

## 胸腔穿刺置留管的制作和应用探讨

陈绪爱<sup>1</sup>, 陈序宽<sup>2</sup>

长期以来,在胸腔穿刺术的临床使用中,常规的穿刺操作存在着操作麻烦,病人的痛苦多,经济负担重等问题。本文试图通过对胸腔穿刺置留管的研制和临床应用中的一些经验体会,来寻求更好的临床应用器械和操作术。

### 材料和方法

#### 一、制作

基本构件由三部分组成:穿刺管、内置管和外接装置(图1)。

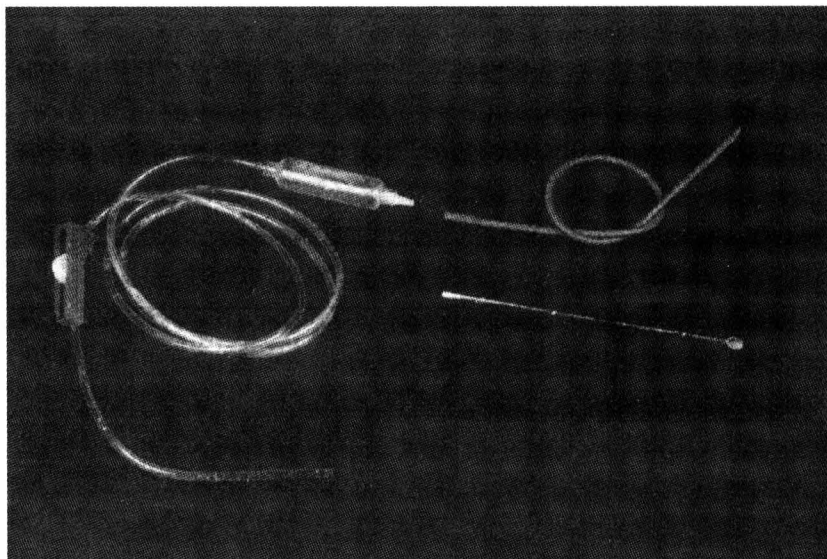


图1 胸腔穿刺置留管的基本构件

1. 穿刺管:一定粗细的空心管,其尖端为斜口或开口于一侧,后端开口直径大一些,长度(胸壁厚度加手握部分)一般 10~14 cm,直径 5 mm。

2. 内置管:选用与穿刺管匹配的导尿管,直径 3 mm,将后端较粗部分剪去,将前端多开几个孔。

3. 外接装置:利用输液管等,选择一定的长度,连通闭式引流装置。

## 二、操作方法

将内置管放入穿刺管,常规消毒,局部麻醉,若进管困难,可用手术刀片将皮肤刺口 5 mm,穿刺管与内置管同步穿入胸腔,将内置管送至适当部位后,拔出穿刺管,注意不要带出内置管;接通闭式引流装置,包扎固定。

1. 胸腔积液:一般靠呼吸运动自主排液。利用外接装置中的输液速度控制夹调整出液速度,控制在 50 ml/min 以内;若出液太慢,可采用负压吸引,持续引流至无积液(或管通而无液体流出),拔管。

2. 气胸、液气胸:同常规插管时的排气、引流。对于自发性气胸,在有纵隔移位或肺压缩较重时,控制排气液速度,避免肺复张过快,导致复张性肺水肿,或胸腔内压力下降过快导致纵隔摆动。

3. 脓胸:可直接采用负压抽液<sup>[1]</sup>;利用此管进行胸腔冲洗、加药;若遇堵塞,可行冲洗通管。

## 结 果

利用以上制作,治疗 22 例病人,其中,男 15 例,女 7 例,年龄 18~60 岁,平均 38 岁,均为结核性。同时应用抗结核及相应的对症治疗,分别于 6~12 个月内治愈,无 1 例复发(表 1)。

以上病例均未发生纵隔摆动、复张性肺水肿及

肺损伤等并发症。

表 1 内置管留置时间及总疗程

	例数	留管时间(d)	总疗程(月)
少量积液	8	1~3	6
中大量积液	10	2~5	6~8
液气胸	3	3~10	6~8
脓胸	1	25	12

## 讨 论

1. 胸腔积液的穿刺抽液,常规操作方法<sup>[2]</sup>已逐渐被更新,采用缓慢充分排液方法<sup>[3]</sup>(自动),操作简便、迅速、安全,一次排液彻底,病人痛苦少,且避免了复张性肺水肿、纵隔摆动;同时,也避免了肺复张后被针头刺破肺组织导致气胸。

2. 对于气胸,避免因切口置管需缝合操作,方便快捷,病人痛苦少。

3. 对于脓胸,利用内置的较长的软管,可较彻底抽出脓液,再加以冲洗、加药,利于病情的治疗。

4. 穿刺部位不需严格控制,可靠较长的内置管达到合适部位。

5. 可制成一次性胸穿包(两种:粗管用于脓胸,细管用于气胸)。

## 参考文献:

- 1 丁力.硅胶管插电磁泵低流量负压吸引治疗胸腔积液 20 例报告[J].中华结核和呼吸杂志,1990,13(1):46.
- 2 陈文彬,王友赤,编.诊断学(第 5 版)[M].北京:人民卫生出版社,2002,580~581.
- 3 魏长春,刘彦彦,董秋兰,等.大量胸水不同排液方法的临床分析[J].中国防痨杂志,2002,24(1):26~28.