



肝病变程度和维生素K1对慢性肾功能衰竭病人肝活检术后出血的影响

我国为乙型肝炎和丙型肝炎病毒感染的高发区,许多慢性肾衰终末期准备接受肾脏移植术的病人合并有乙型或丙型肝炎病毒感染。由于肾移植术后必须应用大量免疫抑制药物,且这些药物大部分在肝脏代谢,长期服用会损害肝功能,且抑制机体免疫,促进肝炎病毒复制,对已有肝炎病毒感染的病人会导致肝功能恶化甚至衰竭,成为肾移植术后重要死亡原因之一。

肝活检是诊断肝脏疾病的金标准,且是评价肝脏病变程度的重要手段,因此术前确定肝脏病变,选择病变程度轻的病人接受肾移植,将降低术后肝功能异常和衰竭的发生率,提高肾移植病人的存活率。肝脏穿刺活检术后常见的并发症为出血,在尿毒症病人进行肝脏穿刺活检是否会增加出血的发生率?其发生率是否与肝脏病变程度有关?维生素K1有无预防出血的作用?我们对此进行了观察。

1 临床资料

1.1 病例选择

1999年1月~2002年12月间对92例肝炎血清学阳性的肾移植候选病人在B超引导下经皮肝活检术,其中34例肝活检术前使用维生素K1 10 mg肌内注射,2次/d,连续3 d。

1.2 肝穿刺活检方法

1.2.1 穿刺术前准备及术后处理 (1)穿刺术前仔细检查凝血功能、血常规、血小板,上述指标异常者需纠正后方进行肝活检术;血清胆红素 $>427.5 \mu\text{mol/L}$ 者暂不予肝活检,待血清胆红素水平降至正常后进行;(2)控制血压在正常水平;(3)于常规透析间期行肝活检术,穿刺术前1天行无肝素透析;(4)术后行无肝素透析,待明确无出血并发症后恢复正常透析。

1.2.2 肝穿刺活检方法 所有患者均在彩超下行肝穿刺定位,于肝右叶选取一无大血管区为进针部位,B超定位后采用穿刺枪,以16 G Tru-Cut穿刺针进行,进针深度为1.5 cm,常规穿刺两针。

1.3 肝穿刺活检术后出血诊断标准

肝穿术后出现以下任何一种情况即可诊断为肝穿术后出血:(1)休克、低血压、腹膜刺激征等临床表现;(2)血红蛋白下降大于10 g/L;(3)B超证实有肝周或腹腔积血。

1.4 病毒性肝炎和肝组织病理诊断

参照病毒性肝炎防治方案[1]进行肝组织病理诊断,将炎症活动度(G)及纤维化程度(S)分为0~4级和0~4期。

肝轻微病变的诊断标准为[1]:(1)炎症活动度及纤维化程度均 <0 。(2)HE染色:肝组织结构完整,肝板排列整齐。肝小叶内少量点灶状性坏死,肝细胞肿胀不明显,可偶见核空泡样变性,枯否氏细胞轻度增生。汇管区少量淋巴细胞浸润,无界面性炎症。(3)嗜银染色:汇管区无或仅见少量纤维组织,无芒状纤维形成,未见纤维间隔形成。肝组织病理积分判断采用单盲法,由我院传染病实验室病理医生完成。

1.5 统计分析

2 结果

肝穿刺术后出血者11例(12.0%), 经内科治疗均能控制出血, 无1例需手术治疗。92例肝脏病理诊断为: 慢性肝炎64例、肝硬化4例、轻微病变24例, 肝硬化和轻微病变在病理上无分期和分级。慢性肝炎64例中10例发生出血、肝硬化4例中无出血、轻微病变24例中1例发生出血, 经检验上述3种病变出血率无统计学差别($P=0.385$)。

