

## • 临床观察 •

## 胸腔内置入中心静脉导管治疗结核性胸膜炎疗效观察

姚恒波 尚好珍 崔秀琴 张文平

[关键词] 结核性胸膜炎; 静脉导管; 疗效

中图分类号: R521.7 文献标识码: B 文章编号: 1006-9771(2005)08-0671-01

[本文著录格式] 姚恒波, 尚好珍, 崔秀琴, 等. 胸腔内置入中心静脉导管治疗结核性胸膜炎疗效观察[J]. 中国康复理论与实践, 2005, 11(8): 671.

结核性渗出性胸膜炎是临床常见病, 为使胸水尽早、尽快排除及吸收, 减少胸膜肥厚, 避免不良反应的发生(如气胸、胸膜反应等), 我们采取胸腔内置入中心静脉导管的方法将胸水彻底引流, 现报道如下:

## 1 资料与方法

1.1 临床资料 2001 年 10 月~2003 年 12 月住院结核性胸膜炎患者 112 例, 发病 1 个月以内, 无合并症, 去除包裹型积液、叶间及双侧胸水, 肺部有活动病灶。随机将患者分为两组, A 组为治疗组, 63 例, 其中男性 36 例、女性 27 例, 年龄 14~68 岁, 平均 34 岁; B 组为对照组, 49 例, 其中男性 27 例、女性 22 例, 年龄 16~72 岁, 平均 35 岁。

1.2 诊断标准: ①存在结核中毒症状; ②PPD 试验强阳性; ③胸水结核抗体阳性; ④胸水常规检查为渗出液, 细胞分类淋巴细胞占多数,  $ADA > 45$  U; ⑤胸片显示中等量以上胸水达第 4 前肋; ⑥抗结核治疗有效。

1.3 治疗方法 两组采用统一治疗方案, 前 2 个月强化期用异烟肼(H)、利福平(R)、链霉素(S)或乙胺丁醇(E)、吡嗪酰胺(Z), 巩固期 10 个月用异烟肼(H)、利福平(R)和乙胺丁醇(E), 以 2HRS(E)Z/10HRE 表示, 强的松 30 mg/d, 早 8 点口服, 3 周后开始减量, 每 d 天减少 5 mg, 减完后停用。

A 组在抗结核治疗的同时采取胸腔内置入中心静脉导管引流。方法为: 经 B 超定位于最大胸水厚度处, 靠近下方置管持续引流, 如果胸水量较大, 可控制引流速度, 避免发生胸膜反应, 一般为 100~150 ml/h, 第 1~2 天引流量较大时可达 2000~3000 ml, 但应控制流速。当引流量逐渐减少至每日 20~100 ml 时, 可以任其引流。彻底引流至无胸水排出后再观察 2~3 d, 确认无胸水后拔管。

B 组在抗结核治疗的同时行传统的胸穿抽水, 每周两次, 每次抽水量为 800~1200 ml, 直至抽不出胸水为止(此时 B 超探查胸水厚度多  $< 10$  mm)。

1.4 观察指标 于治疗前及治疗 1 个月、2 个月、3 个月和 6 个月时拍正侧位胸片并结合 B 超检查确定胸水消失时间、胸膜肥厚情况(正侧位胸片显示膈顶水平以下侧胸壁的胸膜厚度  $> 2$  mm, 判定为胸膜肥厚, 同时做 B 超检查肯定无胸水以防错判<sup>[1]</sup>)、是否出现包裹性积液及不良反应(气胸、胸膜反应)等。

1.5 统计学处理 对数据进行  $t$  检验及  $\chi^2$  检验。

## 2 结果

作者单位: 1. 453100 河南新乡市, 新乡医学院第一附属医院结核内科(姚恒波、尚好珍、崔秀琴); 2. 453100 河南卫辉市, 卫辉市妇幼保健院(张文平)。作者简介: 姚恒波(1962-), 女, 河南南召县人, 副主任医师, 主要研究方向: 胸膜疾病的诊断、鉴别诊断, 耐多药结核病的治疗。

2.1 胸水吸收天数或穿刺抽不出胸水时间 A 组 6~14 d, 平均  $(9.33 \pm 1.92)$  d, B 组 8~35 d, 平均  $(22.18 \pm 6.27)$  d, 两组比较,  $t = 17.13$ ,  $P < 0.001$ 。

2.2 胸膜肥厚情况 A 组 2 个月时有 10 例、3 个月时有 4 例、6 个月时有 1 例, 总发生率 23.8%; B 组 2 个月时有 17 例、3 个月时有 7 例、6 个月时有 4 例, 总发生率 57.1%, 两组比较,  $\chi^2 = 12.95$ ,  $P < 0.001$ 。

2.3 包裹性积液 A 组 1 个月时有 2 例、2 个月时有 1 例; B 组 2 个月时仍有 5 例, B 超示大量强回声光点, 胸穿抽不出胸水。

2.4 不良反应发生情况(气胸、胸膜反应) A 组 3 例, 发生率 4.8%; B 组 9 例, 发生率 18.4%, 两组比较,  $\chi^2 = 5.3$ ,  $P < 0.05$ 。

## 3 讨论

普通内科住院患者中, 胸腔积液的发生率约 4%~7%, 其中 1/3 为结核性; 结核病医院内科住院患者, 结核性胸膜炎占 3.6%<sup>[2]</sup>。结核性胸膜炎的治疗一般采取抗结核治疗加糖皮质激素以尽快控制症状。胸腔积液中含有大量纤维蛋白和蛋白质以及红细胞、白细胞、内皮细胞等, 治疗时如何控制胸膜炎症、减少渗出、清除胸腔积液、促进胸水吸收、防止并发症的发生<sup>[3]</sup>直接影响预后。

本组资料显示, 传统的胸腔穿刺抽胸水的方法胸水吸收时间长, 多次反复抽胸水也容易造成壁层胸膜损伤, 加之胸水存在时间较长, 胸膜肥厚的发生率较高, 并容易出现不良反应; 而 A 组患者在 B 超定位于胸水的底部胸腔内置入一次性中心静脉导管, 能对胸水进行充分引流。引流第 1 天因胸水量大, 虽引流管较细, 仍有大量胸水排出, 故一定要控制引流速度以免引起胸膜反应及纵隔摆动。置管引流的方法一方面可以使胸水中的纤维蛋白、渗出的炎性细胞尽快排除, 减少炎症反应及胸膜肥厚的发生; 另一方面可以随时做胸腔内注药, 如异烟肼、激素及尿激酶, 但注药后应关闭引流管让药物在胸腔内充分发挥作用, 然后再行引流, 使沉积的纤维蛋白及炎性物质彻底排净, 进一步减少胸膜肥厚的发生。总之, 胸腔内置入中心静脉导管引流可缩短胸水吸收时间, 胸膜肥厚、气胸、胸膜反应及包裹性积液的发生率低, 而且使用一次性置管持续引流不用反复穿刺抽水, 减少了医务人员的劳动强度。

## [参考文献]

- [1] Kunter E, Ilvan A, Kilic E, et al. The effect of pleural fluid content on the development of pleural thickness[J]. Int J Tuberc Lung Dis, 2002, 6(6): 516-522.
- [2] 严碧涯, 端木宏谨. 结核病学[M]. 北京: 北京人民出版社, 2003: 577.
- [3] 马永昌, 丁卫民, 王永亮. 结核性渗出性胸膜炎不同抽胸腔积液方法的疗效观察[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2000, 23: 248.

(收稿日期: 2005-03-21)