微创置管引流并灌注高聚金葡素联合顺铂治疗恶性胸腔积液的临床观察

刘少平，钱文军，沈伟生

（东南大学附属江阴医院 肿瘤科，江苏 江阴，214400）

关键词：恶性肿瘤；胸腔积液；高聚金葡素；顺铂；治疗

中图分类号：R 561.4　　**文献标识码**：A　　**文章编号**：1672-2353(2005)08-0024-02

作者 2001 年 9 月～2004 年 3 月应用经皮胸腔置管引流并注入高聚生联合顺铂治疗恶性胸腔积液，取得了较为满意的疗效，现报告如下。

1　临床资料

经 X 线及 CT 扫描等影象学和病理学证实的恶性肿瘤患者 61 例，其中男 28 例，女 33 例，年龄 34～76 岁。肺癌 27 例，乳腺癌 21 例，卵巢癌 4 例，恶性淋巴瘤 3 例，恶性胸膜间皮瘤 2 例，胃癌、结肠癌各 2 例。均于胸水中查见恶性细胞，其中大量胸水(12 例)，膈肌影消失，胸水超过第 4 前肋(锁骨中线)；中量胸水(37 例)，膈肌影消失，胸水位于第 4 前肋肋下；少量胸水 12 例。患者 KPS 评分≥50 分，治疗前血常规正常，无明显的心、肝、肾功能障碍，预计生存期＞2 个月，初治或 1 个月内未行化疗。随机分为观察组 31 例，对照组 29 例。

穿刺方法[1]：超声定位，一般的选腋中线或腋后线第 6、7 肋间为穿刺点。常规消毒、局部麻醉后，取用导管包中的穿刺针在负压下缓慢进针，胸水涌入注射器时即止，将金属软导丝沿针孔缓慢推进胸腔，退出穿刺针；扩张皮肤及皮下组织；将导管沿导丝置入胸腔 15～20 cm。根据引流的通畅程序向外调节导管的最佳长度并固定于胸壁，外接肝素帽，输血器及负压引流袋，使胸水自然流出并用限速器调节流量，持续引流(一般 48～72 h)至无胸水，并经胸透、B 超检查证实；经导管向胸腔内注药：观察组为高聚生2000～4000 U，顺铂 60～80 mg 溶于 50 mL 生理盐水，并注入地塞米松10mg以减轻反应；对照组为顺铂60～80 mg 溶于 50 mL 生理盐水。

药物注入后嘱患者反复变换体位数次，使药液与腔内充分接触，闭管 48 h 后持续引流，如积液消失，则拔除引流管，如积液再产生则再次引流重复给药，每周 2 次，共 2～5 次。4 周后复查 B 超、胸片，评价疗效。

疗效评定标准：根据世界卫生组织(WHO)疗效标准[2]分为完全缓解(CR)：治疗后胸水消失，症状缓解并至少维持 4 周以上；部分缓解(PR)：治疗后胸水明显减少 50%以上，症状缓解并至少维持 4 周以上；无效(NC)：胸水无减少或增加。以 CR＋PR 计算有效率。治疗前后监测肝、肾功能，血常规，并详细记录不良反应。

结果：观察组 32 例中，CR 13 例，PR 14 例，NC 10 例，CR＋PR 27 例(86.8%)；对照组 29 例中，CR 6 例，PR 9 例，NC 14 例，CR＋PR 15 例(51.7%)，2 组总有效率差异显著($P<0.05$)。

观察组有 17 例不同程度的胸痛和发热，胸痛多能耐受，体温多在 37.4～38.3 ℃，经消炎痛栓肛塞治疗均能缓解。对照组胸痛少见，发热少见。2 组均有轻度恶心、呕吐等胃肠道反应，经对症处理后缓解。无骨髓抑制病例发生。

2　讨　论

恶性胸腔积液多发于恶性肿瘤晚期患者，常因积液量多、生长迅速，对患者呼吸功能及心功能均有较严重的影响。常规临床治疗方法为胸腔穿刺或胸腔闭式引流[3]。既往是胸腔内注射化疗药物，常用的化疗药物有顺铂，氟脲嘧啶等，但效果不尽人意，副作用较大[4]；近年来，对恶性肿瘤的生物治疗发展较快，临床上白介素、肿瘤坏死因子、高聚生等用于恶性胸水局部治疗时有报告。

