改制的密闭胸腔引流管治疗恶性胸水20例报告

姜初明　马胜林　裘友好　(浙江省肿瘤医院分院，杭州310004)

恶性胸膜腔积液是晚期肿瘤患者的常见表现，由于缺乏有效的治疗方法，预后较差。1995年1月至6月，我们用中央静脉导管改制的密闭胸腔引流管及胸腔内灌注顺铂(DDP)加高聚金葡素(Bm828)的方法治疗癌性胸水20例。

1　资料与方法

1.1　临床资料

性别与年龄：本组20例，男性12例，女性8例。年龄23岁～73岁，平均年龄为53岁。

诊断：全部病例均经胸部X线、CT、B超、细胞学或组织学检查确诊。肺癌13例(鳞癌3例、腺癌8例，未分型2例)，乳腺癌4例(单纯癌3例，管内癌1例)，鼻咽癌2例(鳞癌及未分化癌各1例)，何杰金病混合细胞型1例。

临床表现：胸闷、气急17例，其中呼吸困难不能平卧6例；咳嗽、胸痛8例。Karnofsky评分：≤50分6例，>50分14例。血性胸水10例，草黄色胸水10例。大量胸水17例(B超示胸膜分离≥6.5cm)，中等量胸水3例(B超示胸膜分离≥5cm而<6.5cm)。10例患者在本次治疗前进行过胸腔化疗1～5次无效或复发。

1.2　治疗方法

全部病例均在局麻下于患侧腋中线第九肋间放置中央静脉导管，连接一次性塑料灭菌输液器及一次性负压引流器作密闭胸腔引流，缓慢排放胸水，约1～2天内将胸水排尽。胸水排尽后，将DDP80mg～100mg，Bm828 10000u从中央静脉导管内注入胸腔，用肝素帽关闭引流管，并嘱患者变动体位，以利药液与胸膜广泛接触；多饮水，适当水化，部分患者注入顺铂后，静滴硫代硫酸钠7g～8g解毒。7～10天后复查B超，如仍有胸水可重复排液及胸腔内注液，然后拔除胸导管。胸水控制后，积极治疗原发灶。

2　结　果

胸膜腔内注药1～3次后，根据胸部X线、B超所示的胸水变化情况，按WHO统一标准判定疗效。显效(CR)为胸水消失达4周以上；有效(PR)为胸水减少50%以上达4周以上；无效(NC)为胸水量不减或增加，同时观察治疗过程中病人的反应及并发症。

本组20例中，CR5例，占25%，PR13例，占65%，有效率CR＋PR90%。全部病例除1例有轻度呕吐外，未见肝肾损害及骨髓抑制现象，无并发症出现。

3　讨　论

恶性胸水的治疗以排放胸水注入抗癌药物或其它药物为主。内科常规胸穿排液，以普通胸穿针穿刺后，用注射器反复抽出胸水，操作时间长而不便，一般情况差的患者，易出现胸膜反应，且术中患者深呼吸、咳嗽及体位变动等也容易发生气胸。大量胸水的病人，一次往往难以抽完胸水，反复多次抽液易形成分膈。外科的密闭胸腔引流使用较粗的硅胶管，需做胸部切口，常用于胸部疾病的外科术后引流。笔者使用的中央静脉导管，胸穿时创伤小，患者无痛苦。引流管的胸腔部为中央静脉导管，是塑料软管，通过金属丝进入胸膜腔后，靠其自然弯曲垂落至肋膈角，有利于排净胸水。排液时，患者可以随意呼吸、咳嗽及变动体位姿势；随意调节排液速度，避免胸膜反应等情况出现，脏层胸膜被扎破而造成气胸的危险性极小。

应用此胸腔密闭引流装置治疗癌性胸水20例。CR5例均在一次引流并注入药物后胸水完全消失。PR13例经一次或二次引流并注入抗癌药物后，胸水明显减少，总有效率90%。NC2例，1例为腔内注药一次后，引流管滑出，另1例经多次胸腔化疗，腔内形成分膈，难以引尽胸水。胸腔内注入的药物为顺铂及高聚金葡素。顺铂系二价铂铬合物，抗癌谱广，作用较强，且硬化效果好。高聚金葡素属生物调节剂，能显著增强机体免疫功能，使淋巴细胞转化率及NK细胞活性增加，直接抑制肿瘤细胞生长，且能对抗放化疗的毒副作用，消除胸腹水，保护肝肾功能。因此，顺铂与高聚金葡素合用有协同作用。本方法材料来源方便，制作简单，操作简便，痛苦小，无并发症。出现包裹性积液者也较少。大部分病例两次用药后都能有效控制胸水，效果满意。

(收稿：1995—11—03；修回：1996—01—23)

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