

顽固性腹水的介入治疗——经皮腹水-静脉转流术

花迎雪 乔德林 龚德根 章宏靖

肝硬化失代偿期及终末期肝癌患者其顽固性腹水的治疗,目前仍较为棘手,腹水消退困难,患者不但痛苦,且影响食欲及睡眠,大量引流将造成大量营养物质的丢失,引起电解质紊乱、肝肾综合症、肝性脑病及恶液质的发生,加重病情。2年来我院对4例顽固性腹水患者行PVS术,疗效显著,但导管转位问题较为突出,现总结如下。

材料与方法

一、临床资料

2例为乙肝后肝硬化失代偿期,1例为肝豆状核变性,肝硬化失代偿期,肝功能均为Child C级,1例为卵巢癌腹腔广泛转移伴大量腹腔积液,4例患者出凝血时间均正常,无心脏疾病史。

二、材料

PVS留置管(5F),可撕脱穿刺针,血管穿刺针导丝及隧道针等。

三、方法

患者仰卧于X线诊疗台上,取右锁骨中外三分之一处下方1.5cm处为穿刺点,按Seldinger技术操作,将导丝及PVS留置管置于锁骨下静脉,退出导丝,钳扎留置管近端,在右侧腋前线胸腹壁上做2处0.5cm小切口,用隧道针从皮下将留置管引至右侧季肋下约5cm处,避开肝脏,可撕脱穿刺针向下穿刺进入腹腔后引流腹水约400ml以后,将PVS留置管内注入造影剂,确定其远端位置,通过可撕脱穿刺针引入腹腔,电透下见造影剂缓慢回流至右锁骨下静脉,将锁骨下静脉及右肋弓下切口处留置管用丝线与皮下组织缝扎,缝合皮肤,术后嘱半卧位,同时予抗感染、利尿治疗。

结 果

1例卵巢癌术后腹腔广泛转移患者术后3h出现呼吸困难,紫绀明显,予拔出导管、利尿,大剂量糖皮质激素、血管活性药物,纠正酸中毒,治疗后好转。

其余 3 例 PVS 术后腹围均有缩小, 分别从 97.1cm、93cm、101cm 减至 86cm、84cm、90.3cm, 平均减少 9~11cm, 疗效明显, 但均在两周后出现导管移位, 1 例移位至右心房, 1 例移位至腹腔, 1 例从腹腔内移位至皮下, 后予以拔除。

讨 论

1974 年 Leveen 采用 PVS 治疗肝硬化腹水获得成功, 此后 PVS 又运用于恶性腹水的姑息性治疗。PVS 根据胸腹压力差, 使腹水缓慢回流至上腔静脉, 对改善患者症状, 提高生活质量有较好疗效, 如选择合适的 PVS 留置管, 术前完善必要检查如出凝血时间, 肝功能, 腹水生化、常规, 培养及霍氏试验, 心电图等, 术中注意无菌操作, 其感染、心衰、DIC 及上消化道出血等并发症较为少见, 本文 1 例紫绀病例为急诊行 PVS 术, 手术时发现其腹水较为黏稠, 故考虑为脂肪滴或纤维蛋白裂解物进入肺循环造成

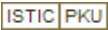
成人呼吸窘迫综合征所致, 给予利尿剂、大剂量糖皮质激素、血管活性药物、纠正酸中毒并呼吸机支持后好转。故必要的术前检查可减少并发症的发生, 该病例后, 我们行 PVS 术前, 除完善必要检查, 同时行“腹水试验”即严格消毒下抽取 50ml 腹水通过外周静脉缓慢推注, 无不良反应后再行 PVS 术, 行“腹水试验”的病例均无不良反应, 但均有导管移位现象, 虽采用多种方法, 如皮下缝合固定, 皮下不锈钢连接管固定缝合, 留置管作一圆形状与皮下组织缝合固定等均效果不佳。

参 考 文 献

1. 单鸿, 罗鹏飞, 李彦豪, 主编. 临床介入诊疗学. 第一版. 广州: 广东科技出版社. 1997. 36.
2. 李彦豪, 梅雀林, 等. 经皮腹腔—静脉转流术治疗顽固性腹水一例. 中华放射学杂志. 1997, 31: 681.

(收稿日期 2000-08-28)

顽固性腹水的介入治疗—经皮腹水-静脉转流术

作者: 花迎雪, 乔德林, 龚德根, 章宏靖
作者单位: 上海市浦东新区公利医院
刊名: 介入放射学杂志 
英文刊名: JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY
年, 卷(期): 2001, 10 (4)
被引用次数: 0次

参考文献(2条)

1. 单鸿, 罗鹏飞, 李彦豪. 临床介入诊疗学. 第一版. 1997
2. 李彦豪, 梅雀林. 经皮腹腔-静脉转流术治疗顽固性腹水一例. 1997

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200104020.aspx
授权使用: qkahy(qkahy), 授权号: ee51709f-ec3c-4776-8942-9e3801522782

下载时间: 2010年11月24日