



肝硬化合并难治性肝腹水的临床治疗

卢阳明 (常德市第四人民医院普外科 湖南常德 415000)

摘要: **目的** 分析肝硬化合并难治性肝腹水的临床治疗方法及效果。**方法** 选择本院 2015 年 10 月~2016 年 10 月收治的肝硬化合并难治性肝腹水患者 96 例, 随机分为 A 组和 B 组, 每组 48 例, A 组给予常规治疗, B 组在 A 组基础上加用回输浓缩超滤腹水法, 观察治疗效果, 检测两组患者治疗后的总胆红素、清蛋白、血清钠及血清钾水平。**结果** B 组临床疗效、清蛋白水平、血清钾水平、血清钠水平均高于 A 组, 总胆红素水平低于 A 组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 采用回输浓缩超滤腹水法治疗肝硬化合并难治性肝腹水患者时, 可有效减轻肝硬化及肝腹水情况, 促进患者康复, 提升治疗效果。

关键词: 肝硬化 难治性肝腹水 临床治疗

中图分类号: R575.2 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2017) 05-093-01

肝硬化属于慢性肝脏疾病的一种, 主要的引发原因为病毒、长期饮酒、药物刺激等, 病情发展到晚期时, 突出特征即为肝腹水。肝硬化合并肝腹水的治疗难度较大, 缓解症状后, 部分患者再次复发, 甚至造成难治性肝腹水, 危及患者生命安全。研究表明, 肝硬化合并难治性肝腹水应用回输浓缩超滤腹水法治疗时, 可有效的减轻腹水程度, 促进患者康复, 并改善患者的肝功能, 延长生存率。本院在治疗肝硬化合并难治性肝腹水患者时, 即采用常规治疗加回输浓缩超滤腹水法, 效果较为理想。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择本院 2015 年 10 月~2016 年 10 月期间收治的肝硬化合并难治性肝腹水患者 96 例, 男 50 例, 女 46 例; 年龄 42~67 岁, 平均年龄 (49.3±2.7) 岁; 病程 5~39 个月, 平均病程 (26.8±3.1) 个月; 病理类型: 酒精性肝硬化 35 例, 乙肝后肝硬化 31 例, 血吸虫性肝硬化 30 例。

纳入标准: (1) 符合肝硬化合并难治性肝腹水的诊断标准; (2) 经腹部 B 超检查、实验室检查确诊。随机分为 A 组和 B 组, 每组 48 例, 两组患者的基本资料数据相近, 不存在统计学意义 ($P > 0.05$), 具体可比性。

1.2 方法

A 组患者给予常规治疗, 包含吸氧、开放静脉通道等, 对钠盐、水分的摄入进行严格的控制, 维持水电解质平衡, 以患者症状为依据, 适当给予患者葡萄糖注射液, 静脉滴注, 实施综合治疗, 药物包含前列腺素、甘利欣等, 预防并发症; 给予患者呋塞米 (武汉福星生物药业有限公司, 国药准字 H42023005) 40mg、盐酸多巴胺注射液 (亚邦医药股份有限公司, 国药准字 H32023366) 20mg, 腹腔注射, 隔天 1 次, 治疗 1 个月。

B 组患者在 A 组基础上加用回输浓缩超滤腹水法, 具体如下: 取平卧位, 左下腹与右下腹部位常规消毒, 导管及穿刺针连接并固定后, 腹水由左下腹导管引到动脉导管内, 设置正压泵时, 每分钟流速为 150~250ml, 在负压泵作用下, 利用滤过器对腹水进行超滤, 将腹水中的中小分子物质、水滤出, 浓缩腹水, 随后经右下腹导管, 利用静脉导管输入到腹腔中; 操作密闭进行, 并保证全程的无菌性, 每次滤出液体 3000~6000ml, 治疗 90~180min, 每周治疗 1~2 次, 共治疗 1 个月。

1.3 观察指标

1 个月后, 评价临床治疗效果; 给予两组患者实验室生化检验, 指标包含总胆红素、清蛋白、血清钠、血清钾。

1.4 疗效判定

显效: 基本消除或明显减轻临床症状, 改善各器官功能, 减少腹水 80% 以上, 疗效维持 2 周以上; **有效:** 减轻临床症状, 有所改善器官功能, 减少腹水 50%, 疗效维持 1 周以上; **无效:** 临床症状、器官功能及腹水均未见改善。

1.5 统计学分析

以 SPSS19.0 统计学软件进行数据的处理和分析, 应用 ($\bar{x} \pm s$) 和 (%) 进行计量和计数, 由 t 值和 χ^2 检验, $P < 0.05$ 代表对比具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床治疗效果比较

经治疗后, A 组 48 例患者中, 治疗显效 23 例, 占 47.9%; 有效 15 例, 占 31.3%; 无效 10 例, 占 20.8%; 总有效 38 例, 有效率 79.2%。B 组 48 例患者中, 治疗显效 28 例, 占 58.3%; 有效 17 例, 占 35.5%; 无效 3 例, 占 6.2%; 总有效 45 例, 有效率 93.8%。B 组患者临床治疗总有效率高于 A 组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.2 实验室生化指标检验结果比较

B 组清蛋白水平、血清钾水平、血清钠水平均高于 A 组, 总胆红素水平低于 A 组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1: A 组与 B 组患者实验室生化指标检验结果比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别 (n=48)	总胆红素 ($\mu\text{mol/L}$)	清蛋白 (g/L)	血清钠 (mmol/L)	血清钾 (mmol/L)
A 组	90.6±38.1	23.1±5.2	126.8±2.1	3.2±0.9
B 组	65.2±41.7*	30.2±5.4*	134.9±3.2*	4.3±0.5*

注: 与 A 组相比, * $P < 0.05$ 。

3 讨论

肝硬化合并难治性腹水具有非常复杂的发生原因, 主要原因为改变肝脏质地后, 提升门静脉周围的压力, 减少血液中蛋白物质, 同时, 增多活血管物质, 降低周围动脉是抗阻力, 加速扩张, 减缓血液循环, 阻碍水、钠运行, 生成、加重腹水^[1]。临床治疗肝硬化合并难治性肝腹水时, 关键在于及时的诊断、治疗, 预防并发症的发生, 降低病死率。常规治疗方法中, 主要包含纠正血容量不足、电解质紊乱, 预防和控制感染, 使用利尿剂等, 可较为有效的改善患者的症状, 但常规治疗并非在所有患者中都能具有良好的作用^[2]。在常规治疗基础上加用回输浓缩超滤腹水法后, 可促进患者肾脏功能的改善, 促使利尿剂发挥更好的作用, 有效预防肝肾疾病及综合征的发生, 提升血浆中蛋白质的含量, 使血浆渗透压提升, 对腹水的生存发挥抑制作用, 减少腹水^[3]。

综上, 临床治疗肝硬化合并难治性肝腹水患者时, 常规治疗联合回输浓缩超滤腹水法能够有效的改善患者的临床症状及器官功能, 减少腹水, 增加血清钠、血清钾, 促进患者康复, 提升患者的生存质量。

参考文献

- [1] 鄢玲. 多种利尿剂联合应用治疗难治性肝硬化腹水的临床疗效分析[J]. 大家健康(学术版), 2016, 10(04):133.
- [2] 杨晶欣, 杨航. 利尿剂呋塞米联合多巴胺治疗难治性肝腹水的临床分析[J]. 现代诊断与治疗, 2016, 32(05):856-858.
- [3] 程红杰. 五皮饮加味联合腹水回输治疗肝硬化难治性腹水的临床观察[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2013, 23(03):140-142.