

行胰胆管造影术的动物实验研究[J]. 解放军医药杂志, 2014, 26: 19-21.

[17] Kawakami H, Kuwatani M, Onodera M, et al. Endoscopic nasobiliary drainage is the most suitable preoperative biliary

drainage method in the management of patients with hilar cholangiocarcinoma[J]. J Gastroenterol, 2011, 46: 242-248.

(收稿日期:2016-03-07)

(本文编辑:俞瑞纲)

## ·病例报告 Case report·

### TIPS 治疗肝硬化乳糜腹水 1 例

刘 新, 李奋强, 沈世林\*, 王文辉, 郭 铮, 王玉萍, 何岳珍

【关键词】 肝硬化; 乳糜腹水; 经颈静脉肝内门体静脉分流术

中图分类号: R735.7 文献标志码: D 文章编号: 1008-794X(2016)-12-1072-02

**Successful treatment of cirrhosis-related chylous ascites with transjugular intrahepatic portosystemic shunt therapy: report of one case** LIU Xin, LI Fen-qiang, SHEN Shi-lin, WANG Wen-hui, GUO Zheng, WANG Yu-ping, HE Yue-zhen. First Hospital of Lanzhou University, Lanzhou, Gansu Province 730000, China

Corresponding author: SHEN Shi-lin, E-mail: shenshilin66@163.com (J Intervent Radiol, 2016, 25: 1072-1073)

【Key words】 cirrhosis; chylous ascites; transjugular intrahepatic portosystemic shunt

#### 临床资料

患者,女,67岁。因“间歇腹胀5年余,黑便3h”于2015年1月4日入院。查体:慢性肝病面容,腹膨隆,脾肋下3cm,移动性浊音(+).肝脏血管+三维成像:提示肝硬化、脾肿大、腹水,门脉高压、食管胃底静脉曲张;肝病胆囊,胆囊结石。腹部彩色超声:肝脏弥漫性病变(肝纤维化分期F1~F2期),门静脉轻度增宽;胆囊炎症并多发结石;脾肿大,脾静脉轻度增宽。胃镜检查见食管静脉曲张(重度);胃底静脉曲张。血清生化示:总蛋白40.81g/L,胆碱酯酶1.82kU/L,三酰甘油0.45mmol/L。血常规示:WBC $1.27 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞百分比0.669,淋巴细胞百分比0.181。腹水检查:外观呈乳白色,浑浊,无味,比重1.014,不凝固,黏蛋白试验阳性,蛋白定量15g/L,RBC $450 \times 10^6$ ,WBC $80 \times 10^6$ ,中性粒细胞0.2,淋巴细胞0.8,总蛋白14.44g/L,碱性磷酸酶21U/L,谷氨酰转氨酶3.5U/L,腺苷脱氨酶5U/L,葡萄糖5.53mmol/L,乳酸脱氢酶53U/L。结合患者临床表现及相关辅助检查,诊断为:肝硬化失代偿期(乙型)并门脉高压症,食管胃底静脉曲张,乳糜腹水,脾功能亢进,消化道出血;胆囊结石。

入院后给予抗病毒、利尿、保肝、降门脉压、抑酸、止血等治疗4d后,腹胀缓解不明显,于1月9日行腹腔闭式引流术,引流乳白色液体约600ml/d,引流2d后腹胀仍未缓解,于1月12日行经颈静脉肝静脉门体分流术(TIPS)。术前测定门静脉压为44mmHg,送入8mm×60mm的球囊扩张肝内穿刺道,选用8mm×80mm覆膜支架<sup>[1]</sup>释放至肝内段,见支架迂曲,后以8mm×60mm金属裸支架组合<sup>[2]</sup>,再次用8mm×60mm的球囊扩张使支架贴壁良好,术毕测门静脉压力为35mmHg。术后患者禁饮食5d,给予中长链脂肪酸、复方氨基酸、白蛋白静脉滴注,余继续给予保肝、抑酸、预防肝性脑病、降门脉压、能量支持等治疗以维持机体正常生理需求,此时患者尿量逐渐增多,腹腔引流逐渐减少,腹胀症状明显缓解,至术后第6天仅引流出200ml淡黄色液体,外观透明,黏蛋白试验阴性,RBC $120 \times 10^6/L$ ,WBC $8 \times 10^6/L$ ,拔出引流管。于1月23日出院。TIPS术后20d,患者因出现轻度肝性脑病症状,伴腹水形成,腹部彩超示:肝前探及33mm液性暗区,腹部可探及多处液性暗区,最大深度位于下腹部约100mm入院,给予降氨、利尿、保肝治疗3d后症状缓解出院。TIPS术后4个月,患者因双下肢水肿再次入住我院,腹部彩超: TIPS术后改变,引流管通畅,肝硬化、脾大、腹水(肝脾周围及双侧结肠旁沟内见弧形水样低密度),门脉高压,食管胃底静脉曲张,肝病胆囊,胆囊结石;经保肝、利尿等治疗后好转出

