DOI:10.16016/j.1000-5404.1988.03.020

症状无变化者3例其LVEF无明显增加(P>0.5)，与临床病情变化相符合。

(本文承李言让教授审阅指导谨致谢意)

参考文献

1. Report of the WHO/ISFC task force on the definition and classification of Cardiomyopathy. Br Heart J 1980; 44:672
2. 袁立功，等。γ心功能仪临床应用100例。重庆医药 1985；5:8
3. 袁立功，等。应用^{113m}IN和γ心功能仪首次通过法测定右心功能。中华核医学杂志 1987；2:86
4. Keren MD, et al. Mildly dilated congestion cardiomyopathy. Circulation 1985; 72 (2) :302
5. Fitchett DH. Right ventricular cardiomyopathy. Br Heart J 1981; 45:354

302例肝穿刺活检操作的体会

朱联国 向居正 余曼英 王宇明 (第一附属医院 传染科)

肝穿刺活检对肝脏疾患的病理诊断价值已日益受到重视。近年来国内对此项检查已普遍开展。我科自1983年1月～1986年10月对269例肝炎病人及33例无症状HBsAg携带者进行了肝穿刺活检。现将操作体会介绍如下：

一般资料

接受肝活检者为我科住院病人，男241例，女61例，年龄最小12岁，最大76岁，平均44岁。各型肝炎病人269例，无症状HBsAg携带者33例。穿刺时9例有少量或中量腹水。血清胆红素17.1～83.79μmol/L88例，85.5～169.29μmol/L22例，≥171μmol/L16例，最高1例达427.5μmol/L，<17.1μmol/L176例。凝血酶原活动度(Quick氏法)30～50%27例，<30%7例，最低23%，>51%268例。

穿刺方法

采用Menghini氏一秒钟肝穿刺法。选用内径1.0mm的肝穿刺针。术前准备、双人操作和术后护理按肝穿刺操作常规进行。单人操作方法：将肝穿针直接安在吸有生理盐水10ml的20ml注射器上，左手持穿刺针及注射器接头处，右手持注射器尾端调节针的方向，沿预先穿透的皮肤针孔进入皮肤及皮下组织约1.5～2cm深达肝包膜外，此时有落空感，右手推注生理盐水1～2ml，此时左手食指调节针欲进深度，拇指、中指固定针与注射器接头处，另二指握持针管，令患者在呼气末屏气，右手拇指、食指扶持于针管末端，另三指握针栓抽吸负压3～5ml，用双手的合力垂直或略向心脏方向刺入肝脏2～2.5cm立刻拔出。

穿刺结果

双人操作法274例，一次成功率95.6%(262/724)，单人操作法28例，均获成功。

讨论

一、肝穿刺方法

Menghini氏一秒钟双人穿刺法虽简单易行，但我们体会到如术者与助手的动作不协调，接头多易脱落或漏气，橡皮管的弹性不佳均可致负压不够造成穿刺失败，以及手持针向肝脏用力不方便等缺点。因此部分医生改用Menghini氏单人操作方法，此法易于掌握，而且节省了人力和缩短手术过程，避免上述双人操作之缺点，提高穿刺成功率，但是注射器与穿刺针直接相连，吸负压不宜过大，以防肝组织碎裂，进退针均用双手的合力，力量须均匀，动作应轻柔，注射器与针

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

的角度方向要一致，拔出针时右手仍将针栓固定，以防注射器内压力突变使肝组织冲出。由于单人操作法例数少有待进一步验证。

穿刺失败原因：本组5例从腋前线第九肋间穿刺因位置低，肝下缘薄而失败，2例因双人操作动作不协调未成功。我们体会，矮胖型病人的肝脏稍呈横位，针尖方向略偏向心脏方向，而瘦长型病人的肝脏呈直位，针尖与胸壁垂直穿刺易成功。有3例矮胖型病人在腋前线第八肋间垂直进针穿刺失败，第二次仍在原穿刺处进针，针偏向心脏方向75度的角度均获成功。另外有2例未穿透胸壁注射盐水，结果皮下组织阻塞针孔致穿刺失败。因此熟悉肝脏的解剖、位置、毗邻关系，穿刺点选择及严格操作规程是手术成败和减少并发症的重要一环。

二、肝穿刺禁忌症的商榷

1．凝血机制障碍：严重的并发症之一为肝穿术后出血，是肝穿引起死亡的常见原因。凝血机制检查预测术后出血看法不一：Ewe[1]认为，外周血凝检查对预测术后出血的帮助不大，控制出血的重要因素是肝内局部血凝固和肝组织的弹性。小量出血包括肝内血肿或胆道出血比估计的多，肝内小血管的撕裂，即使谨慎操作也难完全避免。Purow[2]要求凝血酶原活动度＞50%，血小板＞120×10^9/L。Piccinino等[3]提出血小板不低于50×10^9/L。Perrault等[4]提出凝血酶原时间超过25 s为肝穿的绝对禁忌。本组凝血酶原活动度＜30%7例，最低23%，血小板＜100×10^9/L95例，最低36×10^9/L，凝血时间（波片法）＞3 min 6例，术后尚无一例有明显出血的临床表现。我们认为如出凝血时间、血小板正常，仅单项凝血酶原时间延长，肝穿并非绝对禁忌。外周凝血机制检查多项明显异常且伴有皮肤粘膜出血倾向者则可能出现术后出血，故不宜作此手术，待凝血机制好转，出血倾向纠正后穿刺为安全。

2．黄疸：为防止并发胆汁性腹膜炎，多数人认为深度黄疸不宜作此手术。本组16例血清胆红素≥171μmol/L，最高427.5μmol/L，术后无一例并发胆汁性腹膜炎。我们认为如血清胆红素＞342μmol/L，由于肝内胆管明显扩张，有被穿破或胆管内压高胆汁从针眼溢出而引起胆汁性腹膜炎的危险，手术要谨慎。

3．腹水：Perrault[4]提出中等量腹水肝穿要慎重。本组7例少量腹水，2例中量，均一次穿刺成功。经临床观察，少量腹水对肝穿无碍。中量腹水取半卧位，穿刺点在腋前线第七肋间易成功。

参考文献

1. Ewe K. Bleeding after liver biopsy does not correlate with indices of peripheral coagulation. Dig Dis Sci 1981; 26:388
2. Purow E, et al. Menghini needle fracture after attempled liver biopsy. Gastroenterol 1977; 73:1403
3. Piccinino F, et al. Complications following percutaneous liver biopsy. J Hepatology 1986; 2:165
4. Perrault, et al. Liver biopsy. Complication in 1000 inpatients and outpatients. Gastroenterol 1978; 74:103

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net