

有毒血症。腹部体征明显,易并发中毒性巨结肠,可出现急性肠穿孔,病死率高。

1.3 疗效判定标准 参照中华医学会消化病学分会制订的对炎症性肠病诊断治疗规范的建议^[2]。显效:症状、体征均消失,大便常规检查呈阴性,结肠镜检查提示溃疡愈合、糜烂消失、黏膜大致正常。有效:症状、体征均消失,大便常规检查呈阴性,结肠镜检查提示黏膜轻度炎症或假息肉形成。无效:症状、体征均无明显改善,大便常规、结肠镜检查均无改变。

1.4 统计学处理 采用 Ridit 分析, $P < 0.01$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

观察组 48 例,显效 33 例,有效 13 例,无效 2 例,有效率为 95.83%;对照组 48 例,显效 28 例,有效 10 例,无效 10 例,有效率为 79.17%。两组疗效对比,差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。

3 讨 论

目前由于慢性溃疡性结肠炎的病程较长,病因不明确,治疗起来比较困难,西医只是运用抗菌药物如糖皮质激素及水杨酸制剂等进行消炎止痛^[3],控制症状,效果不明显,易复发。而且长期应用不但伤害肝脏,还有严重的恶心、呕吐和胃肠反应,少数患者可出现白细胞减少,再生障碍贫血。诸多研究显示^[4-6],采用中西药搭配灌肠的方法与单纯用西药或中药的治疗结果对比,总有效率明显升高,溃疡面愈合周期明显缩短,且不易复发。还有研究显示^[7],采用口服西药,配合中药汤灌肠治疗,总有效率高达 96.7%,充分显示中西医结合治疗慢性溃疡性结肠炎的高效性。

慢性溃疡性结肠炎病变主要是发生在肠道的黏膜层,少部分影响到黏膜下层、肌层、浆膜层。中医认为慢性溃疡性结肠炎属于肠游、滞下、泄泻、久痢等范畴^[8],以大肠湿热壅滞及日久多瘀为特点,病位脾胃和直肠,病疾为饮食劳倦,损伤脾胃,以致脾胃气虚,清阳陷于下焦,湿邪淤滞大肠,日久化生热毒,血气与之搏击,脂络受伤,脂液外溢,肉腐为脓,故见黏液脓血便。采用中西医结合治疗溃疡性结肠炎,现代药理研究证实^[9],其中药中白头翁、葛根凉血止痢,败毒抗癌,消肿破结,为君药;黄芩、黄连、黄柏清热燥湿,泻火解毒,止血;白芨补肺,止

咳化痰,止血生肌;白术健脾益气,燥湿利水,止汗,用于脾虚食少,腹胀泄泻,痰饮眩悸,水肿,自汗;败酱草清热解毒,消痈排脓,活血行瘀,用于肠痈、肺痈及疮痈肿毒、实热淤滞所致的胸腹疼痛;白芍养血柔肝,缓中止痛,敛阴收汗,泻痢腹痛;泽泻利水,渗湿,泄热;薏苡仁健脾,渗湿,止泻,排脓;延胡索活血、散瘀、理气、止痛,主心腹腰膝诸痛^[1,10]。

本研究采用中西疗法,在西药控制症状基础上,以中药来调理患者的肝、肾、脾、胃,增强人的体质,以此达到机体抗病毒的目的。

参考文献

- [1] 任建国. 中国肛肠病学[M]. 北京: 科学出版社, 2002: 151-163.
- [2] 中华医学会消化病学分会. 对炎症性肠病诊断治疗规范的建议[J]. 中华消化杂志, 2001, 2(4): 236-239.
- [3] 朱俊程. 中西医结合治疗溃疡性结肠炎 56 例[J]. 光明中医, 2010, 25(10): 1874-1875.
- [4] 康晓露, 李雅. 中西医结合治疗溃疡性结肠炎 56 例[J]. 陕西中医, 2007, 28(5): 559-560.
- [5] 王玉芬. 中西医结合治疗溃疡性结肠炎 58 例的体会[J]. 时珍国医国药, 2007, 18(5): 1264.
- [6] 黄裕民. 青龙散配合西药治疗慢性溃疡性结肠炎 79 例[J]. 陕西中医, 2007, 28(9): 1184-1185.
- [7] 黄华丽, 王敏英. 中西医结合治疗活动期溃疡性结肠炎 30 例[J]. 陕西中医, 2006, 27(1): 55-56.
- [8] 孙宝民. 探讨中西医结合治疗溃疡性结肠炎的临床疗效[J]. 中国现代药物应用, 2010, 4(2): 151-152.
- [9] 张瑜, 张风云, 李海华. 中西医结合治疗溃疡性结肠炎 43 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(11): 53-54.
- [10] 李素萍, 薛迪强, 郑兴基. 中西医结合治疗慢性溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2010, 19(12): 1148-1482.

