

肝硬化并难治性肝腹水患者临床治疗分析

孙 科

哈尔滨市第六医院 黑龙江哈尔滨 150030

【摘要】目的 探析肝硬化并难治性肝腹水的方法和效果。**方法** 随机选取 160 例肝硬化并难治性肝腹水患者作为本次研究的主要目标, 并将 160 例患者采用数字编号法分为观察组和对照组, 分别实施白蛋白输注 + 利尿剂治疗 + 腹穿放液方案、常规治疗方案, 将两组各个评价指标数据输入到表格中进行比较和分析。**结果** 观察组治疗总有效率和相关临床指标具有显著的优势, ($P < 0.05$)。**结论** 将白蛋白输注联合利尿剂治疗方案融入到肝硬化并难治性肝腹水患者的常规治疗中效果可观, 患者的临床症状得到显著改善的同时还能够将死亡率降到最低。

【关键词】肝硬化; 难治性肝腹水; 临床治疗效果**【中图分类号】**R657.3**【文献标识码】**A**【文章编号】**1005-4596 (2022) 03-007-02

目前, 肝硬化在临床上是一种常见病症, 肝脏呈现进行性慢性病变状态。该病的发病原因相对复杂, 一般都是因为肝炎引起, 有些患者是因为血吸虫或酒精引起肝硬化, 导致肝细胞出现结节性和弥漫型的病变, 最终发生坏死或者再生其他病症, 导致肝组织纤维发生瘢痕性或者增生性的收缩。肝硬化患者的肝脏形状出现变化, 而且肝硬度也有所改变。难治性肝腹水就是肝硬化后门静脉高压症, 因肝硬化长时间得不到彻底治愈, 最终导致难治性肝腹水的出现, 标志着肝硬化处于晚期, 肝硬化并难治性肝腹水在肝腹水患者中占有很高的比例, 因此, 应给予患者及时有效的治疗, 改善患者的预后, 促进其生活质量的提升。在有些报道中提到, 在常规基础治疗基础上辅助采用白蛋白输注和利尿剂治疗方法能够缓解患者的临床症状, 促进治疗效果的提升^[1]。现对肝硬化并难治性肝腹水患者采用不同的药物治疗方案, 具体报告内容如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料

患者一般资料(表 1)。

表 1: 两组患者一般资料比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别 (n)	男/女	年龄 (岁)
观察组 (n=80)	58/22	56.55±3.62
对照组 (n=80)	56/24	55.90±3.98
t	0.524	0.552
P	2.007	1.021

1.2 方法

对照组: 实施常规治疗方案, 即叮嘱患者保证充足休息, 对饮水量进行限制, 每天低于 1000ml; 控制钠元素的摄入量,

表 3: 临床指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别 (n)	例数	总胆红素 (umol/L)	血清蛋白 (g/L)	血钠 (mmol/L)	血钾 (mmol/L)
观察组	80	64.02±12.59	29.86±5.71	125.66±2.89	4.20±0.47
对照组	80	91.82±37.22	22.01±4.65	116.12±1.78	3.48±1.30
t	-	12.251	11.245	10.264	10.365
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

在临床上肝硬化患者数量庞大, 该病是一种常见的慢性疾病, 病理是肝脏出现弥漫性纤维化情况。该病的主要临床症状是病情进展速度较慢, 疾病晚期主要表现出门静脉高压症和肝功能减退等, 导致难治性腹水的主要原因是肾灌注不足或者有效血容量不足等。临床在治疗肝硬化并难治性腹水患者时, 需严格控制其饮水量, 而且限制钠元素的摄入量也非常重要, 使用利尿剂旨在患者将尿液及时的排出, 然而该药物对肝腹

每天低于 2g, 确保其体内的水电解质处于平衡的状态。同时, 给予患者利尿剂, 在治疗期间确保患者每天体重下降不超过 0.5kg, 直到腹水完全消失, 调整利尿剂使用剂量。针对严重腹胀或过高腹压的患者, 每周实施三次腹水放液, 为患者开放静脉通道, 静脉输注 40g 白蛋白。另外, 给予患者促肝细胞生长素、还原谷胱甘肽和维生素以及甘利欣等药物^[2]。

观察组: 实施常规治疗 + 白蛋白输注 + 利尿剂 + 腹穿放液治疗方案, 常规治疗方法和对照组相同, 同时将患者体内的腹水放出, 并输注白蛋白, 利尿剂的使用剂量和方法同对照组, 利用穿刺针将患者腹腔内的分泌物抽取出来并进行化验, 腹液抽取后借助多头腹带束缚腹部, 避免患者腹压下降过快, 每次放液量低于 3000ml, 避免患者出现肝性脑病^[3]。

1.3 观察指标

对比两组患者的相关指标。

1.4 统计学分析

用 SPSS21.0 统计学软件对数据进行分析, 用 t、 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗效果比较

表 2: 治疗效果比较 (% , n)

组别 (n)	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	80	44 (55.00)	32 (40.00)	4 (5.00)	76 (95.00)
对照组	80	16 (20.00)	36 (45.00)	28 (35.00)	52 (65.00)
χ^2	-	26.133	0.511	28.125	28.125
P	-	0.000	0.474	0.000	0.000

