胸腔置管引流并注入高聚金葡素治疗恶性胸腔积液的临床观察

谢春英, 冯 龙, 王顺金, 刘光金, 丁剑午
(江西医学院第二附属医院肿瘤科, 江西 南昌 330006)

摘要: 观察经皮胸腔置管注入高聚金葡素(简称高聚生)治疗恶性胸腔积液疗效。方法: 36 例恶性胸腔积液患者, 经皮胸腔置管引流注入高聚生。结果: 36 例患者置管顺利, 高聚生胸腔灌注有效率为 94.5%, 毒副反应小。讨论: 经皮胸腔置管安全, 能长期放置, 免受多次穿刺, 高聚生毒副反应小, 疗效佳, 值得临床应用。

关键词: 胸腔积液; 高聚金葡素; 治疗
中图分类号: R730.6; 453 **文献标识码**: B **文章编号**: 1000－2294(2003)01－0031－02

恶性胸腔积液是晚期恶性肿瘤的常见基础, 大量胸腔积液严重影响患者的生活质量和生存期。因此, 对恶性胸水应积极采取治疗措施, 目前治疗方法为局部应用化疗药物, 有效率在 50%～80%之间, 但毒副作用相对较大[1]。近年来, 由于对肿瘤生物治疗的深入研究, 生物制剂的临床应用为恶性胸水的治疗开辟了新的途径。近年来, 本科应用经皮胸腔置管引流并注入高聚生)国药准字 S19990010, 沈阳合生物制药股份有限公司生产)治疗恶性胸腔积液, 取得了较为满意的疗效, 报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男性 2 例, 女性 14 例, 平均年龄 52 岁, 其中肺癌 16 例, 乳腺癌 10 例, 淋巴瘤 5 例, 卵巢癌 4 例, 其它 1 例。均经 X 线、B 超 CT 扫描, 病理组织学检查确诊。胸水量的测定以胸片或胸透结果测定[2]: 大量胸水(6 例), 膈肌影消失, 胸水超过第 4 前肋(锁骨中线); 中量胸水(24 例), 膈肌影消失, 胸水位于第 4 前肋肋下; 少量胸水 6 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。

1.2 材料

洞巾及引流管(采用中心静脉导管, 导管包中备有 18 号穿刺针, "J"型软导丝注射器及扩张管), 引流管, 三通联接开关一个。

1.3 操作及治疗方法

在超声引导下, 一般的选腋中线或腋后线 6、7 肋间为穿刺点。常规消毒、局麻后, 取用导管包中的穿刺针穿刺, 穿刺针进入胸腔后, 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, 外接三通管, 三通管连引流袋, 持续引流 48～72 h 至无胸水, 即胸透、B 超证实无胸水或引流管通畅, 即给以高聚生 6000～8000U 胸腔内注射, 并注入地塞米松 10 mg 以减轻反应, 关闭三通。药物注入后嘱患者变换体位, 使药液与腔内充分接触, 每周注射 1～2 次, 连用 2 周为一疗程, 每例患者至少做一疗程。治疗前后均摄胸片, B 超比较, 并详细记录用药后的各种反应, 1 个月后进行疗效评价。

注意事项: 引流速度不宜过快, 液体量多时速度应尽量缓慢, 个别患者发生内热反应, 给予消炎痛后缓解。

2 结果

根据世界卫生组织(WHO)疗效标准[3]。显效(CR): 治疗后胸水消失并维持 1 个月以上者 14 例, 占 66.7%; 有效(PR): 治疗后胸水明显减少并维持 1 个月以上者 10 例, 占 27.8%; 无效(NC: 胸腔积液减少不足一半或较前增多者 2 例, 占 5.5%; 总有效率(PR＋CR)为 94.5%, 所有患者均无骨髓抑制, 无明显的肝、肾功能损害等不良反应。

3 讨论

恶性胸水的产生可能与下列因素有关: 肿瘤直接侵犯胸膜和伴随的炎症使毛细血管内压增高, 渗

收稿日期: 2002－08－30
作者简介: 谢春英(1968－), 女, 学士, 主治医师, 讲师, 研究方向: 肿瘤内科。

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

出增多，肿瘤阻塞压迫静脉或淋巴管引起毛细血管内压增高，渗出增多。目前治疗恶性胸腔积液常规采用反复胸腔穿刺抽液，再在胸腔内注入化疗药物或硬化剂，以控制胸水的生长，缓解患者的症状，这种方法费时费力，每次抽取量不能过多，病人易出现胸膜反应，胸水难以一次引流干净，且反复多次穿刺并注入化疗药物易出现包裹性积液，使肺难以复张，达不到有效治疗目的。本科通过采用经皮胸腔置管，置管后撤离钢针，通过硅胶管放出胸水，这种硅胶管细软，在胸腔内对肺无损伤，即使胸腔积液引流干净，病人自由活动以及咳嗽等日常活动时引流速度较慢，病人不会出现胸膜反应。该方法操作安全方便，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。

