

Seldinger 法心包穿刺置管引流心包积液的应用

朱玲军 彭万军 林文辉 王审 张济富
(温州医学院附属温岭医院 浙江温岭 317500)

摘要:目的:探讨 Seldinger 法心包穿刺置管引流心包积液的临床疗效及安全性。方法:对 35 例中、重度心包积液患者分别于剑突下,左第 5、6 肋间隙浊音界内 1.5~2.0cm 处,心尖部,以 Seldinger 法穿刺心包留置中心静脉导管,观察心包积液引流以及临床情况。结果:全部病例均一次性安全成功心包穿刺置管,后引流或间歇抽液,均取得满意效果。发生不良反应 5 例,其中 1 例死亡。结论:Seldinger 法心包穿刺置管引流,治疗心包积液疗效确切,操作简单、方便,引流比较彻底,副反应少,安全性比较大,但操作时仍须大胆、细心,术中、术后注意观察。

关键词:Seldinger 法;心包积液;心包穿刺;引流

中图分类号:R 542.1*2

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2006)01-0039-02

心包积液是心内科常见病之一,往往需要进行心包穿刺,协助诊治。传统的心包穿刺有较大的危险性,严重并发症高达 20%^[1]。我们从 2001 年起,采用 Seldinger 导管法进行心包穿刺置管引流,取得理想效果。现报告如下:

1 资料和方法

1.1 临床资料 选择我科 2001~2005 年共 32 例中至大量心包积液患者,均经超声心动图证实(右室前壁液性暗区 0.9~3.0cm,或左室前壁液性暗区 1.2~3.8cm)。男 18 例,女 14

3 讨论

纤支镜检查是早期肺癌确诊的最重要手段,能较快地确定病灶部位、肿瘤侵袭范围和细胞类型,对手术方式的选择,制定放疗、化疗方案及判断预后、治疗效果有重要的指导作用。因此,如何提高纤支镜检查对肺癌的病理确诊率是非常重要的。钳检、刷检、冲洗、TBNA 是纤支镜检查中常用的 4 种取材方法。本组 320 例肺癌患者的钳检、刷检、冲洗、TBNA 的检出率分别为 81.2%、70.6%、60.9%、60.6%,综合 2 种以上取材方法的检出率均高于任何一种取材方法的检出率($P < 0.01$),而综合 4 种取材方法的总阳性率为 92.5%。因此纤支镜检查对肺癌的诊断有重要价值,对于每例疑似肺癌患者应尽可能联合使用多种取材方法,以提高纤支镜检查对肺癌的诊断率。

经纤支镜不同取材方法对肺癌的检出率与肺癌的镜下类型有明显关系。从表 1 可见,钳检对肺癌的检出率显著高于其他 3 种取材方法(P 均 < 0.05)。表 2 显示,增生型肺癌的钳检检出率高达 93.9%,与其他 3 种取材方法相比差异显著($P < 0.01$)。钳检获取的组织较大,可作出病理诊断,对临床治疗的指导作用大。因此,钳检是纤支镜最重要的检查技术(尤其对增生型肺癌),在纤支镜检查时应尽可能进行钳检取材。刷检由于接触病灶面积大,可进入细小支气管,又可接触到钳检后的新创面,较易找到癌细胞,阳性率较高。而 TBNA 已被证实是一种诊断支气管腔外病变阳性率较高而又安全的诊断技术^[2]。2 种取材方法操作简便、安全、快速、并发症少。表 2 显示浸润型、外压型肺癌的刷检、TBNA 与钳检的诊断率差异无显著性,但 3 者均显著高于冲洗($P < 0.05$)。提示对于浸润型、外压型肺癌,刷检、TBNA 与钳检具有同等的诊断价值,均明显优于冲洗。此外,由于刷检、TBNA 操作灵活,出

例;年龄 31~68 岁;均有心悸、胸闷、呼吸困难等症状;其中结核性心包炎 9 例,肿瘤性 13 例(心包转移或原位间皮瘤),甲状腺功能减退症 4 例,尿毒症 2 例,非特异性 2 例,反应性 2 例。穿刺引流的目的是:确定积液的性质,解除压塞症状。

1.2 材料 中心静脉导管装置(美国 ARROW 公司)。

1.3 方法 所有病人预先经超声心动图定位,明确进针位置、方向、深度,做好皮肤浅表标志,然后在床旁心电监护下,术中无超声引导,患者取 45 度半卧位(与心超检查时相同体

