

腹水 96 例的病因及诊断分析

蒋阳昆[#] 刘旭东 陈黎 张红星
(广西中医学院附属瑞康医院 南宁 530011)

摘要:目的:探讨腹水发生的病因和诊断方法。方法:对 96 例腹水患者的资料进行回顾性分析。结果:导致腹水产生的前三位病因依次是肝硬化失代偿期、恶性肿瘤、结核性腹膜炎;门脉高压性腹水与非门脉高压性腹水相比,其 SAAG 具有显著性差异($P<0.05$);恶性肿瘤患者肿瘤标志物检测值及腹水/血清比值明显高于其他患者($P<0.05$)。结论:腹水常见病因是:肝硬化、结核性及恶性肿瘤,SAAG 在鉴别腹水病因时具有一定临床意义,多种肿瘤标志物联合测定可以提高诊断的敏感性和特异性。

关键词:腹水;病因;诊断;SAAG;肿瘤标志物

中图分类号:R 256.42 文献标识码:B doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.06.033

腹水是一种常见的临床体征,其病因错综复杂,部分病例经过很多检查仍难以确诊,但是随着医疗技术水平的不断更新,对其病因诊断已有较大的进步。本文总结了本院 96 例腹水患者的临床资料并分析如下,以期为临床腹水病因的诊断提供一定参考。

1 资料和方法

1.1 临床资料 对我院 2007 年 10 月~2009 年 12 月间,以腹水为主要表现入院的 96 例患者临床资料进行回顾性调查分析。其中男性 56 例,女性 40 例;年龄 15~86 岁,平均年龄 47 岁;病程 4 d~8 个月,平均 33 d。临床表现均有不同程度的腹胀、腹围增粗,其中伴有发热者 26 例,消瘦者 43 例,纳差、乏力者 37 例,腹痛、腹部包块者 13 例,血性腹水 26 例。所有患者均根据病史、体征,结合血生化、肝炎病毒标志物、腹水生化、血清-腹水白蛋白梯度 (serum-ascites albumin gradient,SAAG)、血及腹水中的肿瘤标志物、PPD 试验、胸片、病理检查、胃肠镜和腹部 B 超或 CT 检查、腹腔镜及腹膜活检等确诊。必要时予诊断性抗痨治疗。

1.2 统计方法 采用 SPSS13.0 统计软件包,SAAG 比较采用 t 检验, $P<0.05$ 为具有显著性差异。

2 结果

2.1 腹水病因分类及 SAAG 值 96 例患者中肝硬化失代偿期 40 例 (41.67%),恶性肿瘤 31 例 (32.29%),结核性腹膜炎 17 例 (17.71%),其它病因 8 例 (8.33%),包括心源性腹水 3 例、系统性红斑狼疮 1 例、Budd-Chiari 综合征 2 例、肾病综合征 2 例。SAAG 值:肝硬化失代偿期、心源性腹水及 Budd-Chiari 综合征绝大部分为高梯度腹水 (SAAG 值 >11 g),其它病例几乎均为低梯度腹水 (SAAG 值 <11 g),两组比较, $P<0.05$,具有显著性差异。见表 1。

表 1 96 例患者的病因分类及 SAAG 值 ($\bar{X}\pm S$) g		
病因分类	n	SAAG 值
肝硬化失代偿期	40	17.5 $\pm$ 5
结核性腹膜炎	17	8.3 $\pm$ 3.4
恶性肿瘤	31	9.4 $\pm$ 4.8
心源性腹水	3	15 $\pm$ 2
Budd-Chiari 综合征	2	21*
系统性红斑狼疮	1	8.9*
肾病综合征	2	8.6*

