

中心静脉导管在治疗胸腹水中的应用

王斌锋¹, 马苗苗², 王建华¹

(1. 铜川市人民医院普外科, 陕西 铜川 727000; 2. 铜川市人民医院儿科)

摘要: **目的** 观察一次性使用中心静脉导管在治疗胸腹水中的应用效果。 **方法** 共 69 例胸腹水患者: 胸部恶性肿瘤致胸水 21 例, 感染性胸水 4 例, 外伤后期胸水 6 例, 腹部恶性肿瘤致腹水 31 例, 急性重症胰腺炎致腹水 5 例, 门静脉高压症致腹水 2 例。所有患者均采用一次性使用中心静脉导管闭式引流治疗, 配合静脉输注人血白蛋白及利尿剂或根据病情腔内注入化疗药物等。 **结果** 治愈 14 例, 有效 53 例, 无效 2 例, 有效率达 97.10%。在治疗过程中, 无 1 例病人出现血胸、气胸、胸腹腔感染或感染加重、腹腔脏器损伤等并发症。 **结论** 一次性使用中心静脉导管用于临床治疗胸腹水, 方法简便, 微创安全, 痛苦小, 疗效确切, 提高了患者的生活质量, 延长了生存时间, 值得临床推广、普及。

关键词: 中心静脉导管; 胸腹水; 闭式引流

中图分类号: R561 **文献标识码:** A

胸腹水是胸腹部疾病常见的、严重的并发症之一, 往往可出现明显的临床症状, 严重者可危及生命, 给患者带来痛苦。减少、消除胸腹水, 不仅是减症治疗, 还能为其它治疗争取时机, 提高病人生活质量, 延长病人生存时间。近几年来, 国内有报道使用中心静脉导管作为引流装置用于胸腹腔积液治疗, 取得较好疗效^[1]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2006 年 3 月~2013 年 4 月, 本院应用一次性使用中心静脉导管治疗胸腹水患者共 69 例。男 41 例, 女 28 例, 年龄 16~82 岁。胸水患者 31 例: 胸部恶性肿瘤致胸水 21 例, 感染性胸水 4 例, 外伤后期胸水 6 例。其中, 中等量胸水 23 例, 大量胸水 8 例。治疗前均做 X 线及 B 超检查, 未形成包裹性积液者入选。腹水患者 38 例: 腹部恶性肿瘤致腹水 31 例, 急性重症胰腺炎致腹水 5 例, 门静脉高压症致腹水 2 例。临床腹部症状明显, B 超检查大量积液者入选。

1.2 治疗方法

胸部在 X 线或 B 超定位下, 局部麻醉消毒后,

用中心静脉导管配套针管穿刺, 进入胸腔后置导丝入胸腔约 8~10 cm, 扩皮, 后沿导丝置入中心静脉导管, 根据胸壁厚度, 置入胸腔约 10~15 cm。取出导丝, 导管末端与输血器相连, 再连接引流袋或负压壶闭式引流, 缝合固定于胸壁, 小纱布条缠绕后无菌包扎。根据病人情况, 缓慢抽液、放液, 也可腔内给药。按上述方法, 腹部一般选在右髂前上棘与肚脐连线中外 1/3 点, 配套导丝置入腹腔约 6~8 cm, 不宜过深, 防止腹腔内脏器损伤。均与输血器相连, 再密闭接引流袋, 缝合固定于胸壁, 小纱布条缠绕后无菌包扎。治疗前查血常规、凝血 4 项、心电图。中心静脉导管可多修剪 2 个侧孔, 以便引流更加充分。根据病人情况, 缓慢放液、抽液, 1 周后再可重复腔内给药。

1.3 疗效判定

治愈: 胸腹水消失, 随访 4 周以上, 病人无症状, 无胸腹水再次生成。有效: 胸腹水减少, 随访 4 周以上, 病人症状明显减轻, 胸腹水无再次生成或胸腹水再次生成较前明显减少。无效: 胸腹水减少不明显, 病人症状减轻不明显, 形成包裹性积液或胸腹增厚, X 线、B 超检查显示胸腹水不减少。

2 结 果

治愈 14 例: 结核性胸膜炎 3 例, 急性重症胰腺炎 5 例, 外伤后期胸水 6 例。有效 53 例: 胸部恶性

肿瘤致胸水 21 例,腹部有胃癌致腹水 8 例,大肠癌致腹水 13 例,胆道肿瘤致腹水 6 例,卵巢癌致 3 例,恶性淋巴瘤致腹水 1 例,门静脉高压症致腹水 1 例效果较好,且方便腔内注射抗肿瘤药物,病人胸闷、腹胀等症状明显减轻,肿瘤发展速度减慢。无效 2 例。1 例为右侧脓胸合并 COPD,脓液黏稠,导管较细,不易引出,症状减轻不明显,后改行普通胸管右侧胸腔闭式引流术治愈;1 例为肝硬化患者,蛋白补充不良,腹水消失不明显,且易导致蛋白丢失。在治疗过程中,无 1 例病人出现血胸、气胸、胸腹腔感染或感染加重、腹腔脏器损伤等并发症。