血较少,对活检钳难以进入病灶的部位(如上叶尖后段、下叶背段),或病灶出血显著,用刷检、TBNA 替代钳检进行取材,可提高诊断率,并避免大出血发生的危险。对于正常型肺癌,刷检、冲洗的诊断率较高,刷检加冲洗高达 64.0%,而钳检的诊断率仅 34.6%,因此应重视刷检和冲洗。

综合文献^[1,2]学习和临床实践,我们体会到以下措施有利于提高纤支镜检查对肺癌的诊断准确率:(1)在取材过程中应按照 TBNA-钳检-刷检-冲洗的顺序进行,因为首先作 TBNA,可以避免因钳检或刷检损伤黏膜下病变组织,造成 TBNA 标本的污染和假阳性的发生,且 TBNA 过程出血极少,不影响其他操作。先钳检再刷检,可使癌组织完全暴露,脱落的癌组织也会增加。在钳检、刷检后进行冲洗,支气管-肺泡脱落癌细胞也会增加,均有利于提高诊断率。(2)在钳检过程中,操作应熟练,尽量提高第 1 次钳检的成功率,取材部位要准确,应在病灶不同部位取得完整组织 3~4 块,对表面有较多坏死组织的增生型肺癌,应尽量吸除并将活检钳深入肿块夹取新鲜组织,或钳夹肿物边缘。对浸润型、外压型肺癌反复定点钳夹可达深层组织,采用带固定针的活检钳有利于活检时固定,特别是浸润型、外压型肺癌者。对病灶出血明显者,可予局部先滴注 1/10000 肾上腺素止血,并吸除血斑,以清晰暴露视野。(3)对于纤支镜下正常型的肺癌,尤其是周围型肺癌,要根据 X 线胸片、胸部 CT 对病灶准确定位进行反复刷检、冲洗,这样才能提高纤支镜检查的阳性率。

参考文献

[1]刘长庭,张进川.现代纤维支气管镜诊断治疗学[M].北京:人民军医出版社,1997.82~87
[2]秦少云,徐涛明.经支气管镜吸术对管壁浸润型肺癌的诊断价值[J].江苏临床医学杂志,1998,5(2):391

(收稿日期:2005-06-27)

治疗难治性心力衰竭 31 例体会

仇冬薇 李云玲
(山东省费县中医医院 费县 273400)

关键词:心力衰竭;药物疗法;血管紧张素转换酶抑制剂;安体舒通;地戈辛;消心痛
中图分类号:R 541.6⁺1 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2006)01-0040-02

我科自 2001~2004 年之间,共收治 31 例心功能 III~IV 级的心衰病人,通过应用血管紧张素转换酶抑制剂(ACED)联合安体舒通辅助治疗,疗效比较满意。现总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 31 例病人根据临床症状、体征、心脏彩色多普勒检查予以确诊,并按 NYHA 分级标准心功能符合 III~IV 级。其中男性 18 例,女性 13 例;年龄在 37~83 岁之间;心功能 III 级 25 例,心功能 IV 级 6 例;其中冠心病 17 例,高心病 9 例,风湿性心脏病 2 例,肺源性心脏病 3 例。

1.2 治疗方法 31 例病人均给予绝对卧床休息,适度限盐,积极治疗心力衰竭的病因及诱因,同时给予地戈辛 0.125~0.25mg, qd; 消心痛 10mg, tid; 双氢克尿塞 25mg, bid 的常规基础治疗。同时应用安体舒通 20mg, bid, 及从小剂量开始的疏甲丙甬酸 6.25mg, tid, 然后根据病人情况及血压情况,剂量可以增加至 12.5~25mg, tid。

1.3 治疗结果 我们在基础治疗前提下,给予 ACEI 联合安

体舒通,31 例病人经治疗半年后,心功能明显改善,临床症状、体征都有不同程度的减轻甚至消失,通过心脏彩色多普勒复查,心功能指标明显提高,未出现电解质紊乱、蛋白尿、血压下降,无明显高血钾等明显的副作用,治疗效果比较满意。

