DOI:10.16016/j.1000-5404.1990.06.037

20例肝性胸水的临床分析

武兵兵 陈东风 冷恩仁（大坪医院 消化内科）

1963年～1989年我科收治失代偿期肝硬化491例，其中20例（4.07%）合并胸水，现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般情况

男性13例，女性7例，年龄30岁～72岁，平均42.3岁。均经临床表现、实验室与影像学或病理检查确诊肝硬化，并经X线与超声检查和胸腔穿刺证实有胸水存在。7例（35%）表现有胸痛、胸闷、气促、咳嗽，查体发现胸水体征。13例（65%）无明显症状，仅在常规X线与超声检查时发现胸水。

1.2 胸水部位与性质

右侧12例（60%），左侧3例（15%），双侧5例（25%）。18例（90%）为漏出液，与腹水性质相同，2例（10%）为渗出液，而腹水为漏出液。

1.3 胸水量与腹水量的关系

大量胸水（液平段位于第2前肋）3例，中等量（液平段位于第4前肋）12例，少量（液平段与横膈相平），5例。胸水量与腹水量未见明确关系。

1.4 胸水与血浆白蛋白的关系

20例均有低白蛋白血症(14g/L～30g/L，平均22.6g/L)，14例低于25g/L，均为大量或中等量胸水者。

1.5 治疗与转归

治疗原则同肝硬化腹水。有10例各行胸腔穿刺2次～4次，每次抽胸水500ml～1500ml。输血浆最多者总量达2.6L。2例渗出性胸水加用抗生素治疗。16例经治疗后胸、腹水明显消退，其中11例胸、腹水同时消退，3例胸水早于腹水消退，2例晚于腹水消退。另4例死于呼吸衰竭或其它并发症。

2 讨论

1937年Christian首次报告伴随于肝硬化腹水的胸腔积液，1958年由Morrow[1]命名为肝性胸水（hepatic hydrothorax），发生率约0.4%～30%[1-3]。本组患者基本符合奥田[2]提出的诊断依据：（1）肝硬化腹水合并胸水，经X线或胸腔穿刺证实；（2）胸水量＞500ml，为漏出液或与腹水性质相同；（3）无胸膜粘连；（4）除外其它原因所致胸水。胸水较少或缓慢生成者临床表现一般不明显，常易漏诊。本组中仅7例有症状并经查体发现胸水，其余系经影象学检查证实。

肝性胸水发生的机理类似腹水，但还有其特殊的解剖学原因[1][2][4][5]。腹水存在时，腹内压增高，横膈上移，其张力增高并导致膈肌腱索部变薄和形成小泡。如小泡破裂，即在横膈上形成裂孔，腹水可经裂孔进入胸腔。奥田[4]将裂孔分为4型，其中Ⅰ型裂孔较大，呈交通性，腹水可自由通过裂孔，故胸、腹水量大致相等并基本同时消长。Ⅱ型裂孔则较小并有活瓣作用，腹水可进入胸腔而不易返回腹腔，故胸水常多于腹水并晚于腹水消退。此外，肝性胸水多见于右侧亦与横膈两侧的解剖学差异和淋巴分布的不同有密切关系。

本组多数胸水和腹水同属漏出液，仅2例胸水为渗出液，经抗生素治疗后胸水消退，考虑与继发感染有关，并由于裂孔较小或活瓣作用而未扩散入腹水。由于结核、肿瘤等所致

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

胸水远较肝性胸水多见，因此，对伴随于肝硬化的胸水也应注意除外上述其它病因。

肝性胸水的治疗原则与肝硬化腹水基本相同，以保肝、限盐、利尿，提高血浆蛋白为主。本组治疗结果表明，血浆蛋白水平提高较快和腹水消退较快者，其胸水消退亦较快。适量抽放腹水可降低腹内压，减少腹水进入胸腔，亦有助于横膈裂孔闭合。对大量胸水引起呼吸困难、纵膈移位者，可适量抽放胸水以缓解压迫症状。胸腔插管持续引流可在短期内消除大量胸水，但亦有大量丧失体液、电解质、蛋白质和继发感染的危险[1][5]，故应谨慎使用。

参 考 文 献

1. Morrow CS, et al. Ann intern Med 1958;49:193
2. 奥田邦雄，等. 日本医事新报 1967；2261:15
3. 久保保彦. 等.腹水を伴わない肝性胸水を来レた肝硬变症の1例. 日消会誌 1980;77:1464
4. 奥田邦雄，等. 肝臓 1968；9:128
5. Runyon BA, et al. Hepatic Hydrothorax is a Relative Contraindication to Chest Tube Insertion. Am J Gastroenterol 1986;81:566

（收稿：1990.01.11；修回：1990.07.19）

个案与短篇

癌性心包炎1例

杨成明 刘光耀（大坪医院 心肾科）

1 病例摘要

患者，男，41岁。因咳嗽、咳痰2月，咯血3周，心悸、气短2周于1986年12月8日住院。有重度吸烟20年史。查体：T36.2℃，P110次/min，R30次/min，BP17.3/10.7kPa，痛苦面容，口唇发绀，颈静脉怒张，肝颈静脉回流征阳性，双肺闻及少许哮鸣音，心界双侧扩大，律齐，心音低钝，有奇脉。肝肋下4 cm，腹水征阴性。EKG示各导联低电压，胸部X线示心包积液，肺部无实质性病变。心脏B超示中等量心包积液。心包穿刺为血性液体。心包积液4次找到腺癌细胞，痰中也发现腺癌细胞，诊断为肺癌并心包转移。住院47天，心包穿刺12次，穿刺后向心包腔内注入丝裂霉素，同时静脉给予长春新碱，5-Fu，并予以利尿、扩血管等治疗，患者日益衰竭于1987年1月24日死亡。

2 讨论

肺癌并心包转移常被忽视，因此早年认为是少见的，尸检证明肺癌转移至心脏者可高达43.9%～67.4%[1]，其中尤以心包转移为常见[2]。肺癌心包转移的途径有3：（1）癌细胞通过血行进入冠脉而累及心包；（2）癌细胞先转移至纵隔淋巴结再直接侵犯心包；（3）通过淋巴道直接转移至心包。

由于心包转移早期体征隐匿，因此常被忽视而未及时诊断。文献也有以心包积液为初发表现，通过心包穿刺抽液找到癌细胞，并证实为肺癌所致的报告，说明肺癌心包转移早期诊断有一定困难。李厚文等认为肺癌当出现心包积液时，无论在其中是否找到癌细胞，均可视为癌症的直接扩延浸润浆膜所致[3]。

虽然肺癌所致恶性心包炎是属晚期的情况，但若能及时诊断，并于穿刺抽取心包积液后腔内注射抗癌药物，似可延长患者的生命，因此对这类人不能放弃治疗。本例提醒我们对原因不明的心包炎或心包积液，应进行各方面检查，必须尽力明确其病因，以进行针对性的治疗。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net