

抽丝剥茧 鉴别消化系统腹水

医师报讯（融媒体记者 蔡增蕊）腹水是临床上常见的临床表现之一，其形成的病理机制十分复杂，涉及临床多学科、多系统的疾病。现有的腹水病因和分类中，主要以心源性腹水、肝源性腹水、肾源性腹水等为主。单就消化系统而言，不同消化系统器官疾病也会因为不同的病理机制产生不同性质的腹水。因此，腹水的鉴别诊断和治疗仍是临床一大难点。本期专栏选取与腹水相关的消化系统疾病进行报道，为临床诊疗提供参考。（中华消化杂志，2021，41，5）

腹水与肠道疾病密切相关



吕农华教授

腹水指液体在腹腔内的病理性积聚，由多种因素使腹腔内液体产生与吸收的平衡失调导致液体积聚过多而形成，其主要的形成机制包括全身性因素（血浆胶体渗透压降低、肾脏水钠代谢异常）和局部性因素（液体静脉压增高、淋巴流量增多和回流受阻、腹膜血管通透性增加、腹腔脏器破裂）。南昌大学第一附属医院吕农华教授介绍了与腹水相关的原发性肠道疾病。

肠道恶性肿瘤 肠道恶性肿瘤引起的腹水常提示肿瘤已进入中、晚期，多为渗出液、血性腹水，被称为肿瘤性腹水或癌性腹水。肿瘤性腹水的形成与肿瘤发生部位有关，肿瘤性腹水往往是多种机制共同作用的结果。

肠结核合并结核性腹膜炎 肠结核是结核分枝杆菌引起的肠道慢性特异性感染，常继发于肺结核。逾90%的肠结核由人型结核分枝杆菌引起，多发生在回盲部，当病变累及周围腹膜时可引起结核性腹膜炎。

克罗恩病 克罗恩病是病因未明的胃肠肉芽肿性炎症性疾病，以腹水为首发表现的患者罕见。克罗恩病活动期患者的血液呈高凝状态，血栓形成或为其出现腹水的原因之一。

克罗恩病合并腹水的治疗，主要是活动期克罗恩病诱导缓解和维持缓解治疗。

嗜酸性粒细胞性胃肠炎 可侵犯自食管至结肠的全消化道黏膜，是一种以胃肠道嗜酸性粒细胞浸润、胃肠壁水肿增厚为特点的消化系统疾病，可伴有外周血嗜酸性粒细胞增多。Klein 等将其分为黏膜型、肌层型和浆膜型。嗜酸性粒细胞性腹水是浆膜型的特征性表现，腹水检查可见大量嗜酸性粒细胞，腹部CT检查可见小肠和结肠肠壁弥漫性不规则增厚。

肠梗阻、肠扭转和肠坏死 肠梗阻、肠扭转和肠坏死均可能形成腹水，其主要机制是梗阻部位以上出现积气、积液，肠管内压力增高，造成静脉回流障碍，肠壁水肿、呈暗红

色，导致肠壁缺氧、出血，产生腹腔血性渗出液；可出现动脉受阻，肠管缺血坏死，严重者可发生穿孔。

肠系膜炎炎症性疾病 肠系膜小血管的炎症为肠系膜炎炎症性疾病的基本病变，随着血管炎症进一步发展导致血栓形成、血管闭塞，最终导致肠系膜脂肪缺血性变性、坏死。炎症也可累及肠系膜静脉和淋巴管，引起闭塞致腹水形成，或由于硬化的肠系膜损伤了淋巴管的引流偶可产生乳糜性腹水。

小肠淋巴管扩张症 肠淋巴管扩张症属于肠道蛋白质丢失性肠病，是罕见病。小肠淋巴管扩张症并发腹水的发病机制为小肠淋巴管回流受阻，导致淋巴管扩张、压力增高，造成淋巴液外漏形成腹水。

腹水是肝脏疾病的常见症状



陈东风教授

腹水是肝硬化、肝衰竭和肝癌等肝脏疾病的常见临床表现。随着腹水检测手段的进步，对腹水成分包括细胞、蛋白质和DNA遗传物质等的深度分析也有助于肝脏疾病的诊断和预后判断。陆军军医大学大坪医院陈东风教授指出了肝源性腹水临床治疗的三大关键。

限制钠盐摄入

低盐饮食是肝病患者减少水钠潴留的有效方式，该类患者饮食中钠摄入量需控制在80~120 mmol/d（4~6 g/d）。还有研究提倡，钠摄入低于88 mmol/d或2 g/d，同时需要监测尿钠水平，只有尿钠水平高于摄入钠水平才能有效减少腹水。