(收稿日期: 2013-01-25 修回日期: 2013-03-13)

• 临床研究 •

超声引导下心包穿刺置管引流及药物灌注治疗恶性心包积液

石 骏¹, 樊树华² (1. 四川省宜宾市南溪区人民医院 644100; 2. 四川省宜宾市第二人民医院 644000)

【摘要】 目的 探讨治疗恶性心包积液的有效方法。**方法** 对接受全身化疗的 45 例恶性心包积液患者在超声引导下心包穿刺置管引流术, 其中 31 例行药物灌注, 14 例未行药物灌注。**结果** 行药物灌注组治疗有效率高于未灌注组。**结论** 超声引导下心包穿刺置管引流及药物灌注治疗恶性心包积液安全性高、疗效快、并发症少。

【关键词】 心包积液; 超声引导; 置管引流; 药物灌注

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.15.052 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)15-2014-02

正常心包腔内含液体量不多, 当心包腔内液体超过 50 mL 时称为心包积液。引起心包积液的病因复杂多样, 恶性心包积液日趋增长, 研究显示, 7%~12% 的恶性肿瘤会累及心包, 对于全身化疗可延长生存期的癌症患者, 心包腔内灌注化疗药物是否能够抑制恶性心包积液的复发, 既往研究结果不一^[1]。文

献^[2-3]报道, 恶性心包积液的治疗方法有心包引流、纵膈放疗、心包腔内化疗和全身化疗等。宜宾市南溪区人民医院于 2008 年 1 月至 2011 年 12 月, 与上级医院超声医师配合, 行心包穿刺置管引流及药物灌注治疗恶性心包积液患者 45 例, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 经原发肿瘤病理学检查和心包积液细胞学检查确诊的恶性心包积液患者 45 例,其中男 30 例,女 15 例;年龄 22~82 岁,年龄中位数为 48 岁(多次住院者不重复计算);主要为肺腺癌 31 例(其中 1 例合并纵隔恶性肿瘤),其次为肺鳞癌 3 例,乳腺癌 5 例(其中 2 例合并转移性肝癌),肝癌 4 例,纵隔恶性肿瘤 2 例,食管癌 2 例,恶性淋巴瘤 1 例。

1.2 临床表现 45 例患者均有不同程度的心包填塞症状,表现为气紧、胸痛、心悸、咳嗽、进行性呼吸困难等;查体心尖搏动减弱,心音低钝,心脏相对浊音界向两侧扩大;其中 25 例患者可闻及心包摩擦音,4 例患者有端坐呼吸,24 例患者伴有胸腔积液,20 例患者伴有腹腔积液,14 例患者伴有下肢水肿,8 例患者伴有颈静脉回流征阳性。

1.3 辅助检查 45 例患者胸部 X 线片均提示心影增大,心胸比率大于 0.5;经心脏彩超检查均发现心包积液,其中 27 例为大量积液,18 例为中量积液。

1.4 方法

1.4.1 置管引流 备好急救药品,除颤仪,患者吸氧,在心电监护下进行。患者取坐位稍后仰或半卧位,行超声定位,45 例患者中 31 例患者取剑突下左旁 0.5~1.0 cm,14 例取心前区胸骨左缘第 5~6 肋间心浊音界内 1.0~2.0 cm 处为穿刺点。根据超声检查测量体表与心肌外膜舒张期之间的距离、角度、定位,并限定最长进针长度,记录右室前壁、左室后壁心包收缩/舒张积液量。常规消毒铺巾,穿刺点用 2%利多卡因局部麻醉后按预定角度进针,未见积液抽出后,超声医师戴消毒手套,超声探头涂医用耦合剂后用消毒套包裹探头,于穿刺针旁探查穿刺针进针情况,引导临床医生调整进针深度及角度,进入心包腔后确定积液位置,将 J 头导丝置入心包腔 20 mm 后退出穿刺针,用导管把中心静脉导管送入心包腔,深度约 10~18 mm,拔出导丝用注射器抽取积液送检,并调整最佳引流位置,固定置管,包扎,接无菌引流袋,术后常规心电监护 1~2 d,观察心率、血压及局部伤口渗血情况。初次置管引流时注意观察引流速度,引流量不应超过 500 mL/h。引流量少于 30 mL/24 h 时可行心脏超声检查,如心包积液量已经基本消失可拔管。

