

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2019.17.026

文章编号: 1005-8982(2019)17-0127-02

徒手拔除腹膜透析管对侧重置后 原置管处腹壁渗漏 1 例

鲁宁, 傅淑霞, 谭会斌, 张春霞, 焦素敏

(河北医科大学第二医院 肾内科, 河北 石家庄 050000)

关键词: 腹膜炎; 腹膜透析; “藕”式拔管术; 腹壁渗漏

中图分类号: R692.5

文献标识码: D

1 临床资料

患者男性, 48岁, 因尿毒症腹膜透析3年, 右侧腹壁水肿20余天, 加重1d, 于2018年10月16日住院。3年前因间断恶心、呕吐2个月于2015年3月27日住院。Scr 1 033.1 $\mu\text{mol/L}$, CO_2CP 19.2 mmol/L, P 2.31 mmol/L, Hb 88 g/L, iPTH 375 pg/ml, 尿蛋白 3.5 g/24 h, 双肾萎缩, 行持续性非卧床腹膜透析 (continuous ambulatory peritoneal dialysis, CAPD) 治疗。5个月前因腹透液浑浊、腹痛1d入院, 腹透液 WBC $2\ 040 \times 10^6/\text{L}$, N 95%; 腹透液培养: 表皮葡萄球菌。给予万古霉素抗感染治疗, 1d后腹透液常规正常, 疗程14d。3个月前(停用抗生素32d后)因腹透液再次浑浊、腹痛1d于2018年7月10日入院, 腹透液 WBC $3\ 694 \times 10^6/\text{L}$, N 85%; 腹透液培养仍为表皮葡萄球菌; 按重现性腹膜炎, 腹腔内应用美罗培南联合万古霉素, 经治疗2d后腹痛好转, 第8天腹透液再度 WBC $250 \times 10^6/\text{L}$, N 90%。考虑患者腹透相关腹膜炎重现且难治, 不排除导管有生物膜形成^[1]。经患者知情同意于2018年7月24日行“藕”式拔管术(即徒手拔除腹膜透析管): 持续牵拉腹透管使外涤纶套脱出, 而后反复牵拉腹透管继而拔出整条腹透管。术后按压创口(腹膜出口、内CUFF处、外CUFF处、皮肤出口处), 其中内CUFF处为主要按压点。按压30min后行左侧腹透管置入术。半量腹透液间歇性腹膜透析, 14d后CAPD。1个月前患者多次上下楼梯后出现双侧阴囊肿大, 腹透液负超300~400 ml/d。疑腹壁渗漏, 但患者拒绝手术缝合。严格限制入液量,

自动化腹膜透析超滤440~600 ml/d。患者腹壁疼痛、水肿和阴囊水肿逐日减轻, 6d后腹壁及阴囊水肿消失。后卧位CAPD, 3/4剂量。1d前患者站立位2h后右腹部疼痛, 阴囊、阴茎水肿, 立即取平卧位数小时后阴囊阴茎水肿好转, 但仍有右侧腹壁水肿、疼痛入院。既往高血压7年, 最高血压200/120 mmHg; 冠状动脉粥样硬化性心脏病(以下简称冠心病), 心肌梗死7年。诊断: ①终末期肾病CAPD迟发型腹壁渗漏肾性贫血; ②高血压3级; ③冠心病陈旧性心肌梗死。查体: 腹膨隆, 腹壁两侧不对称, 右侧原内CUFF处可见局限性隆起, 压痛明显, 腹围94 cm(经内涤纶套入口处), 93 cm(经脐), 阴茎、阴囊无水肿。双下肢轻度指凹性水肿。腹透液常规正常; 考虑腹壁水肿仍为腹壁渗漏所致。2018年10月17日行腹壁修补术: 切口选择首次置管手术切口, 术中见腹直肌前鞘有腹透液漏出, 腹腔加压后有腹透液成股涌出。钝性分离腹直肌, 分离并取出内涤纶套后缝合腹直肌后鞘。再次腹腔加压后未见腹透液流出或渗出。术后CAPD。术后1个月随访, 患者恢复日常生活和工作。

2 讨论

本例患者终末期肾病CAPD, G+球菌所致腹透相关性腹膜炎, 4周后腹膜炎重现, 符合拔管重置的标准^[1]。患者在拔除腹透管后, 对侧重新置入腹透管CAPD, 因腹腔压力增高, 腹壁组织愈合不良, 术后2个月后出现

收稿日期: 2019-01-07

的腹壁渗漏。平卧位时腹腔内每增加 1 L 液体, 腹内压增加 2 ~ 2.8 cmH₂O^[3]。自动化腹膜透析能够满足腹壁疝修补术后过渡期及渗漏自愈期患者的容量控制及溶质清除, 且死亡风险更低^[4]。

本中心自 2018 年 3 月 16 日开展第 1 例“薹”式拔管术, 半年来已拔除 20 例腹膜透析管。拔管后对侧重置共 3 例, 除此例出现原置管处腹壁渗漏外, 其余均愈合良好, 未见手术相关并发症。“薹”式拔管术较传统腹膜透析管拔除术有操作相对简单省时、患者痛苦小、出血风险小等优点; 少数患者有术后并发症, 但均可治愈^[5]。该手术需要严格注意术前评估和规范操作: 如应在腹膜炎控制后进行手术以避免隧道炎; 术后按压内涤纶套至少 30 min 以促进愈合; 拔管后有继续 CAPD 计划的患者不适合徒手拔除腹透管, 以免腹透液致腹腔压力升高引起腹壁渗漏等。

参 考 文 献:

- [1] JOANA S, DIANA M, ANA M G, et al. Deciphering the contribution of biofilm to the pathogenesis of peritoneal dialysis infections: characterization and microbial behaviour on dialysis fluids[J]. PLoS One, 2016, 11(6): e0157870.
- [2] PHILIP K T L, CHEUK C S, BETH P, et al. ISPD peritonitis recommendations: 2016 update on prevention and treatment[J]. Perit Dial Int, 2016, 36(5): 481-508.
- [3] SMIETANSKI M, RENKE M, BIGDA J, et al. Management of inguinal hernia on peritoneal dialysis: an audit of current polish practice and call for a standard[J]. Int J Artif Organs, 2006, 29(6): 573-577.
- [4] XU MEI L, HONG X, NAN C, et al. The effect of automated versus continuous ambulatory peritoneal dialysis on mortality risk in china[J]. Peritoneal Dialysis International, 2018, 38(2): S25-35.
- [5] GRIEFF M, MAMO E, SCROGGINS G, et al. The 'PULL' technique for removal of peritoneal dialysis catheters: a call for re-evaluation of practice standards[J]. Peritoneal Dialysis International, 2017(37): 225-229.

(张西倩 编辑)