高聚生[5]是从消毒高效的金葡菌变异株的代谢产物中提取出来的，用于恶性肿瘤的综合治疗的生物反应调节剂，其主要成分是C型金葡菌

收稿日期：2005－06－16

作者简介：刘少平(1971－)，男，江苏江阴人，主治医师。

(C)1994-2024 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

肠毒素，而该毒素已被确认为一种对 T 细胞具有强大刺激功效的超级抗原，大量的动物实验和临床研究已证实该药具有广泛的药理活性。能杀伤肿瘤细胞而不影响正常细胞，能修复损伤的细胞，能增强 NK 细胞、T 细胞及 LAK 细胞活性，增强淋巴细胞转化率，显著提高机体免疫力，直接杀伤胸水中或转移到胸膜的恶性肿瘤细胞。且高聚生与顺铂联用有协同作用，更能促进对肿瘤细胞的杀伤性，并能对抗对化疗药物的毒副反应，减轻化疗药物对骨髓的抑制。作者应用微创置管引流并灌注高聚生联合顺铂治疗恶性胸腔积液总有效率 87.5%，高于单用顺铂的有效率 51.7%，与文献报道相似[6]。作者采用的中心静脉导管胸腔置管持续引流术比传统的手工抽水有以下优点：① 无论胸水多少，1 次操作即可全部引流胸水，避免多次穿刺给药给病人带来躯体上的痛苦及感染、出血等并发症；② 持续引流可迅速解除对肺组织及心血管的压迫，防止纤维蛋白沉着和胸膜增厚；③ 导管导丝头端柔软易曲，不易损伤肺及胸膜；④ 引流期间可下床活动，不影响日常生活；⑤ 引流管可保留曆长时间，以便根据病情需要随时开放引流及给药；⑥ 胸腔积液引流彻底，增加药物局部注射效果，使受压的肺得到充分复张；⑦ 中心静脉导管组织相容性好，可长期滞留[7]。该引流系统最常见的问题是引流系统的阻塞，所以要每天检查引流系统是否通畅[8]。

置管持续引流术治疗胸腔积液不仅有效地解决了患者反复胸穿、胸腔内注药浓度低、效果差的难题，而且还具有创伤小、出血少、安全可靠之优点。

参考文献

[1] 林大任. 中心静脉导管持续引流治疗恶性胸腔积液 [J]. 实用医学杂志，2000，16(8)：667.

[2] 孙　燕，周济昌. 临床肿瘤治疗手册 [M]. 第三版. 北京：人民卫生出版社，1996. 33.

[3] Sahn S A. Management of malignant pleural effusions [J]. Monakdi Arch Chest Dis，2001，56(5)：394.

[4] 张华满. 顺铂联合 5-氟脲嘧啶腔内治疗恶性胸膜腔积液的临床分析 [J]. 实用肿瘤杂志，1997，12(5)：221.

[5] 陈延诈. 对高聚金葡素的学术评论 [J]. 中国肿瘤临床，1998，25(3)：236.

[6] 孙红文，周　华，奎　宏，等. 微创置管引流灌注高聚生治疗恶性胸腔积液 [J]. 中国肿瘤临床，2000，27(1)：62.

[7] Sahin U，Unlu M，Akkaya A，et al. The value of small-bore catheter thoracostomy in the treatment of malignant pleural effusions [J]. Respiration，2001，68(5)：501.

[8] 王勇武，张家裕，等. 改良中心静脉导管置管引流系统治疗恶性胸腔积液 47 例[J]. 中国肺癌杂志，2003，6(5)：395.

(上接第 23 面)

谷，并且在旋转过中可产生一个缓和向前的力，使导管尖端的斜面随着路径方向通过狭窄部分，减少损伤。

内镜引导插管可经鼻－气管、口－气管途径完成，因为较少需要患者的配合，插入喉的角度较小，故多采用鼻－气管途径；采用口－气管途径则需患者较多的配合，因插入喉的角度较大，并要在门齿放置口垫才能进行，只有在鼻中隔弯曲、鼻甲肥大或鼻息肉时使用。

为了减少内镜与导管内导管表面与组织的摩擦，作者在内镜插入部及导管表面涂少量 1%丁卡因冻胶，它有局部麻醉和良好润滑作用，既不损坏内镜保护层，又由于水溶性而容易清洗，使用效果满意[3]。由于内镜外壳有一层合成树脂制成的保护层，前端弯曲段外层覆有橡皮，故禁止使用对保护层有破坏作用的、含有石蜡及凡士林的润滑剂，以免造成器械渗水。当肺疾患两侧不对称时常需进行分侧肺通气，盲探施行左右主支气管插管较困难，此时在内镜引导直视下准确地将气管导安放在健侧主支气管，在单侧肺通气下完成患侧肺的手术[4]。本组 1 例在内镜引导下将导管送入左主支气管，顺利完成右主支气管平滑肌瘤切除手术。内镜引导插管安全而成功率高，并发症少，具有诊断价值，是解决困难插管的理想方法，在困难插管或预知困难插管时即可考虑使用此方法，要求掌握一定的适应证，动作熟练、轻巧，以免发生意外创伤。

参考文献

[1] 用文明，徐根贤. 手术并发症学[M]. 北京：中国医药出版社，1999. 397.

[2] 陶正德，主编. 耳鼻喉科理论和实践[M]. 北京：人民出版社，1992. 504.

[3] 盛卓人，主编. 实用临床麻醉学[M]. 第 1 版. 沈阳：辽宁科学技术出版社，1987. 422.

[4] 杨建龙，乔希安，王　仿. 逆行气管插管法用于插管困难 8 例[J]. 陕西医学杂志，2004，33(5)：470.

(C)1994-2024 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net