

其脾胃虚寒之象明显,故嘱服理中丸调理善后,诸证悉平。随访半年,眩晕未发。

2.2 讨论 关于眩晕,历代医家多从风、痰、虚、火等方面论治。患者形体偏胖,素多痰湿,抗病力差,易于感冒。稍有饮食不慎即损伤脾胃,聚湿为饮上犯清窍而为眩晕。缘患者闭目不睁,双手紧抓轮椅扶手,面色苍白,不敢稍动,不愿言语,伴见胸闷食少,疲乏无力,舌淡边有齿印,苔薄白,脉沉涩,四诊合参,当属脾胃虚寒,水饮上泛之眩晕。脾阳虚衰,阳虚不能制水,水气阻遏清阳,不能上养清窍,则发眩晕。本病为阴邪为患,属本虚标实之证。正合苓桂术甘汤之病机。法宗“病痰饮者,当以温药和之”之旨,方用苓桂术甘汤以温阳化饮健脾和中。方中茯苓淡渗,逐饮出下窍,故用以为君;桂枝通阳输水走

皮毛,从汗而解,故以为臣;白术燥湿,佐茯苓消痰以除支满;甘草补中,佐桂枝建土以制水邪也。合泽泻汤以祛痰利水。虑其痰湿中阻,易粘滞血分,必碍血行,痰瘀紧密相联,故活血湿浊易化,瘀除无留滞之邪,方使经络通畅,升降易于恢复,故于上方中加入葛根、川芎以活血行气促经络通利,血行流畅,且可引药达病所。佐入吴茱萸温胃止呕。诸药同行,共奏温阳健脾祛痰利水之功。

以上之病案,其病不同,但皆因痰饮所为。水饮上凌于心则心悸,心下有痰饮,水为阴邪,阴邪抑遏上升之阳,故眩晕。故中医并非一方治疗一病,只要病机一致,用之则有效,体现了中医异病同治之思想。若明其病机与方义,活用妙用,验之临床,疗效显著。

(收稿日期:2014-10-15)

带侧孔中心静脉导管行胸腔积液引流的临床分析

徐怀昌

(四川省都江堰市人民医院 都江堰 611830)

摘要:目的:观察使用带侧孔中心静脉导管进行胸腔积液引流的临床效果。方法:将 64 例大量胸腔积液患者随机分为两组,每组 32 例。治疗组使用带侧孔中心静脉导管行胸腔积液引流,对照组行常规胸腔穿刺术。结果:治疗组 32 例均一次置管成功,均未发生导管脱落、胸膜反应、气胸、血胸。治疗组患者穿刺次数、胸水消失时间、平均住院日均明显短于对照组,胸膜增厚、积液包裹并发症发生率更低。两组患者疗效、并发症比较,差异均具有统计学意义(P<0.01)。结论:使用带侧孔中心静脉导管进行胸腔积液引流治疗效果满意,与常规胸腔穿刺术相比治疗效果更好,患者痛苦少、耐受性良好、并发症少,引流胸水及胸腔内药物灌注方便,患者容易接受。

关键词:胸腔积液;带侧孔中心静脉导管;胸腔引流

中图分类号:R561.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.03.036

胸腔积液是常见内科疾病,肺、胸膜和肺外疾病均可引起。胸腔穿刺术是常用的检查胸腔积液的性质、抽液减压或胸腔内给药的技术。但在胸腔积液抽液减压及胸腔内给药时常需反复多次穿刺操作,易引起较多的并发症,给病人带来痛苦。本院自 2011 年 1 月~2014 年 5 月收治大量胸腔积液患者 64 例,采用带侧孔中心静脉导管行胸腔积液引流治疗 32 例。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011 年 1 月~2014 年 5 月收治大量胸腔积液患者 64 例,均进行胸部 CT、胸腔 B 超定位确定有大量胸腔积液。其中男 30 例,女 34 例,年龄 17~85 岁,脓胸 2 例,结核性胸膜炎 32 例,恶性胸腔积液 20 例,心力衰竭致大量胸腔积液 10 例。随机分为带侧孔中心静脉导管行胸腔积液引流组(治疗组)和常规胸腔穿刺组(对照组)各 32 例。

1.2 方法 术前均行胸腔 B 超定位,选择腋后线或肩胛线 7、8、9 肋间,或者选择胸腔积液最多、最深处于穿刺点。对照组第一次抽胸水<600 ml,以后不超过 1 000 ml,每周 2~3 次,每次穿刺前均行胸腔 B 超检查及定位,直到 B 超检查胸水少至不宜穿刺抽液。治疗组患者进行胸腔 B 超定位后,患者坐位或半卧位,常规消毒、戴无菌手套、铺洞巾、2%利多卡因局麻,用穿刺针缓慢进针,有落空感并回抽出胸腔积液即停止进针,确定已进入胸腔,用导丝推进器把导丝从针尾孔里向前推进 20~25 cm;把导丝推进器退出,退出穿刺针;从导丝尾端插入皮肤扩张器,扩张导丝入皮处的针孔及胸壁软组织,以利于留置导管的进入,然后退出皮肤扩张器,沿导丝尾端插入中心静脉导管,当留置中心静脉导管进入皮肤 15~20 cm 后退出导丝,注射器回抽有胸水,固定导管,导管尾端接三通管,三通管接一次性引流袋与输液器组