2 讨论

难治性心力衰竭是各种病因所致心脏病的终末阶段,对于多种治疗均无明显疗效或疗效不佳,临床病死率较高,是当前心血管内科领域比较重要的课题之一^[1]。心力衰竭的治疗原则是减轻心脏的前、后负荷,加强心肌收缩力,治疗基本病因及消除诱因,采用强心、利尿、扩血管疗法。现已证实,血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)可部分逆转心室重构,有效治疗心力衰竭^[2]。ACEI 可降低肾素-血管紧张素-醛固酮系统中醛固酮激素的血液浓度,但对 II 液循环中醛固酮的抑制作用却是短暂的^[3]。ACEI 不能完全抑制醛固酮的产生,因为除血管紧张素 II 外,其他因素(如血钾)对醛固酮的产生也有重

位)依据心超定位分别取剑突与左肋弓交界处下方 2~3cm,左第 5、6 肋间隙心浊音界内 1.5~2.0cm 处,心尖部等为穿刺点。常规皮肤消毒铺巾,用 2%利多卡因逐层浸润麻醉至心包壁层。采用 Seldinger 法技术,将穿刺针负压状态下缓慢进针,一旦有突破感,积液涌入注射器内,立即停止进针,将 J 形导引钢丝循穿刺针芯插入约 15cm。退穿刺针,沿导引钢丝用配套的扩皮鞘轻度扩张皮肤和软组织,退出扩张管,再经导引钢丝中心深静脉留置导管至心包腔内约 10cm。退导丝、固定引流管,并外接负压引流袋或肝素帽封闭间歇抽液。

2 结果

所有 32 个病例均一次性成功穿刺并置管,留置 4~12d,抽液量 350~4 000mL,病人心悸、胸闷、呼吸困难等临床症状缓解迅速、明显,并通过心包积液检察确诊 7 例。而不良反应包括术中发生迷走反应 1 例,胸痛 1 例,术后引流不畅 2 例,穿刺部位渗液、局部红肿 3 例,猝死 1 例。

3 讨论

心包积液可由多种原因引起,大量积液或短期内积液迅速增加可造成急性心包填塞,危及生命。慢性心包积液或心包积液引流不彻底则有形成心包纤维化、甚至缩窄性心包炎可能,后果严重。故心包穿刺是许多心包积液明确诊断及治疗的必要措施之一。而传统的心包穿刺方法危险性较大,易引起各种并发症,包括心脏或冠状动脉损伤、腹腔器官损伤、气胸、血胸、严重心律失常甚至死亡^[2-3],且需反复穿刺抽液,反复心超定位,增加病人痛苦,积液量越少,误伤心肌或冠脉

的可能性越大。而我们借用心导管术中 Seldinger 穿刺法,一次心超定位,心包穿刺置管负压引流或肝素帽封闭间歇抽吸,引流积液完全彻底,效果满意。一般一次解决问题,无需重复穿刺。但亦须注意以下几个方面,进一步减少不良反应的发生。(1)本组于术中发生迷走反应 1 例,表现心率显著下降,血压下降,出冷汗,予阿托品 1mg 加用多巴胺静滴纠正,故要加强术中心率、血压的监测。(2)术中发生胸痛 1 例,发生于导引钢丝输送过程中,考虑与导丝过度深入心包刺激脏层有关,一般约 15cm 即可,此后未再发生。(3)术后发生引流不畅 2 例,经变动体位,生理盐水冲洗,1 例有效,1 例最终重新穿刺,此后我们注意定期予肝素水冲洗避免了上述情况的再发。(4)3 例发生穿刺孔渗液,局部红肿痒痛等刺激症状,可能与心包大量积液、压力高有关,其次与扩张管过深、过度扩张有关。(5)术后 12h 发生猝死 1 例,具体原因不明,提醒我们对置管成功的病人也不能放松警惕和观察。

总之,seldinger 法不失为一种安全、有效的新的心包穿刺方法,值得临床推广应用。

参考文献

[1]黄建群,朱万琴.373 例次心包穿刺的经验与体会[J].中华内科杂志,1988,27(3): 177
[2]孙烈,李伊林,王楠.心包穿刺术前超声心动图检查的几点体会[J].中国循环杂志,1997,12(3): 164
[3]刘坤申,费兴久.心包穿刺术的常见并发症及处理经验[J].中国实用内科杂志,1997,17(2): 68

(收稿日期: 2005-08-05)