3 讨 论

传统的穿刺抽水使用硬针头,需反复穿刺抽水才能达到预期疗效。反复穿刺增加病人痛苦,增加医护人员的工作量,增加了医疗费用,需要医务人员固定。由钳夹来控制抽水,不易控制流速,也容易产生气体漏入,增加逆行感染几率。硬针头反复穿刺易出现胸腹部血管、脏器损伤,常导致血气胸、腹腔感染、腹腔脏器损伤等,严重时危及病人生命。抽水后也不易观察。与传统的胸腹穿刺相比,一次性使用中心静脉导管优点有:①穿刺成功后可以较长时间保留,避免反复穿刺带给病人的痛苦,减少工作量,降低医疗费用。②连接控制开关后可依据病人情况随时控制抽放水,且流速缓慢、均匀,引流量可控制,不易发生肺复张后肺水肿,病人耐受性较好^[2]。③闭引流管袋,减少胸、腹腔感染几率,不易出现穿刺口感染等并发症。④软管置于胸腹腔中,不会出现胸腹部血管、脏器损伤。⑤持续引流,可及时观察引流液之性状,起到临床观察作用。⑥相对于传统穿刺,适应证更为广泛,如稀薄脓胸、腹腔感染。⑦胸腹水大多需通过腔内用药才能消除积水再聚集的可能,使胸腹腔内给药方便^[3]。⑧对未确诊的病例有利于反复送检细胞学检查^[4]。不足之处:①因为内径较细,侧孔较小,在负压引流时易发生侧孔闭合,管腔闭塞而发生堵塞,在引流较黏稠液体时也易发生堵塞,致引流失败。②一般多为硅胶管,细长而柔韧,引流时间较长后可发生卷曲、弯折,活动后吸附于胸腹壁或组织易发生堵塞致引流失败。③不能替代胸腔闭式引流术及腹腔引流术,对于黏稠脓胸及腹腔感染治疗效果较差。④缺乏配套的体外引流材料,可发生渗漏,无绝对密闭性,个数病例可

发生周围皮肤感染,增加胸腹腔感染之风险。⑤病人携带引流系统,生活仍有不便。

中心静脉导管用于临床治疗胸腹水应注意并改进几点:①仔细、严格分析适应症,对于黏稠脓胸、腹腔感染及血胸早期,不建议应用,建议行胸腔闭式引流术及腹腔引流术。②操作过程中,建议导丝引导,放入预定位置或长度后,退出导丝并固定后,紧贴胸腹壁用小纱布条缠绕后无菌包扎,防止在胸腹壁皮肤处弯折。负压吸引请勿压力过大导致导管吸附堵塞,如果出现这些情况,建议病人变换体位,同时用生理盐水冲洗管道或适当退出管道。③置管中,可适当修剪增加、增大侧孔,减少侧孔堵塞几率。④较长时间留置,需定期用生理盐水冲洗管道,防止沉积物粘附于内壁引起堵塞。间歇期,采用肝素稀释液封管可以降低堵管的发生率,且不明显增加其他不良事件的发生率^[5]。⑤临床应用中,需严密观察引流是否通畅,有无渗漏、脱落。相对于负压引流特别重要,需及时处理。⑥依据病人情况,可注入尿激酶等药物适当溶解,引流将更加通畅。⑦在引流间歇期,给予封闭、固定,无菌包扎,取除引流装置,提高病人生活质量。再次连接引流装置时,严格无菌原则,保持密闭性,便可减少感染、气胸等并发症。⑧恶性胸腹水患者,定期腔内注入抗肿瘤药物,可取更好疗效。⑨建议研发与之相关的引流材料,使用更加方便,提高临床安全性。

综上所述,一次性使用中心静脉导管临床治疗胸腹水,虽然有不足之处,但是在加以注意及改进后,方法简便,微创安全,痛苦小,疗效确切,提高了患者的生活质量,延长了患者生存时间,值得临床推广、普及。

参考文献:

- [1] 张振豪,闫素霞.中心静脉导管穿刺引流治疗胸腹腔积液 80 例分析[J].中国误诊学杂志,2011,11(18):4453-4453.
- [2] 欧阳雁.浅谈中心静脉导管在胸腹水中的临床应用[J].医学信息,2011,24(5):322.
- [3] 张玉军,于建昌,徐光耀.中心静脉导管腹腔置入的应用观察[J].中国医药导报,2012,9(7):46-47,49.
- [4] 赵化荣,包永星.中心静脉导管在恶性胸腹腔积液治疗中的临床应用[J].新疆医科大学学报,2010,31(10):1396.
- [5] 武星.肝素在恶性胸腹水中心静脉导管置入引流的应用[J].中国民族民间药,2013,22(10):18-19.