障碍者; 严重心肺功能不全、肝昏迷或近期有食管静脉曲张破裂出血者.

1.1.2 器械 (1) 穿刺用 20 号针头 1-2 个. (2) 备长 30-40 cm 内径 1.0-1.2 mm 硅胶管一根, 前端剪成与穿刺针头斜面相吻合, 斜面距入腹腔先端 3-6 cm 间平面上剪 2-3 个

小孔,另端接短臂注射针头。(3)引流皮管一根长约1 m,一端接腹腔穿刺引流短臂针头,另一端接腹水瓶,全密封。(4)备弯盘一个,治疗巾一块,血管钳2把,纱布若干块,一并打包高压灭菌。

1.2 方法

1.2.1 患者术前排空小便,取仰卧位,于侧下腹为穿刺点,常规消毒,局麻后穿刺,穿刺成功后,通过穿刺针头把引流管送入腹腔15-18 cm深后,拔出穿刺针头,保留硅胶管并固定在腹壁上,另端接腹水胶管流入空瓶内。用调控器控制腹水流速,灌满第1瓶后即开始回输,开始20-30滴/min,半小时后,如无不良反应,则逐渐调至50-60滴/min。在输入第1瓶腹水中加入地塞米松10 mg,庆大霉素8万单位。第2瓶再加入庆大霉素8万单位。排放腹水与回输腹水同步进行,其速度基本一致。当腹水回输2 000-3 000 mL后尚不见尿量增多,加用20-40 mg速尿入瓶,以加速利尿效果,出现利尿后应补钾。腹水回输时间一般不超过72 h。间断1-2 wk可再次回输。拔管后穿刺点用消毒的橡皮盖压迫,防止外漏,然后盖上敷料并包扎多头腹带。

1.2.2 疗效标准 (1)显效:腹水消退,不用利尿剂,可自发利尿,腹水不再起,肝功能基本恢复正常,能参加一般劳动,随诊半年以上病情稳定。(2)有效:腹水消退或基本消退,对利尿剂重新敏感,间歇或小剂量利尿剂配服可巩固疗效并能正常生活6 mo以上。(3)无效:经腹水回输消退后又较快积聚,症状、体征、肝功能改善不显,随访3-6 mo或因并发症死亡。

2 结果

本组51例经腹水直接回输治疗1次者35例,2次者11例,3次者5例。一次回输总量最少为5 000 mL,最多为20 000 mL,平均为8 500 mL。按本文拟定的标准显效者15例,占29.4%,有效者27例占53.7%,无效者9例占16.9%,本组有效率为83.1%。

3 讨论

肝硬化腹水的发生十分复杂,泛滥学说与有效血容量不足学说各持己见,均有一定依据^[1]。但晚期肝硬化腹水患者,其主要原因是有效血容量减少,重要脏器尤其是肾脏处于灌注不足状态,肾交感神经活动亢进,有多种活性物质分布异常,如腹水中有一种“类洋地黄物质”^[2],他与肾性钠潴留有关,为Na⁺、K⁺-ATP酶抑制剂;心钠素又称心房肽^[3],是心血管释放的含钠多肽,具有抑制醛固酮释放,扩张血管,增加肾血流量和肾小球滤过率的功能;内皮素是目前已知最强的内源性缩血管活性肽^[4],在肝硬化腹水时具有利钠效应。腹水回输使腹水中的以上血

管活性物质进入体循环,经过肾脏等器官调节,使其紊乱状态得以改善,有利于恢复其正常生理功能。本组难治性肝硬化腹水患者腹水回输前均表现为纳差、口干、尿少、皮肤干燥、血压偏低,腹水回输治疗后均有不同程度得以改善。此外,张力性腹水可导致下肢血液回流障碍及肾脏淤血,膈肌抬高压迫心脏可起到类似缩窄性心包炎的作用,使血流动力学方面失调进一步恶化。此时如再继续采取限水与强烈利尿的治疗方法,不但难于奏效,而且会促使肝肾综合征的发生。本组中有3例因限水,应用大剂量利尿剂,出现肝肾综合征,经自体腹水回输后出现自发性利尿作用。因此,在重症肝硬化腹水病例中,医源性肾衰的问题不容忽视。总之,在对待肝硬化难治性腹水的治疗,必须强调扩容以纠正有效血容量不足与改善肾脏血流灌注,从而发挥肾脏的调节作用。而自体腹水回输治疗肝硬化难治性腹水既不同于单纯排放腹水那样对症治疗,也不同于输注蛋白制剂,提高胶体渗透压减少腹水形成和应用利尿剂,而是同时遵循了清除腹水和扩容两大治疗原则,又使腹水和血管活性物质进入体循环可逆转了发生腹水的某些病理生理环节,不仅在理论上是合理的,实际疗效是可靠的。本组有效率为83.1%。目前国内采集腹水的方法是^[5-6],用无菌静脉输液管的16号针头按常规行腹腔穿刺,穿刺成功后,将针头固定在腹壁上,另一端接无菌盐水瓶,待腹水引流到一定量后,进行回输。本改良法采取腹水是采用20号穿刺针头,穿刺成功后,从穿刺针孔内送入一根硅胶管达腹腔,见腹水排出后,拔出穿刺针,将硅胶管固定在腹壁上,进行持续性引流腹水。本方法具有以下优点:(1)无金属穿刺针固定在腹壁上,避免了留置针头对肠管的损伤作用。(2)排放腹水与回输腹水同步进行,用调节器控制其速度,符合生理要求,避免了先一次或快速排出大量腹水后回输容易引起有效血容量骤减导致心排出量和肾血流量急剧下降,可发生肾功能衰竭,也避免了快速回输容易诱发食管胃底静脉曲张破裂出血和心衰及肺水肿。(3)若停止回输,可堵塞引流管,患者可暂时休息,也能下床活动,恢复回输,即可打开引流,不需再次穿刺,也减少腹腔感染。

总之,腹水直接回输治疗肝硬化难治性腹水疗效可靠,本改良法采取腹水,操作简便,经济实用,值得推广。

4 参考文献

- 1 王家龙. 重视肝硬化腹水的临床研究. 中华消化杂志 2004;4:193
- 2 戴新新. 肝硬化腹水回输后的利尿作用. 中华消化杂志 1989;9:11
- 3 姜慧卿, 姚希贤, 刘宏群. 自身腹水回输对肝硬化患者血浆心钠素和肾素的影响. 中华内科杂志 1991;30:622-623
- 4 吕晓峰. 自体腹水回输治疗顽固性肝硬化腹水64例. 中西医结合肝病杂志 2004;14:51-52
- 5 叶维法. 肝病治疗学. 天津: 天津科学技术出版社. 1990:416-417
- 6 漆德芳. 肝硬化. 北京: 北京科学技术出版社. 2000:507-508