2.2 临床指标比较

水的排出不会产生任何作用, 说明肝硬化患者的疾病已趋于晚期, 即所谓的难治性肝腹水。肝硬化腹水疾病不是单独存在, 其同时将多种肝脏疾病失代偿期的症状表现出来。肝脏疾病如果发展到肝腹水阶段, 说明患者的肝脏疾病严重程度已经处于失代偿期, 倘若未及时得到对症治疗, 患者将获得不良后续。难治性腹水就是在正规使用大量利尿剂后患者的腹水症状还无法得到有效缓解, 甚至进一步加重导致肾功能不全的状态。该病的病因主要是患者的肝脏出现质地病变, 增加门静脉压,

引起低蛋白血症,进而影响患者体液的平衡,在患者体内水和钠严重滞留,使患者腹水量进一步增加。如果患者长时间得不到及时有效的治疗,有可能引起上消化道出血等相关并发症,严重的话甚至会导致自发性腹膜炎等严重疾病,给患者的生命产生极大威胁。基于此,应不断寻找更加有效治疗肝硬化并难治性腹水的手段,促进患者生活质量的提升,使患者的生命安全得以有效保障^[4]。

对患者实施白蛋白输注,能够使患者得到充足的营养物质,使其机体状态得到改善,同时患者的血液容量得以维持,最大程度的减少血细胞发生聚集的风险,为减少血流量提供有利条件,只有这样肝腹水压力才会相应减少。另外,白蛋白可以作为载体,在脂肪酸的运送之间发挥着重要作用。因此,对肝硬化并难治性腹水患者采用白蛋白,使因血浆胶体渗透压降低而增加腹水量的风险最低程度的减少,为保持肾脏血液正常的循环下去提供有利条件。通过合理控制利尿剂的使用剂量,使患者及时将尿液排出体外,为减少腹水量提供有利条件。对患者实施腹穿放液的同时输注白蛋白联合使用适量的利尿剂,效果要比单一采用一种治疗方案的效果理想,而且对于大多数的患者均会产生效果。需要注意的是,患有严重上消化道出血和肝性脑病以及凝血障碍的患者不适合采用该治疗方案^[5]。

(上接第5页)

有效的护理措施后消失;还有5例患者在进行CT增强扫描后出现荨麻疹等皮肤过敏的反应,在遵医嘱给予患者10mg的氯苯吡胺和钙剂进行口服后10~20分钟明显的缓解过敏症状;在扫描期间发生了2例渗漏以及1例局部肿胀的并发症情况,而空气栓塞、静脉炎和心脑血管意外以及造影剂过敏等不良反应情况均未发生,详情见表1

3 讨论

CT增强扫描是诊断肺动脉血栓栓塞的主要手段之一,在对患者进行扫描之前应该充分的了解患者的过敏史,并且明确告知患者对比剂的应用目的以及注意事项等,同时还应该

(上接第6页)

告知患者常见的并发症的发生原因,对患者进行有效的心理干预来缓解患者的紧张情绪,提高患者的治疗信心以及治疗的安全性。

参考文献

- [1] 金楠,王耀春.32层螺旋CT增强扫描中高压注射器的应用与护理体会[J].中国实用医药,2021,5(17):193-194.
- [2] 伦新强,苏江.碘佛醇注射液的不良反应观察及合理应用出处[J].中国医药,2021,5(3):276.
- [3] 段红英,杨毅群,冯永明.高压注射器在CT增强扫描中的应用及护理[J].基层医学论坛,2021,11(17):4342-4343.

意义分析[J].中国实用儿科杂志,2022,28(3):224-225.

- [4] 李智,齐俊英,郭威,等.不明原因发热性疾病的病因与诊断方法分析[J].解放军医学杂志,2022,38(3):217-221.
- [5] 张保霞,张晓,徐瑞.血清降钙素原与前白蛋白检测在儿童发热性疾病中的诊断意义[J].中国现代药物应用,2021,7(3):32-34.
- [6] 王佳丽.CRP,超敏CRP联合血常规检测在儿科早期感染性疾病中的应用价值[J].医学理论与实践,2022,27(1):107-108.
- [7] 张梅.血细胞形态学检查对发热患者病因的临床意义[J].河北医药,2021,33(19):3011-3012.
- [8] 孙小平.发热病人病因判断中血细胞形态学检验的应用研究[J].广东微量元素科学,2021,23(4):27-29.
- [9] 张晓进,赵建梅.血细胞形态学检查对发热患者病因诊断的临床意义[J].世界最新医学信息文摘,2021,16(43):276.
- [10] 宋育智,董艳.血细胞形态学检验在发热患者病因判断中的应用价值分析[J].临床医药文献杂志,2022,3(4):670-671.

参考文献

- [1] 丁秋香.浅谈急性发热的中医护理[J].中国中医药现代远程教育,2021(23):120-121.
- [2] 王世华.4例术后高热患者应用需要论的护理[J].中国民族民间医药杂志,2022(3):123-123.
- [3] 陈巧彬,陈琅.炎性指标对儿童发热性疾病诊断临床