

失代偿期肝硬化腹水并发 自发性细菌性腹膜炎52例临床分析

凌宇¹, 王文娟² (1.河南省传染病医院, 郑州 450015; 2.新乡医学院第三附属医院, 新乡 453003)

摘要: 目的 探讨失代偿肝硬化腹水并发自发性细菌性腹膜炎(SBP)的临床特点及治疗方法。方法 回顾性分析52例肝硬化腹水并发SBP患者的临床资料。结果 52例肝硬化腹水并发SBP患者中, 腹水细菌培养阳性率为3.85%, 致病菌以革兰阴性杆菌为主, 多数患者缺乏典型腹膜炎的症状及体征。结论 及时准确的早期诊断和有效抗菌素治疗可明显提高SBP患者的治愈率。

关键词: 肝硬化; 腹水; 腹膜炎

Clinical analysis of 52 cases of decompensation period of cirrhosis ascites complicated with spontaneous bacterial peritonitis

LING Yu¹, WANG Wen-juan² (1. Infectious Disease Hospital of He'nan Province, Zhengzhou 450015, China; 2. The Third Affiliated Hospital of Xinxiang Medical College, Xinxiang 453003, China)

Abstract: **Objective** To discuss the clinical characteristics and treatment of decompensation period of cirrhosis ascites complicated with spontaneous bacterial peritonitis (SBP). **Methods** Retrospective analysis of 52 cases clinical data of decompensation period of cirrhosis ascites complicated with SBP. **Results** In 52 patients with cirrhotic ascites complicated with SBP, bacteria culture positive rates was 3.85%, the pathogenic bacteria was dominated by gram-negative bacillus, and most patients lack of typical symptoms and signs of peritonitis. **Conclusions** Timely and accurate early diagnosis and effective antibiotic treatment can obviously improve the cure rates of patients with SBP.

Key words: Liver cirrhosis; Ascites; Peritonitis

自发性细菌性腹膜炎(spontaneous bacterial peritonitis, SBP)是肝病晚期比较严重的并发症, 诊断及治疗有很大难度, 病死率较高。本研究选择2004年1月至2012年12月收治的失代偿期肝硬化腹水并发SBP患者52例, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院2004年1月至2012年12月收治失代偿期肝硬化腹水并发SBP患者52例, 其中男性44例, 女性8例, 年龄22~73岁, 平均年龄(38.6 ± 6.62)岁。52例患者均系CHB或CHC导致的失代偿期肝硬化, 病程为3~10年, 疾病诊断符合《病毒性肝炎防治指南》^[1]。

1.2 诊断标准 ①有发热、腹痛、腹肌紧张、腹部压

痛及反跳痛; ②腹水细菌培养阳性; ③腹水白细胞 $\geq 300 \times 10^6/L$, 多核白细胞比值 ≥ 0.25 或腹水白细胞 $< 300 \times 10^6/L$, 多核白细胞比值 ≥ 0.5 ; ④排除腹腔继发感染。

2 结果

2.1 临床表现 52例患者中, ①体温: $< 37^\circ C$ 者21例(40.39%), $37 \sim 38^\circ C$ 者12例(23.08%), $38.1 \sim 39^\circ C$ 者14例(26.92%), $> 39^\circ C$ 者5例(9.62%); ②腹部表现及体征: 腹胀42例(80.77%), 腹痛18例(34.62%), 压痛32例(61.54%), 反跳痛23例(44.23%), 肌紧张21例(40.38%), 腹部疼痛、压痛、反跳痛、腹肌紧张均不典型者20例(38.46%), 移动性浊音阳性42例(80.77%), 移动性浊音可疑阳性10例

(19.23%), 腹水量增加18例(34.62%); ③其他: 感染性休克2例(3.85%), 肝肾综合征3例(5.77%)。

2.2 实验室检查 52例患者中, ①血常规: $WBC > 10 \times 10^9/L$ 者16例(30.77%), 中性粒细胞比率($N\%$) > 0.7 者39例(75.00%), $WBC > 10 \times 10^9/L$ 且 $N\% > 0.7$ 者15例(28.85%); ②腹水: $WBC \geq 300 \times 10^6/L$ 且 $N\% \geq 0.25$ 者44例(84.62%), $WBC < 300 \times 10^6/L$ 且 $N\% \geq 0.5$ 者8例(15.39%)。