治疗恶性胸腔积液的主要方法之一，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；近年来利用生物制剂胸腔内注射，旨在探索临床疗效[4]。本组采用新型抗癌生物调节剂，大剂量高聚生胸腔内注射，发现疗效大大提高，其有效率为 94.5%。高聚生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，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，直接杀伤胸水中转移到胸膜的恶性肿瘤。对肝肾功能未见有明显损害，对骨髓无抑制。不良反应仅见轻度发热，局部疼痛，服用药物后均能缓解。故笔者认为胸腔置管注入高聚生治疗恶性胸腔积液是安全有效的疗法之一，值得临床推广应用。

参考文献：

[1] 张元泽，徐光炜，主编．肿瘤学[M]．下册．天津：天津科学技术出版社，1996．2590．

[2] 孙燕．全国肿瘤会议制定标准[J]．中华肿瘤杂志，1980，2(2)：150，153．

[3] 李振．恶性肿瘤的化疗治疗与免疫治疗[M]．北京：人民卫生出版社，1990．59．

[4] 李淑华．高聚金葡素与顺铂胸腔内注射治疗恶性胸腔积液的临床观察[J]．实用肿瘤杂志，1997，12(4)：171．

（责任编辑：姚学俊）

不典型急性心肌梗塞 10 例临床分析

郑少荣

（江西省广丰县人民医院，江西 广丰 334600）

中图分类号：R541.4 **文献标识码**：B **文章编号**：1000－2294(2003)01－0032－01

急性心肌梗塞是指严重而持久的心肌缺血造成的不可逆心肌坏死，是目前临床常见急症之一，以持续剧烈的胸骨后压榨样疼痛为主要表现，随着年龄增长，无典型心绞痛者并不少见，现对本院不典型临床表现急性心肌梗塞 10 例进行分析，以加强对不典型心绞痛心梗的认识，减少对本病的误诊和漏诊。

1 临床资料

1) 一般资料：年龄 60～75 岁，平均年龄 67±4 岁；男 8 例，女 2 例。下壁心梗 4 例，前壁心梗 2 例。下壁并右室梗塞 1 例，广泛前壁心梗 3 例；高血压病史者 8 例，糖尿病史者 5 例，高血脂病史者 5 例，8 例男性中均有吸烟史。

2) 临床表现：表现为上腹部疼痛、恶心、呕吐者 4 例，表现为牙痛者 1 例，表现为头昏、晕厥者 1 例，表现为心衰、休克者 2 例，胸闷 2 例。

3) 误诊情况：误诊 4 例，其中误诊为胆囊炎、胆石症者 2 例，误诊为急性胃炎者 1 例，误诊为牙髓炎 1 例。

4) 治疗与转归：10 例中 3 例给予溶栓治疗，7 例按一般心梗处理，死于心衰 1 例，死于心源性休克 1 例，猝死 1 例，其余 7 例经治疗病情稳定出院。

2 讨论

上述资料分析，对不典型心绞痛急性心梗有下列特点。

1) 发病年龄较大，平均年龄 67±4 岁，其发病率随年龄增加而增加，可能与老年人神经系统衰退，痛觉迟钝，痛阈升高有关。老年人冠状动脉狭窄形成缓慢，心肌逐渐缺血，缺氧，使机体对此病理过程处于适应状态。

2) 与高血压、糖尿病有关。尤其是糖尿病患者，脂质代谢紊乱，加速冠状动脉硬化，易造成冠状动脉多支病变，其次是心脏植物神经病变，尤其是交感神经痛觉纤维的病变严重，引起痛觉传入系统损伤，导致痛阈改变。

3) 对不典型心绞痛心梗认识不足，易误诊。急性心梗典型症状已为多数医生所熟知，而以无痛性或以消化道症状、咽痛、牙痛、背痛、心衰晕厥、血压降低等为首发症状的一些不典型病例，因某些医生认识不足，极易造成漏诊、误诊。

总之，对老年人突然出现不明原因的上述症状，应仔细询问病史，详细体格检查，及时作心电图和心肌酶谱检查，以除外急性心梗的可能，防止误诊和漏诊，减少病死率。

（责任编辑：姚学俊）

(C)1994-2010 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net