64例慢性肝炎病理分级分期为: (1)分级: G0 13例、出血2例; G1 26例、出血3例; G2 14例、出血2例; G3 8例、出血3例; G4 3例、出血0例。经检验不同病理分级间出血率无统计学差别($Z=0.658$, $P=0.51$); (2)分期: S0 12例、出血0例; S1 30例、出血6例; S2 12例、出血3例; S3 6例、出血1例; S4 4例、出血0例。经检验不同病理分期间出血率无统计学差别($Z=0.846$, $P=0.397$)。

此外, 11例术后出血的病人中4例术前使用维生素K1, 7例术前未使用维生素K1, 使用维生素K1组与未使用维生素K1组间比较亦无明显差异($P=0.62$)。

3 讨论

我国乙肝病毒和丙肝病毒携带者的发病率很高, 分别为 10%~15%和0.7%~3.1%^[2], 很多尿毒症准备接受肾移植的病人往往合并有乙肝或丙肝病毒感染。

肝穿刺活检为评价肝脏病变的可靠准确手段, 出血为肝脏穿刺活检常见并发症, 我们的观察表明接受血液透析的尿毒症病人肝穿刺活检出血率为12.0%, 与国外文献报道的9.4%相近^[3], 较非尿毒症病人肝活检出血率0.35%明显^[4]升高。本组资料表明, 对有肝炎病毒感染的肾移植候选人术前进行肝穿刺活检, 了解肝脏病变程度, 选择肝脏病变程度轻(肝组织学积分<G2S2)的患者接受肾移植手术, 可以明显降低术后发生肝功能异常的发生率, 提高术后存活率。我们还发现, 肝穿刺活检出血率高与肝脏病变程度无明显相关关系, 且术前使用维生素K1并不能降低出血的发生率。既往研究认为, 慢性肾功能衰竭病人肝穿刺活检术后出血率高与尿毒症血小板功能障碍和血液透析应用抗凝剂有关^[3]。本组病人在肝活检术前血小板计数和凝血酶原时间正常, 肝脏出血率与肝脏病理改变程度无关, 维生素K1无预防出血作用等支持上述论点。术前测定血小板功能, 改善尿毒症和抗凝方法, 是否能降低此类病人肝活检术后出血率值得进一步研究。为了提高尿毒症病人肝活检的安全性和降低出血的发生率, 国外有研究推荐使用经颈内静脉肝活检术或在穿刺针道内填塞凝胶海绵, 有助于降低肝活检的出血率, 值得借鉴^[3]。

参考文献:

- [1] 中华医学会传染病和寄生虫病学、肝脏学会. 病毒性肝炎防治方案[J]. 中华内科学杂志(Chin J Inter Med), 2001, 40(1): 62-8.
- [2] 彭文伟. 传染病学[M]. 第四版. 北京: 人民卫生出版社, 1998. 17-8.
- [3] Ozdogan M, Ozgur O, Boyacioglu S, et al. Percutaneous liver biopsy complications in patients with chronic renal failure[J]. Nephron, 1996, 74(2): 442-3.
- [4] McGill DB, Rakela J, Zinsmeister AR, et al. A 21-year experience with major haemorrhage after percutaneous liver biopsy[J]. Gas-troenterology, 1990, 99(5): 1396-400.

参考文献:

- [1] 中华医学会传染病和寄生虫病学、肝脏学会. 病毒性肝炎防治方案[J]. 中华内科学杂志(Chin J

Inter Med), 2001, 40(1): 62-8.

[2] 彭文伟. 传染病学[M]. 第四版. 北京: 人民卫生出版社, 1998. 17-8.

[3] Ozdogan M, Ozgur O , Boyacioglu S, et al. Percutaneous liver biopsy complications in patients with chronic renal failure[J]. Nephron, 1996, 74(2): 442-3.

[4] McGill DB, Rakela J, Zinsmeister AR, et al. A 21-year experience with major haemorrhage after percutaneous liver biopsy[J]. Gas-troenterology, 1990, 99(5): 1396-400.

[回结果列表](#)