

深静脉导管胸腔闭式引流术治疗结核性胸膜炎的临床观察

高卫红¹, 袁东运², 徐立江¹

(浙江省宁波市保黎医院 宁波 315031)

结核性胸腔积液是我国最常见的胸腔积液, 约占渗出性胸腔积液的 54.8%^[1]。抽液是治疗结核性胸膜炎重要手段之一。现将我院采用深静脉导管胸腔闭式引流术治疗结核性中、大量胸腔积液的临床疗效报告如下。

资料与方法

1. 病例选择: 1999 年 1 月—2002 年 12 月入院的 252 例胸腔积液患者, 经细菌学、病理组织学和/或临床(结核菌素阳性、胸液特点除外其他原因引起的胸液)以及抗结核治疗有效而确诊为结核性胸膜炎, B 超检查确诊为中、大量胸腔积液, 均无其他并发症

和合并症。按随机化原则分为治疗组和对照组, 治疗组 126 例, 男性 94 例, 女性 32 例, 年龄 15~78 岁, 平均年龄 44 ± 7.8 岁; 对照组 126 例, 男性 89 例, 女性 37 例, 年龄 14~77 岁, 平均年龄 44 ± 9.1 岁。两组性别、年龄、病情均具有可比性。

2. 治疗方法: 采用 B 超定位后, 治疗组一般选腋后线与液平面最宽处穿刺。局部消毒、铺巾、麻醉, 参考超声指示的深浅度, 用 18 号薄壁穿刺针进行穿刺, 穿刺成功后置入弹性导丝, 沿弹性导丝插入深静脉导管(长 20 cm, 美国 Arrow 公司生产), 使其在胸膜腔保留 4~6 cm, 拔出弹性导丝, 外留导管用一次性无菌敷帖固定, 末端留出接上 50~60 ml 注射器抽

排胸液,抽液量不限,但抽液速度控制在 30~50 ml/min,直至无液抽出,以后根据临床表现及胸液情况不定时反复彻底抽液,每次抽完后在导管末端常规消毒,戴上肝素帽。对照组采用常规胸穿抽液,第一次不超过 600 ml,以后每次不超过 1 000 ml,每周 1~2 次,直至胸液不能抽出为止。两组患者均同时用 2HRZE/4HR 方案常规剂量抗结核,并应用强的松 30 mg,1 次/d,口服,至胸液明显减少或中毒症状减轻时,每周减少 5 mg,一般 6~8 周停药。

3. 疗效评定:胸膜肥厚以最后一次引流或抽液后 X 线胸片表现为准(至少经 2 名放射科医师诊断),引流或抽液均以 B 超提示不能抽液为终止标准。引流和穿刺的次数、持续时间、引流和抽液胸液量比较用 u 检验。

结 果

1. 抽放胸液:治疗组(3896 $\pm$ 1390) ml、(880~6900 ml),对照组(2874 $\pm$ 1075) ml、(570~4750 ml),两组相比差异有显著性($t=3.65$, $P<0.01$)。

2. 胸液消失时间:治疗组(5.2 $\pm$ 1.6) d、(1.7~8.9) d,对照组(20.5 $\pm$ 11.6) d、(6.5~67) d,两组相比差异有显著性($t=5.47$, $P<0.01$)。

3. 预后:治疗组 126 例患者均 1 次穿刺成功,操作顺利,无 1 例发生肺胸壁及邻近脏器和组织的损伤、出血、感染、气胸、导管堵塞等并发症,仅有 12 例发生胸膜肥厚,5 例发展为包裹性积液。对照组有 61 例发生胸膜肥厚,14 例发展为包裹性积液。

讨 论

结核性胸膜炎的疗效应达到:(1)迅速减轻临床症状,缩短病程;(2)防止胸膜增厚以免影响肺功能;(3)防止日后肺结核的发生和发展^[2]。目前为规则抗结核治疗,反复抽胸液,激素的应用和局部激光治疗^[3],患者多能治愈。

由于结核性胸膜炎胸液蛋白含量和纤维蛋白的含量高,容易引起胸膜粘连,在抗结核及激素的治疗下,早期大量抽胸液是尽快消除胸液的关键。一般认为每次抽液量不超过 1 000 ml,其理由是过快、过多抽液使胸腔内压力骤降,可发生纵隔突然摆动,导致急性循环衰竭、休克,以及压缩肺突然张开,损伤肺毛细血管,通透性增加,造成“复张后肺水肿”^[5]。

本治疗组采用深静脉导管留置并在短期内非限量不定时反复抽液,在控制抽液速度的情况下,1 次抽液 1 000 ml 以上,无复张性肺水肿等并发症发生,

说明能引起上述副反应的因素,主要在于抽液的速度而不在于抽液的量^[6]。缓慢抽液,可能是抽液时间延长,两侧的压力差有了一定的缓冲余地。治疗组抽放胸液(3 896 $\pm$ 1 390) ml、(880~6 900) ml,较对照组(2 874 $\pm$ 1 075) ml、(570~4 750) ml 相比差异有显著性($t=3.65$, $P<0.01$);治疗组胸液消失天数(5.2 $\pm$ 1.6) d、(1.7~8.9) d 较对照组(20.5 $\pm$ 11.6) d、(6.5~67) d 相比差异有显著性($t=5.47$, $P<0.01$)。本文显示治疗组抽液量较多,且胸液消失快,使治疗组疗程大大缩短,有效防止了胸膜肥厚或包裹性积液等并发症的发生。对结核性胸腔积液采用深静脉导管留置术,引流用的细而软的硅胶管对胸膜组织损伤小,可以一次性彻底排尽胸腔积液,引流的全过程保持连续、缓慢、匀速,使胸腔积液逐渐减少,减少了反复胸腔穿刺的次数,避免了反复穿刺造成胸膜多处损伤、出血,减少了患者的心理负担;术者可以根据患者病情调整抽液量抽液时患者可讲话,咳嗽,正常呼吸无损伤肺之虑;而且便于彻底抽尽胸液,最终达到控制胸液,减少胸膜肥厚的目的。而常规胸穿抽液治疗,一般患者需行胸腔穿刺 1~10 次或更多;每次抽液多不能达到将胸液抽尽的目的,从而延长治疗时间,有时还会造成出血、气胸、感染等并发症。若胸液抽吸不彻底易形成胸膜肥厚,同时增加了穿刺的困难和患者的紧张心理。

本文结果显示采用深静脉导管胸腔闭式引流术治疗结核性胸膜炎,较常规胸腔穿刺方式安全,有效率高,特别适合老年、体弱患者。由于深静脉导管管径较细,当胸液粘稠度较高时,易阻塞管腔,可在距离导管管口间隔 5~10 mm 剪 2~3 个小洞(注意勿超过导管半径),这样不影响抽液效果。故深静脉导管胸腔闭式引流术治疗结核性胸膜炎是一种有效的、不良反应小、可耐受的方法。

参考文献:

- 1 朱元珏,陈文彬.呼吸病学[M].北京:人民卫生出版社,2003,1283~1287
- 2 刑祖林.胸膜疾病治疗方案探讨[J].中华结核和呼吸杂志,2001,24:19
- 3 张敦熔.结核病新概念[M].北京:中国农业科技出版社,1995,102~114
- 4 谢惠安,阳国太,林善梓.现代结核病学[M].北京:人民卫生出版社,2000,318~326
- 5 魏长春,刘彦彦,董秋兰,等.大量胸液不同排液方法的临床分析[J].中国防痨杂志,2002,24,26

(收稿日期:2003-12-23)