

55 例肺癌根治术后单根细胸管引流分析

宋宣统

作者单位: 454000 河南, 焦作市第二人民医院心胸外科

作者简介: 宋宣统(1975-), 男, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 肺及食管癌的外科诊治。E-mail: xuantongsong@163.com

【摘要】 目的 探讨肺癌根治术后单根 F-28 号细胸腔引流管由腋中线第 7 肋间置入至胸顶引流的可行性。**方法** 观察 55 例肺叶切除加淋巴结清扫术后病人的引流量、拔管时间及病人对带胸管的耐受性。**结果** 55 例中拔管时间没有延长, 肺癌术后病人对细胸管胸顶置入耐受良好, 未出现因胸管局部疼痛注射杜冷丁和拔管后再穿刺抽胸水病例。**结论** F-28 号细引流管置入至胸顶引流对于肺癌术后患者是一种安全、可靠、损伤较小的胸管置入方法。

【关键词】 引流; 肺癌; 根治术

【中图分类号】 R 734.2 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-3806(2014)01-0029-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.01.10

Single fine chest tube drainage after radical surgery of lung cancer: analysis of 55 cases SONG Xuan-tong. Department of Cardiothoracic Surgery, the Second People's Hospital of Jiaozuo City, Henan 454000, China

【Abstract】 Objective To explore the feasibility of thoracic drainage by using a single fine F-28 style chest tube inserted from the 7th intercostal at axillary line to the chest top after the lobectomy and lymph node dissection of lung cancer. **Methods** The drainage volume, the time with the chest tube and the tolerance to it were observed in 55 patients after the lobectomy and lymph node dissection of lung cancer. **Results** In 55 patients, there was no extension of the time with the chest tube and the tolerance to the chest tube was better. There was neither patient who need pethidine injection when chest pain localized and nor patient who need again puncturing for pleural drainage. **Conclusion** The method of thoracic drainage by using one single fine F-28 style chest tube inserted from the 7th intercostal at axillary line to the chest top is a safe, reliable technique with less damage to patients after radical surgery of lung cancer.

【Key words】 Drainage; Lung cancer; Radical surgery

肺癌根治术后引流管的留置不仅能够观测到病人术后有无活动性出血, 且能够引流胸腔积液促使余肺膨胀, 有利于肺功能的恢复和减少术后感染, 避免纵膈偏移的发生。常规的置管一般选择 32~34 号胸管, 在腋中线 7、8 肋间, 管端留置胸内约 5 cm; 若行肺上叶及上中叶切除要在锁骨下再放置一根引流管用于排气, 但不能用一根引流管同时排出胸内的液体和气体^[1]。这对病人造成了较大的创伤, 增加了病人的疼痛, 使病人对咳痰配合的依从性及治疗的依从性降低, 增大了肺部感染的几率。观察我院 2011-01~2012-12 对 55 例肺癌(纤支镜活检确诊或术中冰冻确诊)术后病人采用 F-28 号单根细管由腋中线第 7 肋间置入到胸顶引流情况, 现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组肺癌患者 55 例, 其中男 32 例, 女 23 例, 年龄 38~76(62±9)岁。右肺上叶切除 14 例, 右肺中叶切除 6 例, 右肺下叶切除 12 例; 右肺上叶切除加隆突成形 1 例, 右肺上叶切除加血管成形 1 例, 左肺上叶切除 9 例, 左肺下叶切除 12 例。

1.2 手术方式 常规后外侧开胸 46 例, 电视辅助胸腔镜手术(VATS)9 例。VATS 一般选择 4、7、9 肋间, 分别取腋前线、腋中线和腋后线, 上叶切除一般选择 3、7、9 肋间。前操作孔大小 3~4 cm, 后操作孔约 2.5~3 cm, 置镜孔约 1.5 cm。两种手术方式病人术中右肺常规清扫 2、3、4、7、8、9、10、11 组淋巴结, 左肺常规清扫 4、5、6、7、8、9、10、11 组淋巴结, 平

均手术时间为 (120 ± 20) min。

1.3 引流管的留置及拔除方法

1.3.1 引流管的留置方法 引流管一般选择腋中线第7肋间,VATS下手术经第7肋间置镜孔置入胸管。选择28号质软胸管(扬州市华飞医疗器械厂,F-28),置入方法为切开皮肤、皮下及筋膜,沿腋中线第7肋上缘刺入胸腔,扩张后将胸管拉入胸腔管口处于胸顶(胸管不另外再剪侧孔)。