1.4.2 药物灌注 引流量少于 50 mL/24 h 时,可进行心包腔灌注,在超声引导下下行心包穿刺置管引流术的基础上,将顺铂、卡铂、5-氟尿嘧啶(5-FU)、地塞米松、平阳霉素、丝裂霉素、白介素-2、肿瘤坏死因子等药物经选择用药后,加生理盐水稀释,夹闭引流管下段,通过引流管上段注入心包腔,保留 24~48 h 后再次开放引流。术中注意观察患者呼吸、血压、脉搏等情况。术后对症处理,一般化疗 1 次/周,全程 6~8 周,共给药 4~6 次。

1.4.3 疗效评价 完全缓解(CR):临床症状完全消失,超声提示心包积液完全消失大于 4 周。部分缓解(PR):症状基本消失,超声提示心包积液较治疗前减少 50% 以上,持续时间大于 4 周。无变化(NC):病情无明显变化大于 4 周或心包填塞,症状缓解持续时间小于 4 周。进展(PD):心包积液引流后又迅速产生,临床症状加重或患者死亡。有效率=(CR+PR)/治疗例数×100%。

1.5 统计学处理 应用 SPSS12.0 软件,采用 Fisher 确切概率法进行统计分析,以 P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

45 例置管治疗患者均接受化疗,其中有 31 例患者行药物灌注治疗。置管留置时间 2~41 d,留置时间中位数为 8 d;积液引流量为 100~4 700 mL,中位引流量为 2 100 mL。中位生存期为 4.5 个月。两组患者疗效比较见表 1。

表 1 两组患者疗效比较

组别	n	CR	PR	NC	PD	有效率(%)
药物灌注组	31	16	10	5	0	83.87
未灌注组	14	5	6	2	1	78.57

3 讨论

恶性心包积液多由肿瘤细胞转移、种植至心包所引起,以肺癌、乳腺癌、恶性淋巴瘤最常见^[4]。45 例病患中肺癌、乳腺癌引起的心包积液占全部恶性心包积液的 81.25%,与既往报道结果相近^[5]。为缓解心包压塞症状,需抽出心包积液,传统心包穿刺危险性较大,为避免针尖损伤室壁,须保留一定心包积液时退出针尖,留下了再穿刺的隐患。心包积液量较大的患者,行超声引导下心包腔内置管引流术症状缓解效果较为满意,原理为心包穿刺引流出心包积液后可迅速缓解心包压塞症状,持续缓慢引流排液以避免回心血量突然剧增,心室大幅扩张致心肌收缩无力。心包腔内置管引流可避免反复心包穿刺的风险,可随时引流心包积液以维持心包腔压力,也可药物灌注入心包腔抑制积液复发;且超声引导可减少误伤血管的风险,具有安全、方便、疗效快的特点,其操作关键在于超声准确定位,注意避开心肺。45 例患者在心包穿刺置管引流前均经超声引导、定位,减少并发症发生率。在心包积液引流量小于等于 50 mL/24 h 时即可选择在心包腔内灌注药物,抑制心包积液产生,药物灌注后保留 24~48 h,使单位时间内心包腔内药物浓度明显高于静脉用药。治疗恶性心包积液,全身化疗联合心包腔内置管引流的同时,联合心包腔内药物灌注的综合疗效更优于单纯心包腔内置管引流未行药物灌注治疗。

参考文献

[1] Tomkowski W, Szturmowicz M, Fijakowska A, et al. New approaches to the management and treatment of malignant pericardial effusion[J]. Support Care Cancer, 1997, 5(1): 64-66.

[2] Dequanter D, Lothaire P, Berghmans T, et al. Severe pericardial effusion in patients with concurrent malignancy: a retrospective analysis of prognostic factors influencing survival[J]. Ann Surg Oncol, 2008, 15(11): 3268-3271.

[3] Tsang TS, Seward JB, Barnes ME, et al. Outcomes of primary and secondary treatment of pericardial effusion in patients with malignancy[J]. Mayo Clin Proc, 2000, 75(3): 248-253.

[4] Maisch B, Risti AD. Practical aspects of the management of pericardial disease[J]. Heart, 2003, 89(9): 1096-1103.

[5] 张晓东, 黄梅芳, 金懋林, 等. 恶性心包积液的临床处理(附 48 例分析)[J]. 中国肿瘤临床, 2002, 29(9): 633-635.