注:* 单个数表示平均数。

2.2 腹水主要病因与肿瘤标志物的关系 见表 2。

表 2 腹水主要病因与肿瘤标志物关系 ($\bar{X}\pm S$)				
肿瘤标志物	肝硬化失代偿期(n=40)	结核性腹膜炎(n=17)	恶性肿瘤(n=31)	
AFP(μ g/L)	血清 18.3 $\pm$ 5.8 ^{△△}	15.8 $\pm$ 8.3 [△]	376 $\pm$ 86.3	
	腹水 19.7 $\pm$ 6.2 ^{△△}	16.1 $\pm$ 7.9 [△]	535 $\pm$ 87.5	
	比值 * 1.08 $\pm$ 0.14 [△]	1.02 $\pm$ 0.61 [△]	1.42 $\pm$ 0.71	
CEA(μ g/L)	血清 8.4 $\pm$ 4.3 [△]	9.2 $\pm$ 5.5 [△]	268 $\pm$ 76.8	
	腹水 8.6 $\pm$ 4.2 [△]	9.4 $\pm$ 4.8 [△]	497 $\pm$ 81.6	
	比值 * 1.02 $\pm$ 0.26 [△]	1.02 $\pm$ 0.31 [△]	1.85 $\pm$ 0.49	
CA125(IU/mL)	血清 26.9 $\pm$ 9.8 ^{△△}	32.6 $\pm$ 15.8 [△]	201 $\pm$ 46.1	
	腹水 28.1 $\pm$ 11.8 ^{△△}	34.5 $\pm$ 13.9 [△]	398 $\pm$ 58.4	
	比值 * 1.04 $\pm$ 0.17 [△]	1.06 $\pm$ 0.51 [△]	1.98 $\pm$ 0.51	

注:* 指腹水/血清的比值;与结核性腹膜炎比较,[△] $P<0.05$;与恶性肿瘤比较,^{△△} $P<0.05$ 。

3 讨论

从本组患者来看,腹水最常见的病因依次是肝硬化失代偿期 (41.67%)、恶性肿瘤 (32.29%)、结核性腹膜炎 (17.71%),其他原因所致占 8.33%,与国内文献报道基本一致^[1]。

SAAG 是指血清白蛋白与同日测的腹水白蛋白之间的差值 (SAAG=血清白蛋白-腹水白蛋白),系 1978 年由 Hoefs 率先提出,认为该指标能较真实地反映门静脉压力,提高诊断腹水的准确性^[2]。SAAG ≥ 11 g/L 的腹水提示为门脉高压所致 (包括肝硬化、慢性心功能不全、布-加综合征等);SAAG <11 g/L 则为非门脉高压性腹水 (包括腹腔恶性肿瘤、腹腔结核、胰源性腹水及肾病综合征等)。按照 Starling 的理论,在所有漏出性腹水中门静脉与腹腔毛细血管之间的静水压梯度均升高,故血清与腹水之间的渗透压差也相应升高,而白蛋白是构成血清

[#] 通讯作者:蒋阳昆,Email:gx2005jyk@163.com

及腹水渗透压的最主要成分,通过 SAAG 可间接反映门静脉压力^[3]。而且,同一病人的门脉压力是保持相对稳定的,因而在患者摄入含盐食物、输注白蛋白及用利尿剂或治疗性腹腔穿刺后,SAAG 没有或仅有极细微的改变^[2]。对本组患者的研究发现,门脉高压与非门脉高压相比,具有显著性差异,其总符合率达 93.8%,与文献报道一致^[4]。但 SAAG 并不能取代白细胞计数、细菌培养及细胞学检查在结核性腹膜炎和恶性腹水鉴别中的地位,仍需要与其它指标结合使用以提高诊断准确率,尤其是 SAAG <11 g/L 者,更需重视细胞学检查及肿瘤标志物的检测。

细胞学是临床上区分良恶性腹水的最常用诊断方法,但因为多种因素的影响,其敏感性常低于 50%。有鉴别意义的肿瘤标志物检测如癌胚抗原(CEA)、甲胎蛋白(AFP)、糖抗原(CA199、CA125)等已在临床上广泛应用,具有敏感性、特异性高、检测快捷的优点。本研究发现,恶性腹水患者肿瘤标志物浓度显著高于良性腹水患者($P < 0.05$),结果与文献^[5]报道一致。恶性腹水患者中 13 例肝癌患者有 11 例腹水 AFP 显著高于血清值,F/S 比值大于 1.2;10 例胃、肠癌患者有 9 例 CEA 腹水值显著高于血清值,F/S 比值大于 1.2;8 例卵巢癌患者有 6 例 CA125 腹水值显著高于血清值,F/S 比值大于 1.2。肝硬化患者 AFP、CA125 值与结核性腹膜炎患者比较有显著性差异,但其 F/S 比值均小于 1.2,结果与文献^[6]报道一致。联合检测腹水肿瘤标志物的水平和其 F/S 比值,在特异性 100%时,诊断恶性腹水的敏感性为 91.7%^[7-8],所以肿瘤标志物腹水/血清比(上接第 49 页)见异常;测其病灶,明显缩小,其安全性可见一斑。