1.3.2 引流管的拔除指征及方法 术后行胸部正侧位片复查,对于肺复张良好、无漏气且引流量少于100 ml/d,予以拔管。对于胸片显示仍有部分积液病人我们拔管至管头离胸壁剩5 cm处嘱病人咳嗽、待胸液流出后再嘱病人深吸气闭气后拔除。

2 结果

开胸肺癌根治术平均引流量为 (602 ± 132) ml,平均拔管时间为 (3.98 ± 1.42) d。VATS下肺癌根治术平均引流量为 (198 ± 52) ml,平均拔管时间为 (3 ± 1) d。全组无因胸管疼痛注射杜冷丁病例,无拔管后因积液再行胸穿病例。

3 讨论

3.1 开胸肺癌术后胸管留置不仅能够恢复胸腔负压环境,而且能够引流胸腔积液和积气,有利于观察肺复张情况及有无活动性出血。多数外科医师因担心引流不充分和害怕胸腔积气,都选择粗大32~34号的引流管甚至选用上下两根胸管^[1,2]。这加大了病人的创伤,限制了病人的活动,增加了病人的疼痛,且经常因肋间引流管疼痛需予以杜冷丁止痛治疗,降低了病人对咳嗽、咳痰及治疗的依从性。目前,大多数胸外科医师仍倾向于采取双管引流。国外一些学者^[3,4]研究显示肺叶切除术后单管引是可行的,可以达到双管引流效果,而且优于双管引流。

3.2 我们选用较细胸管置入胸顶引流的优点:(1)减轻了病人的视觉痛苦、减少了对病人活动的影响且未延长病人的拔管时间(据临床路径规定术后2~7 d据情况拔管,我们拔管时间为3~4 d)。与粗管及双管比较减轻了病人的恐惧感,带双管病人活动时需要将两个引流瓶提起靠近身体且需与病人步调

一致以免牵拉,增加了陪护的难度,影响了病人活动,单根细引流管对病人活动影响较小。(2)缓解了胸管对肋间神经及血管的挤压,减轻了病人的疼痛。由于管径明显减小,在肋间隙所占空间也减小,对肋间神经挤压减轻。(3)避免了肺复张后对壁脏层胸膜的刺激,减轻了病人的疼痛。普通方法留置的胸管,因胸管质地较硬且留置较短,当肺膨胀时质硬的管头将不可避免地在肺的脏层胸膜或胸壁上刚蹭,甚至直接顶在肺的脏层表面,造成了病人疼痛,以至于不敢深呼吸和咳嗽、咳痰,延缓了病人术后肺膨胀,严重者痰液不能有效咳出,导致肺部感染及肺不张。使用细管且放置于胸顶避免了硬质管头对肺脏壁层胸膜的刺激,不妨碍病人深呼吸及有效咳嗽,促进了术后肺膨胀,有利于术后咳嗽排痰,尽可能减少肺部感染和肺不张的发生。(4)有利于术后引流。因胸管置入位置接近胸顶,位置较高,局部没有肺组织且远离膈肌,有效地避免了血凝块、膈肌、肺及胸壁对引流管口的堵塞^[5],有利于引流,更有利于气体的引流和肺的膨胀。(5)操作简便易行。与薛灏雨等^[1]通过多剪侧孔及心膈角处固定改进引流比较,我们的操作简单、易行,缩短了手术时间、减少了拔管风险。故F-28号细引流管置入至胸顶引流对肺癌术后病人安全、可靠,适宜推广应用。

参考文献

- 1 薛灏雨,王 涛. 胸腔引流管的改进(附576例分析)[J]. 中国现代手术学杂志, 2003, 7(4):272-273.
- 2 税跃平,唐小军. 食管癌术后不同引流方法的临床效果比较[J]. 中国胸心血管外科临床杂志, 2011, 18(5):481-482.
- 3 Gómez-Caro A, Roca MJ, Torres J, et al. Successful use of a single chest drain postlobectomy instead of two classical drains: a randomized study[J]. Eur J Cardiothorac Surg, 2006, 29(4):562-566.
- 4 Dawson AG, Hosmane S. Should you place one or two chest drains in patients undergoing lobectomy[J]. Interact Cardiovasc Thorac Surg, 2010, 11(2):178-181.
- 5 马海波. 胸部手术后胸腔引流管的应用分析[J]. 医药论坛杂志, 2009, 30(7):51-52.

[收稿日期 2013-07-18][本文编辑 黄晓红 韦 颖]