

经中心静脉导管穿刺引流心包积液15例效果分析 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/250/2021_2022__E7_BB_8F_E4_B8_AD_E5_BF_83_E9_c22_250792.htm 在临床中，对于大量心包积液患者需行多次穿刺引流，以前有的需经外科开窗置管引流，既给患者带来痛苦又增加医务人员的工作量。我院于2000年1月~2005年12月，对15例大量心包积液患者采用中心静脉导管穿刺置管引流，效果较好，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组15例均为2006年1月~2005年12月我院住院患者，男9例，女6例，年龄40~72岁，平均54.5岁。所有患者均有不同程度的咳嗽、胸闷、呼吸困难等临床症状，心音低钝，有4例合并腹水、颈静脉怒张、双下肢水肿。胸片提示心影增大，有3例为烧瓶状。积液情况：肿瘤性积液6例，化脓性2例，结核性5例，不明原因2例。剑下引流13例，心尖部引流2例。

1.2 治疗方法 穿刺点选择：一为胸骨剑突与左肋缘相交点下1~2 cm处；若肝肿大明显者选为胸骨左缘第5肋间心浊音界内1~2 cm处。限定最长进针长度：定好穿刺点后，根据超声检查图像测量皮肤与舒张期心肌外膜的距离，并将此距离减0.5 cm以上，以免抽液时由于液体的减少，心肌与针头间的距离缩短而伤及心肌。穿刺方向：剑突下时，指向左肩且与身体冠状面成 15° ~ 30° ，紧贴胸骨后进针；胸骨左缘时，垂直向后或稍向内后。患者心电、血压监护，建立静脉通道，取坐位或半卧位，常规消毒铺巾后，用普通7号针抽取2%利多卡因局部麻醉，打开中心静脉穿刺包，采用Seldinger法穿刺，从定位处进针，带负压穿刺，一旦刺入心包腔即可有积液涌入针筒，即停止穿刺。针筒后端或穿刺针

侧管置入J型导引钢丝入心包腔，约20 cm，退出穿刺针，用扩张管扩张穿刺部位的皮肤及皮下组织，沿导丝置入中心静脉导管入心包腔，并调节好置管的深度，约10~15 cm左右，退出导丝，抽取积液顺畅后用丝线固定中心静脉导管，用敷帖固定导管与皮肤上，导管另一端接入引流袋或连输液器与特定容器中，以利于取样送检。每次引流后，用肝素帽封管以备第2次引流。

2 结果 15例患者均成功置管引流积液，首次引流量100~300 ml，置管时间为2~10天。每例引流量约200~3000 ml。通过肝素帽的封管可以间断引流，直到复查B超提示积液明显减少，症状明显改善后拔除中心静脉管。有1例穿刺时出现冷汗、血压下降、心跳缓慢，给予吸氧、平卧及阿托品等处理后改善。另1例心尖部引流者，由于肌肉收缩滑落，需重新置入导管。其余患者均无严重并发症发生，也未发生穿刺部位皮肤感染。

3 讨论 心包穿刺是大量心包积液患者有效的治疗手段。中心静脉导管置管法与传统的穿刺法相比，有以下优越性：(1)操作简便易行，一次穿刺便可置入，导管尖端柔软对心肌无刺激和损伤。(2)可一次性或分次地将心包积液尽可能排尽，使腔内残留液尽可能减少，这样有利于减轻患者症状，也有利于提高局部的药物浓度。(3)留置导管对患者创伤小，体表的部位易于固定，开闭方便，不妨碍患者活动，可长期留置及定期局部化疗；(4)因积液较黏稠或有絮状物，可能出现引流不畅或堵塞现象，可用生理盐水及尿激酶进行冲洗。心包穿刺法是技术要求较高的有创操作，要注意以下几点：(1)术前行凝血全套和血常规检查，以排除严重凝血障碍性疾病；(2)术前向患者及家属说明穿刺的重要性及穿刺过程中出现并发症的可能性等，以取得信任和配合，消除其恐惧心理

；(3)必须有胸部X线及经B超证实并定位；(4)严格无菌操作，及时更换无菌纱布；(5)穿刺时随时观察患者的变化，以便及时处理；(6)引流量第一次应小于200 ml,以后可以逐渐增加，一次引流最好不超过500 ml，引流速度不要太快，以防出现肺水肿；(7)引流液流出无增多时，需复查B超，检查是否积液减少无法引流还是导管堵塞。总之，用本法穿刺引流与传统的心包开窗引流及反复穿刺抽液比，明显减少了操作的危险性，具有简单、安全、有效等特点，值得临床推广。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com