淫羊藿又名仙灵脾,为小檗科植物的茎叶,化学成分含淫羊藿甙、甾醇、亚油酸等。现代研究揭示淫羊藿总黄酮甙能使 SRBC 免疫小鼠血清溶血素抗体水平较对照组提高 33.33%~58.7%、脾脏 PEC 数增加 67%、巨噬细胞吞噬水平提高 52%,并能影响免疫调节环路,因此认为有抗肿瘤作用^[3]。李翠玲用不同浓度的淫羊藿苷(ICA)对肝癌细胞 H₂₂ 荷瘤小鼠治疗,结果 9 mg/mL、4.5 mg/mL 浓度的抑瘤率分别为 24.6%、32.8%,病理示瘤组织坏死,推测为瘤细胞早期凋亡所致^[4]。淫羊藿与蛇舌草、半枝莲一样味淡薄,也就是有效成分含量稀薄,欲取得疗效,须大剂量运用。今人李可治癌,用蛇舌草 120 g 煎水,再用此水煮他药^[5],可供借鉴。

癌症是一种慢性病。实体瘤由于瘤体内血管生长发育不良,缺乏血管网,形成一定比例的乏氧细

值结合细胞学检查能显著提高诊断敏感性和特异性。由此看出,腹水肿瘤标志物检测优于血清肿瘤标志物,腹水与血清肿瘤标志物测定值的比值更有意义。临床上发现许多恶性肿瘤患者已有腹水中某些肿瘤标志物明显升高,而血清肿瘤标志物水平正常或低于腹水中的水平。而腹水肿瘤标志物诊断恶性腹水的合适界值可能不同于血清肿瘤标志物,还需进一步研究。

本研究的目的在于表明腹水 SAAG 及肿瘤标志物检测有助于腹水病因的鉴别,而且具有敏感性、特异性较高、操作简单、创伤少的优点,临床上应予以重视,尤其对那些影像学无阳性发现及未能行病理检查的患者,更有临床意义。

参考文献

[1]斯其连,姜建平,徐胜荣,等.186 例腹水临床分析[J].现代中西医结合杂志,2006,15(10):1 321
[2]Hoefs JC.Serum protein concentration and portal pressure determine the ascites fluid protein concentration in patients with chronic liver disease[J].J Lab Clin Med,1983,102:260
[3]Akriviadis EA,Kapnias D,Hadjigavriel M, et al.Serum/ascites albumin gradient: its value as a rational approach to the differential diagnosis of ascites[J].Scand J Gastroenterol,1996,31:814
[4]祁小鸣,解正林,毛志东,等.血清腹水白蛋白梯度的临床应用价值[J].临床和实验医学杂志,2006,5(12):1 910-1 911
[5]朱焕兴,杨永清.血清、腹水中 AFP、CEA 及 CA125 水平对良恶性腹水的诊断价值[J].放射免疫学杂志,2003,16(7):329-331
[6]Mas MR,Come MB,Sagfarkaya U,et al.CA125 a new marker for diagnosis and follow up of patients with tuberculous peritonitis[J].Dis Liver Dis,2000,32(7):595
[7]潘昆贻,郭秀筠,郑治修,等.消化系肿瘤患者血清 CA199 的检测[J].中国医师杂志,2000,2(2):113
[8]许举,杨蕊萍.联合检测血清及腹水肿瘤标志物对消化系统恶性肿瘤的诊断价值[J].临床消化病杂志,2000,11(4):161

(收稿日期:2011-08-22)

胞,这种癌细胞因代谢极低(旧称冬眠细胞)对放化疗极其抗性,这也是西医周期性化疗疗效不理想、难以根治的主要原因之一。采用大剂量周期性化疗是因为绝大多数化疗药有强烈的骨髓抑制作用,不得已而为之。要达到较好的疗效,就必须长期不间断治疗,使癌灶内乏氧细胞呈负增长,这要求药物无毒或毒性轻微。《内经》云:“坚者削之”。我们理解为坚硬的实体瘤须长期缓缓磨之,不宜间断冲击性治疗,我们称之为“磨削理论”,这是我们对实体瘤治疗的指导思想,实践证明是非常正确的。

参考文献

[1]陈建国,宋新明.中国肝癌发病水平的估算及分析[J].中国肿瘤,2005,14(1):28-30
[2]江苏新医学院.中药大辞典[M].上海:上海科技出版社,1986.2 281
[3]刘春安,彭明.抗癌中草药大辞典[M].武汉:湖北科学技术出版社,1994.974
[4]李翠玲.淫羊藿苷体内抑瘤作用及其机制[J].中国肿瘤生物治疗杂志,2007,14(2):137-141
[5]李可.李可老中医危重症疑难病经验专辑[M].太原:山西科学技术出版社,2005.336

(收稿日期:2011-07-28)