

腹膜腔穿刺术

腹膜腔穿刺术(abdominocentesis)是指对有腹腔积液的患者,为了诊断和治疗疾病进行腹腔穿刺,抽取积液进行检验的操作过程。

【适应证】

(1) 抽取腹腔积液进行各项实验室检查,以便寻找病因,协助临床诊断。

(2) 对大量腹水引起严重胸闷、气促、少尿等症状,使患者难以忍受时,可适当抽放腹水以缓解症状。一般每次放液不超过 3000~6000ml。

(3) 腹腔内注射药物,注射抗生素卡那霉素、链霉素或庆大霉素,注射化疗药物环磷酰胺、噻替派、丝裂霉素等,以协助治疗疾病。

【禁忌证】

(1) 有肝性脑病先兆,棘球蚴病,卵巢囊肿者,禁忌腹腔穿刺放腹水。

(2) 若患者有严重的出凝血功能障碍的,肝功能严重损害的,不宜行腹腔穿刺术。

(3) 穿刺点附近皮肤有感染的(如脓肿等),不行腹腔穿刺。

【准备工作】

(1) 核对患者信息,熟悉患者病情,告知患者及家属腹腔穿刺目的、操作及注意事项,明确适应征、排除禁忌征,签署知情同意书。

(2) 术前复核患者的肝功能、血常规、出凝血时间等。

(3) 器械准备:腹腔穿刺包、血压计、皮尺、皮肤消毒剂、2%

利多卡因一支、无菌棉球、手套、洞巾、注射器、纱布及胶布、试管和空瓶、容量器、急救物品。

【操作方法】

(1) 术前先嘱患者排空尿液，以免穿刺时损伤膀胱。

(2) 放液前应测量腹围、脉搏、血压，以观察病情变化。

(3) 扶患者坐在靠椅上，或平卧、半卧、稍左侧卧位。

(4) 选择适宜穿刺点一般常选于左下腹部脐左与髂前上棘连线中外1/3交点处，也有取脐与耻骨联合中点上1cm，偏左或右1~1.5cm处，或侧卧位脐水平线与腋前线或腋中线的交点处。对少量或包裹性腹水，常须超声指导下定位穿刺。定位后需用龙胆紫标记。

(5) 将穿刺部位用2%碘酊常规消毒，带无菌手套，铺消毒洞巾，自皮肤至腹膜壁层用2%利多卡因逐层做局部浸润麻醉。

(6) 术者左手固定穿刺处皮肤，右手持针经麻醉处逐步刺入腹壁，待感到针尖抵抗突然消失时，表示针尖已穿过腹膜壁层，即可抽取和引流腹水，并置腹水于消毒试管中已备作检验用，诊断性穿刺可直接用无菌的20ml或50ml注射器和7号针头进行穿刺。大量放液时可用针尾连接橡皮管的8号或9号针头，助手用消毒血管钳固定针头，并夹持橡皮管，用输液夹子调整放液速度，将腹水引流入容器中计量或送检。腹水不断流出时，应将预先绑在腹部多头绷带逐步收紧，以防腹压骤然降低，内脏血管扩张而发生血压下降甚至休克等现象。

(7) 放液结束后拔出穿刺针，用2%碘酊消毒后，盖上消毒纱布，并用腹带将腹部包扎，如遇穿刺孔继续有腹水渗漏时，可用蝶形胶布

或涂上火棉胶封闭。

【注意事项】

(1) 有肝性脑病先兆，棘球蚴病，卵巢囊肿者，禁忌腹腔穿刺放腹水。

(2) 术中应密切观察患者，如出现头晕、心悸、气促、脉搏增快、面色苍白应立即停止操作，并作适当处理。术后测量患者血压、脉搏、腹围。术后当天穿刺点口不要弄湿，尽量体位使穿刺口朝上；若腹压高的病人，穿刺后需腹带加压包扎。

(3) 腹腔放液不宜过快过多，肝硬化患者一次放腹水一般不超过 3000ml，过多放液可诱发肝性脑病和电解质紊乱，但在输注大量白蛋白的基础上，也可以大量放液，一般放腹水 1000ml 补充白蛋白 6~8g。

(4) 在放腹水时若流出不畅，可将穿刺针稍作移动或变换体位。

(5) 大量腹水者，为防止腹腔穿刺后腹水渗漏，在穿刺时注意勿使皮肤与腹膜壁层位于同一条直线上，方法是当针尖通过皮肤到达皮下后，即在另一手协助下稍向周围移动一下穿刺针尖，然后再向腹腔刺入。

(6) 术后应严密观察有无出血和继发感染的并发症。注意无菌操作，以防止腹腔感染。