2.3 细菌培养 52例患者中, 腹水细菌培养阳性者4例(7.69%), 其中腹水、血培养均阳性者2例(3.85%)。入组患者病原菌为肺炎克雷伯杆菌、大肠埃希菌, 药敏试验结果显示对大部分第3代、4代头孢霉素或喹诺酮类敏感。

2.4 治疗与转归 52例患者治疗原发病的同时, 选用第3代、4代头孢菌素类或喹诺酮类治疗, 疗程为7~14天, 其中治愈、好转44例(84.62%), 恶化、无效8例(15.38%)。上述8例患者中, 7例(占总病例数的13.46%)死于慢性肝衰竭, 1例(占总病例数的1.92%)死于肝肾综合征。

3 讨论

失代偿期肝硬化并腹水的患者, SBP发生率高达10%~25%^[2]。患者临床表现多样, 可有典型的腹膜炎症状, 也可无典型的临床症状从而导致SBP的漏诊, 其预后差, 病死率高^[3]。早年SBP的治愈率为25%~50%, 生存率低于20%。近年来, 随着SBP早期诊断率的提高和有效抗菌药的应用, SBP的治愈率和生存率分别提高至70%~90%和50%~70%^[4]。加强对SBP尤其是临床症状不典型患者的探讨, 对提高治愈率和生存率有重要的意义。

本研究中, 失代偿肝硬化腹水并发SBP患者临床症状多不典型, 临床早期不易做出诊断。52例SBP患者中, 未发热者比率为40.39%(21/52), 而腹部疼痛、压痛、反跳痛、腹肌紧张均不典型者占38.46%(20/52), 故给临床早期诊断带来很大的困难。因此临床上凡遇到原因不明的发热和感染性休克、腹胀进行性加重、腹水量持续增加的失代偿

肝硬化腹水患者, 无论有无典型的腹膜刺激症, 均有发生SBP的可能。

由于失代偿期肝硬化腹水患者, 大多数伴有脾大、脾功能亢进, 致使外周血白细胞计数降低。本组52例SBP患者中, 外周血白细胞计数增高者仅占30.77%, 而中性细胞比例升高者可达75%, 故动态观察外周血白细胞计数及中性细胞比例变化对判断SBP更有重要意义。

SBP患者早期腹水性状变化较大, 对于失代偿期肝硬化腹水的患者必需行常规腹水检查, 如有发热、腹痛、腹膜刺激症时, 应多次重复进行腹水检查, 以提高SBP的早期诊断率。本研究中, 52例患者腹水细菌培养阳性率为7.69%, 腹水细菌培养结果等待时间较长, 故腹水细菌培养不适合做为早期诊断的指标。因此, 腹水常规检查仍是诊断SBP重要指标。因此, 临床上SBP的早期诊断应根据患者的主要临床症状、体征及辅助检查结果, 进行综合分析后做出合理的临床诊断, 而不能仅仅依据外周血白细胞计数以及腹水的常规检查结果, 以免造成漏诊和误诊。

SBP的病原学检查对诊断及治疗有重要价值, 腹水及血细菌培养的阳性率均较低, 本组病例腹水及血细菌培养阳性率仅占11.54%(6/52), 培养出的致病菌为肺炎克雷伯杆菌、大肠埃希菌, 未培养出其他致病菌, 与李莎莎等^[5]提出42例SBP腹水细菌培养致病菌多为革兰阴性菌, 以大肠埃希菌为主, 其次为肺炎克雷伯菌的结论相同。

本研究显示, 对于SBP患者腹水细菌培养结果阳性者可以明确诊断, 其药敏试验结果作为临床医师重要的抗菌药物选择依据, 与文献^[6]报道一致。在细菌培养结果未出之前, 可根据临床经验针对不同SBP患者选择使用多种有效的抗革兰阴性杆菌为主的抗菌素, 一般首选第3代头孢菌素类或喹诺酮, 根据病情可联合使用, 其疗程一般为10~14天, 与文献^[7,8]报道一致。还有报道^[9]提出SBP的菌株对第三代头孢菌素、哌拉西林舒巴坦钠、阿米卡星、左氧氟沙星、泰能、万古霉素等药物耐药率较低, 可作为经验用药参考, 待药物敏感试验结果出