院。随访至 TIPS 术后 1 年,患者未再出现腹水及肝性脑病。

# [参考文献]

## 讨论

乳糜腹水即乳糜液在腹腔异常集聚的临床现象,在临床上并不多见,发病率 1/20 000~1/187,000<sup>[3-4]</sup>,目前乳糜腹水的诊断为:外观呈乳白色,无味,无菌,pH7.4,白细胞以淋巴细胞为主<sup>[5]</sup>,比重大于 1.012<sup>[6]</sup>,三酰甘油含量>200 mg/dl<sup>[7]</sup>或在腹水与血清中三酰甘油比值大于 1.0,胆固醇比值小于 1.0<sup>[8]</sup>。

本例患者病因考虑为肝硬化。肝硬化乳糜腹水的发生机制尚不明确,目前认为可能与以下因素有关:①肝硬化时门静脉压力升高,内脏血液回流障碍,淋巴循环压力升高,淋巴液生成增多;②肝硬化结节压迫肝内局部淋巴管或直接压迫胸导管;③侧支淋巴通路的缺乏也可能与肝硬化乳糜腹水形成有关<sup>[9]</sup>。肝硬化乳糜腹水形成的直接原因即是在肝硬化腹水形成基础上继发淋巴回流障碍及淋巴液形成增多、甚至是淋巴管的破裂所致。

肝硬化乳糜腹水的治疗原则是:①原发病的病因治疗(例如抗病毒);②休息、低脂饮食、限钠、利尿、保肝、提高血浆胶体渗透压;③降门脉压,应用 $\beta$ -受体阻滞剂或生长抑素类药物等<sup>[10]</sup>;④放腹水;⑤手术或以 TIPS 为主的介入治疗<sup>[11]</sup>,肝移植等。肝硬化乳糜腹水大多为顽固性,一般内科药物治疗效果不佳。反复放腹水可有一定效果,但会导致营养不良、体液丢失、免疫功能紊乱等一系列并发症。此时 TIPS 可能成为其优先的治疗手段。TIPS 治疗乳糜腹水的机制:降低门静脉压力,使内脏血液回流增加,淋巴液生成减少,另外肝窦内压力降低,肝淋巴液生成也减少,淋巴管内压力降低,避免淋巴液的外渗及淋巴管的破裂,乳糜腹水消失<sup>[12-13]</sup>。本例患者经抗病毒、保肝、利尿、降门脉压、排放腹水等治疗后,效果不理想。采用 TIPS 术后,门静脉压力由 44 mmHg 降至 35 mmHg,腹胀症状缓解,虽患者腹水再次发生并伴轻度肝性脑病,但每次发作时的腹水量逐渐减少,且经常规治疗后症状消失。总之,失代偿期肝硬化并发乳糜腹水,TIPS 是其有效治疗方法之一。

- [1] 滕皋军,徐克. TIPS 再狭窄的研究现状和进展[J]. 介入放射学杂志, 2005, 14: 89-91.
- [2] 鲍应军,顾俊鹏,任伟新. Fluency 覆膜支架在 TIPS 中的应用现状[J]. 介入放射学杂志, 2014, 23: 357-359.
- [3] Almakdisi T, Massoud S, Makdisi G. Lymphomas and chylous ascites: review of the literature[J]. Oncologist, 2005; 10: 632-635.
- [4] Vasko JS, Tapper RI. The surgical significance of chylous ascites [J]. Arch Surg, 1967, 95: 355-368.
- [5] 刘金彩,何瑜,刘继学,等. 急性胰腺炎致乳糜腹 1 例[J]. 当代临床医刊, 2015, 28: 1571.
- [6] Yilmaz M, Akbulut S, Isik B, et al. Chylous ascites after liver transplantation: incidence and risk factors [J]. Liver Transpl, 2012, 18: 1046-1052.
- [7] Aalami OO, Allen DB, Organ CH Jr. Chylous ascites: a collective review[J]. Surgery, 2000, 128: 761-778.
- [8] Kashyap A, Mahajan V, Whig J, et al. Bilateral chylothorax, chylopericardium and chylous ascitis[J]. Lung India, 2011, 28: 133-135.
- [9] 杨玉捷. 乳糜性腹水[J]. 胃肠病学, 2003, 8: 83-87.
- [10] Senosiain-Lalastra C, Martinez-Gonzalez J, Mesonero-Gismero F, et al. Octreotide treatment for postoperative chylous ascites in an adult[J]. Gastroenterol Hepatol, 2012, 35: 567-571.
- [11] Lazarus DL, Al-Busafi SA, Hilzenrat N. Chylous ascites secondary to giant liver hemangioma[J]. Case Rep Gastroenterol, 2012, 6: 478-483.
- [12] Kikolski SG, Aryafar H, Rose SC, et al. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt for treatment of cirrhosis-related chylothorax and chylous ascites: single-institution retrospective experience [J]. Cardiovasc Intervent Radiol, 2013, 36: 992-997.
- [13] Tsao J, Shin JH, Han K, et al. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt for the treatment of chylothorax and chylous ascites in cirrhosis: a case report and systematic review of the literature[J]. J Vasc Interv Radiol, 2016, 27: 112-116.

(收稿日期:2016-01-13)

(本文编辑:俞瑞纲)