装的可调控引流装置。消毒穿刺点皮肤并用敷料贴膜将导管固定于胸壁上,用此管可间断或持续引流,可调节引流速度。首次引流一般 <600 ml,以后每日引流 <1 000 ml,防止发生肺水肿、纵隔摆动并发症。每天引流后,用导管上的卡子卡住导管,同时针对病因行胸腔内注药治疗。如果引流量 <50 ml,可复查 B 超显示胸水较少或无胸水即拔管。

1.3 统计学分析 采用 SPSS22.0 软件进行统计学处理,治疗组和对照组穿刺次数、积液消退时间、平均住院日以均数± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,组间比较采用 t 检验。并发症以率 (%) 表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗组穿刺次数、胸水消失时间、平均住院日均明显低于对照组(见表 1),而且胸膜增厚、积液包裹并发症发生率均明显低于对照组(见表 2)。治疗组均一次置管引流成功,5 例发生堵管,给予肝素钠、生理盐水通管,调整静脉导管位置后均能继续引流胸水,堵管均发生于脓胸、结核性胸膜炎患者。治疗组未发生血气胸、感染、穿刺点渗血、胸膜反应等不良反应。

表 1 两组治疗结果比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	穿刺次数(次)	胸水消失时间(d)	平均住院日(d)
治疗组	32	1.000 0± 0.000 00	6.625 0± 1.581 14	8.187 5± 1.176 04
对照组	32	4.343 8± 0.700 66	10.468 8± 1.217 73	11.593 8± 2.734 01
t 值		-26.996	-10.895	-6.474
P 值		<0.01	<0.01	<0.01

表 2 两组并发症比较 (例)

组别	n	胸膜增厚	积液包裹
治疗组	32	6	3
对照组	32	17	13
χ^2 值		8.21	8.33
P 值		<0.01	<0.01

3 讨论

胸腔积液系指胸膜腔内液体过量积聚。大量胸腔积液时患者胸闷、呼吸困难、缺氧、纵隔移位,可危及生命。为减轻其症状,临床常需穿刺抽液及进行胸水化验寻找病因,同时针对病因治疗。常规治疗方法为胸腔穿刺或胸腔闭式引流,及早彻底地引流胸腔积液是结核性胸膜炎的重要治疗措施,可迅速减轻中毒症状及胸液对肺及心血管的压迫症状,可去除大量纤维蛋白,并减少纤维蛋白在胸膜上的沉积,从而缩短病程和减少胸膜肥厚后遗症^[1]。恶性

胸腔积液量大,胸水产生速度快,患者压迫症状明显,需反复穿刺抽水及注射药物,患者痛苦大,不良反应发生率高。使用带侧孔中心静脉导管行胸腔积液引流可减少胸腔穿刺次数,一次穿刺,多次引流,手术创伤小、痛苦小,患者容易接受,通过调节引流量及引流速度,不会诱发急性肺水肿,胸膜增厚和纤维化明显减少。本临床观察结果表明,常规胸穿抽液和胸腔积液引流均能有效地引流胸腔积液,但是治疗组较对照组有以下优点:(1)使用带侧孔中心静脉导管行胸腔积液引流只需一次胸腔穿刺,可多次引流,且疼痛少、创伤小、麻烦少,患者依从性较好,可进行随意运动。避免反复穿刺导致患者心理恐惧和痛苦,减少多次穿刺的感染及穿刺点出现肿瘤种植转移。(2)缓慢放液可防止复张性肺水肿的发生^[2],使用带侧孔中心静脉导管行胸腔积液引流对引流液体量及引流速度均可控制,不易产生胸膜反应、复张性肺水肿等并发症。(3)对恶性胸腔积液可多次胸腔内注药,对病因不明的胸腔积液患者可进行重复送胸水检查。对包裹性积液方便采用生理盐水 20 ml+ 尿激酶 25 万 U 配制成混合药液共 20 ml 经中心静脉导管注入胸腔,引流更彻底^[3],以上均不需反复穿刺,病人痛苦少,依从性好,与胸腔穿刺相比有明显优点。(4)可进行持续引流,因此引流干净、彻底,可及时排除胸腔积液中的代谢物、细菌与炎性渗出物等,不易产生胸膜增厚或包裹性胸腔积液等并发症^[4]。与胸腔穿刺相比胸膜增厚及包裹性胸腔积液并发症发生率更低。(5)住院时间短、症状改善快、住院费用少、患者满意度高。但是采用深静脉导管胸腔引流术由于深静脉管腔细,对于胸水蛋白含量高或血性胸水的患者,尤其是脓胸患者,容易出现管腔阻塞,但可采用生理盐水、尿激酶冲管或导丝通管,可减少管腔阻塞发生率^[5]。

参考文献

[1]蒋慧,朱林萍.结核性渗出性胸膜炎治疗进展[J].中华全科医学,2011,9(2):273-274
[2]魏长春,刘彦彦,董秋兰,等.大量胸水不同排液方法的临床分析[J].中国防痨杂志,2002,24(1):26-28
[3]夏正明.中心静脉导管胸腔置管引流联合尿激酶灌注治疗结核性胸腔积液的疗效[J].实用临床医学,2012,13(6):27-29
[4]汤晓凤,陈浩,刘小甲,等.深静脉导管胸腔闭式引流治疗老年性结核性胸腔积液疗效观察[J].安徽医学,2013,34(2):160-161
[5]魏鹏飞.中心静脉导管置管引流治疗渗出性胸腔积液发生堵管时的临床研究[J].中国社区医师,2013,15(8):106-107

(收稿日期:2014-09-15)