严重的低钠血症也会导致营养不良、肌少症和肾功能不全。因此，临床需严格监测患者的血钠水平，以指导临床治疗。

新型利尿剂应用优势

利尿剂是治疗肝源性腹水的主要药物，常用的利尿药物有醛固酮拮抗剂、袢利尿剂、噻嗪类利尿剂等。血管加压素Ⅱ受体拮抗剂作为新型利尿剂，对

肝源性腹水治疗效果显著。螺内酯联合呋塞米仍是目前临床最常用的利尿剂组合，但长期服用利尿药物易导致急性肾损伤，其发生率高达35%，且患者预后较差。托伐普坦作为选择性结合非肽类血管加压素受体，可抑制抗利尿激素作用而不刺激交感神经或醛固酮系统，排水而不排钠，不影响肾脏功能。

有研究指出，托伐普坦与螺内酯、呋塞米等利尿剂联用后较联用前可显著降低急性肾损伤的发生率（27.6%与44.7%），且能减少螺内酯和呋塞米的用量，提高安全性。

难治性腹水针对性治疗

难治性腹水诊断标准为：限制盐分摄入（4~6 g/d）配合强化利尿药物（螺内

酯400 mg/d、呋塞米160 mg/d）治疗至少1周或治疗性放腹水（每次>5 000 ml）后无治疗应答反应；出现难以控制的利尿药物相关并发症或不良反应，譬如急性肾损伤、慢性肾损伤、电解质紊乱等。

难治性腹水治疗方式较多，肝移植是其终极治疗手段，但由于肝源缺乏、费用高昂等因素，使之不能成为一线常规治疗手段。腹腔穿刺大量放液、腹水超滤浓缩回输等由于需要反复多次治疗，容易导致感染，并发症较多，且不能解决患者腹水产生的根本原因，治疗效果不佳。

此外，近年来的研究发现腹水引流泵和经颈静脉肝内门体分流术，以及调节肠道菌群在难治性腹水治疗方面具有重要价值。

加快人才培养是学科发展的重中之重

医师报讯（融媒体记者 蔡增蕊）内镜检查是消化系统疾病防治的重要手段之一，消化道肿瘤（包括食管、胃、结肠）占全身肿瘤近一半，早期诊断、早期治疗很重要，如果通过内镜来完成筛查，那就需要很多消化内镜的医生，我国目前的消化内镜医师可能只能满足需求的10%。全国政协委员、北京协和医院消化科主任杨爱明教授表示，“加快人才培养是学科发展的重中之重。医生是社会的资源与财富，需要将自身掌握的技术回馈社会，服务于‘以患者为中心’的诊疗理念。”

人才培养是学科发展的重中之重

杨爱明教授非常重视人才培养，他不仅要求科内医生同时掌握超声内镜（EUS）诊断和内镜逆行性胰胆管造影（ERCP）两项技术，以此减少治疗创伤，提高患者获益，还会定期召开针对外院医生的手把手基础培训。

授人以鱼不如授人以渔。对于有一定诊疗水平的中青年医生，杨爱明教授开展了青年导师培训项目，着重提升

中青年医师的培训能力，引导其成长为合格的培训导师，为更多的临床医生进行超声技术培训。迄今，该项目已培养了50余位青年超声技术导师，为全国各地输送了大量超声技术培训人才。杨爱明教授表示，“希望这些青年导师可以发挥带头作用，提高区域的医疗服务水平。”

根据临床需求研发新技术

近年来，超声内镜技术得到迅猛发展，消化内镜诊疗水平不断获得提高。杨爱明教授强调，“研

究新技术应从临床需求出发，才能为患者提供更好的治疗方案。”

据悉，在胰腺诊疗方面，杨爱明教授正在开展新型EZ-SHOT3穿刺针多中心研究，探究在获得病变组织的同时尽量减少对患者的损伤。

在超声诊断技术方面，杨爱明教授正在研发3D超声图像诊断培训课程，以缩短超声技术学习曲线，让临床医生精准识别内镜下超声图像。

MDT诊疗以患者为出发点

消化系统疾病诊疗

往往涉及多个学科，患者在就诊中经常需要奔波于多个科室间，耗费了大量的时间与精力。为此，北京协和医院消化科开展了多学科诊疗（MDT）模式，在一次MDT门诊中同时征集多方专家的诊疗意见，为患者制定针对性治疗方案。

杨爱明教授指出，“MDT诊疗以患者为出发点，提高了患者的就诊满意度，同时多学科医生可以通过MDT讨论互相交流学习，提升临床诊疗水平。”

消化专栏编委会

栏目总编辑：张澍田

执行主编：

李兆申 陈旻湖

侯晓华 唐承薇

姒健敏 杨云生

袁耀宗 贾继东

李 鹏

主编助理：李 鹏

OLYMPUS