来后再作调整。

SBP是晚期肝硬化患者常见的严重并发症,其感染主要源于肠道、胆道及泌尿道等,尤其易发生于上述部位存在炎症或梗阻时,血行感染较少见^[10,11]。此外,笔者认为在治疗中应注意保护肝功能,避免腹泻、上消化道出血及其他部位感染,对疑似SBP的患者应立即行诊断性腹腔穿刺并尽快应用有效的抗菌药物,积极控制SBP,避免由此导致的不良后果。

参考文献

- [1] 中华医学会传染病与寄生虫病学分会,肝病学会.病毒性肝炎防治方案[J].肝脏,2000,5:257-262.
- [2] European Association for the Study of the liver. EASL clinical practice guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis[J]. J Hepatol,2010,53:397-417.
- [3] Mounzer R, Malik SM, Nasr J, et al. Spontaneous bacterial peritonitis before live transplantation does not affect patient survival[J]. Clin Gastroenterol Hepatol,2010,8:623-628.
- [4] 吴孟超,李孟华.实用肝病学[M].北京:人民卫生出版社,2011:510-513.
- [5] 李莎莎,高学武,谭林.42例肝硬化腹水并发自发性细菌性腹膜炎病原菌的耐药情况分析[J].蚌埠医学院学报,2013,38:45-47.
- [6] 秦波,郭树华.自发性细菌性腹膜炎[J].中华肝脏病杂志,2003,11:439-440.
- [7] 翁心华.自发性细菌性腹膜炎的一些共识与进展[J].中华肝脏病杂志,2003,11:389-391.
- [8] 刘建军,李楠,智红,等.关于制订有中国特色与知识产权的肝硬化腹水诊治指南的建议[J].中西医结合肝病杂志,2012,22:54-55.
- [9] 汤文杰,袁念芳.肝炎肝硬化并自发性细菌性腹膜炎105例临床分析[J].中西医结合肝病杂志,2012,22:371-372.
- [10] 吴海清,王晖.肝硬化腹水伴自发性细菌性腹膜炎的诊断及治疗[J].临床肝胆病杂志,2012,28:651-653.
- [11] 胡大山,顾生旺,蒋兆荣.肝硬化腹水合并自发性细菌性腹膜炎45例临床分析[J].肝脏,2010,15:474.

收稿日期:2013-03-08

· 消息 ·

医学科技论文中“渗透浓度”和“渗透压”的正确表述

半透膜隔开的有浓度差别的溶液,其溶剂通过半透膜由低浓度溶液向高浓度溶液扩散的现象称为渗透(osmose);为维持溶液与纯溶剂之间的渗透平衡而需要的超额压力称为渗透压(osmotic pressure),其量的符号为 π 。国际纯粹化学和应用化学联合会(IUPAC)临床化学部和国际临床化学联合会推荐,在临床化学中使用渗透质量摩尔浓度和渗透体积摩尔浓度两个量,单位分别是mol/kg和mol/L。过去常用的单位(mOsm/L、mOsm/kg、mOsm/kg H₂O等)尽管沿用已久,影响深远,但均属于非法定单位,应予以废除。法定单位与习用单位之间换算系数均为1,即1 mOsm/L = 1 mol/L; 1 mOsm/kg = 1 mmol/L; 1 mOsm/kg H₂O = 1 mmol/L。

渗透压是一种特殊形式的压强,所以其国际单位(SI)与压强相同——“帕斯卡”(pascal),国际符号为Pa,中文符号为“帕”,实用单位为“千帕”(kPa)、“兆帕”(MPa)。渗透压的本质是压强,而渗透浓度的本质是浓度。根据范特荷甫公式溶液的渗透压不仅和溶液和渗透浓度相关,还和溶液和温度有关。虽然临床上渗透压和渗透浓度成正比,用渗透浓度来表示渗透压有很强的直观性和实用性,且为临床医生所熟悉。但是按照国际标准规定:人体体液的渗透压只能用“Pa”或“kPa”为单位,不能用mol/L、mmol/L,也不能用Osmol/L为单位。

本刊编辑部