

# 改良胸腔闭式引流治疗液气胸 68 例

杨小平

(浙江新昌县人民医院胸外科, 新昌 312500)

中图分类号: R655

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2005)01-0079-01

胸腔闭式引流是治疗液气胸的主要手段之一, 切开胸壁粗管或弗氏导尿管<sup>[1,2]</sup>引流创伤较大, 病人活动明显受限。2002 年 2 月~2003 年 4 月我科采用深静脉(或称中心静脉)导管作为引流管治疗液气胸 68 例, 收到良好效果, 报道如下。

## 1 临床资料与方法

### 1.1 一般资料

本组 68 例, 男 60 例, 女 8 例。年龄 10~71 岁, 平均 41 岁。本组病例均有胸闷、气促, 尤以活动后明显, 胸痛 48 例, 呼吸困难、端坐呼吸等危重表现 43 例。胸部 X 线片提示肺压缩在 50% 以上, 其中肺受压 95% 以上 49 例(7 例肺受压 100%), 85%~95% 11 例, 50%~85% 8 例。从发病到闭式引流术 <4 h 36 例, 4~24 h 23 例, >24 h 9 例。外伤性气胸、血胸、血气胸 36 例, 自发性气胸 22 例, 其中张力性气胸 25 例, 恶性胸水 10 例。

### 1.2 方法

中心静脉导管作引流管, 长约 50 cm。穿刺前将导管前段剪 2~3 个侧孔。气胸者取腋中线第 5 肋间(为胸壁肌肉薄弱区)或锁骨中线第 2 肋间为穿刺点, 液胸者取腋中线与腋后线之间的第 7 或第 8 肋间为穿刺点。

常规消毒、铺巾, 局麻后穿刺针穿刺, 回抽证实穿刺成功后置入导引钢丝, 血管扩张器扩张穿刺途径(主要是皮肤), 退出扩张器, 沿导引钢丝送入中心静脉导管, 其侧孔应完全在胸腔内。拔出钢丝后, 检查导管的深度(8 cm 左右为宜)和通畅情况, 然后连接水封瓶(用输液管连接、延长、插入水封瓶内), 气胸者见气泡溢出, 液胸者见液体流出。透明薄胶膜(6 cm×5 cm)固定引流管于胸壁上。

术后常规应用抗生素预防感染。注意观察引流情况及病人症状, 预防复张性肺水肿的发生。病人自觉症状消失, 听诊两肺呼吸音清楚, 胸部 X 线片示肺已复张, 无明显气、液体, 夹管观察 1~2 d, 无明显不适拔管。

### 1.3 疗效标准

治愈: 气、液体完全吸收, 肺完全复张; 有效: 气、液体明显减少, 肺大部分复张; 无效: 气、液体无明显变化或加重。

## 2 结果

本组肺复张时间 1~3 d。液胸者引出胸液 1 500~3 200 ml, 平均 2 100 ml。治愈 60 例, 有效 6 例, 2 例无效均为肺大疱破裂致气胸, 漏气较多, 改粗管引流(并行负压吸引)1 周也无效, 开胸手术后治愈。本组无皮下气肿、肺不张等并发症。置管后病人无明显疼痛, 可带水封瓶活动。

68 例随访 1~12 个月, 平均 6.8 月, 无明显不适, 术后复发 2 例, 1 例再次行闭式引流, 1 例合并老年性慢性支气管炎, 手术治愈。

## 3 讨论

液、气胸量多时须行胸腔闭式引流。传统闭式引流法引流管较粗, 引流迅速, 效果好, 但创伤较大, 疼痛明显, 尤其是深呼吸或咳嗽时肺组织容易碰到导管而疼痛加剧, 制约了呼吸运动, 影响了肺的复张。

采用中心静脉导管作胸腔闭式引流的优点: ①操作简便, 无须缝合, 疼痛轻, 无瘢痕; ②导管细而软, 对肺、胸膜、膈肌的刺激小, 从而对病人的呼吸运动制约和影响小, 利于肺复张; ③由于导管细, 单位时间内引流量少, 使肺“缓慢”复张, 不容易引起复张性肺水肿和纵隔摆动; ④穿刺路径与导管相仿, 不留有空隙, 故不容易发生皮下气肿。本组 68 例均未发生。由于本法粘胶固定, 注意观察以防引流管脱出, 各接头要注意密封, 以免漏气。

本方法的适应证: ①各类气胸; ②血胸; ③恶性胸水。禁忌证: ①脓胸; ②含有脓块或大块坏死组织的液胸, 因为引流管的管径较小。

若本方法难以使气胸肺复张, 可以考虑改用粗管引流或直接开胸手术, 因为此种情况多为较大的肺大疱破裂或肺裂口较大, 本组 2 例即如此。

## 参考文献

- 1 陈京宇译. 胸腔闭式引流和负压吸引. 见 Pearson FG, Deslaunies J, Ginsberg RJ, eds. 赵凤瑞主译. 普通胸外科手术学(下卷). 沈阳: 辽宁教育出版社, 1999. 1045-1057.
- 2 冯卓荣. 胸部损伤. 见: 吴在德, 主编. 外科学. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002. 363-372. (收稿日期 2003-05-27) (修回日期 2003-07-21)