维普资讯 http://www.cqvip.com

为空洞有一定的伸缩空间，待药物注满时空洞伸张或有一部分凝胶顺气管流入其他肺部造成，这时也应该和病人讲清以取得病人的配合。

(3)术后护理：①指导患者平卧24 h，多睡觉，少说话，尽量勿用力咳嗽，进易消化的食物，必要时应用通便药或灌肠。护士应经常巡视病房，严密观察病人有无发热、咯血和气胸等并发症。24 h后可嘱病人从坐起到逐渐下床活动、直到正常生活，并再次摄胸片证实无气胸和观察近期的效果。以后每个月都要摄胸片和留取3份痰液，观察病人的空洞吸收情况和痰菌是否转阴。

二、结果

本组40例病人经皮胸膜肺穿刺治疗后，34例空洞一个月后有明显缩小，4例空洞有所缩小，仅2例空洞无明显改变。36例痰菌阳性中30例阴转。本组发生气胸3例，但均为<20%的局限性气胸。有4例病人出现术后咯痰带血，均无需特殊治疗。

三、讨论

通过应用这种介入治疗的方法作者治好了以前认为很难治疗的肺结核病人，使一部分结核病人解脱了病魔的困扰，生活质量大大提高。因此，本文认为这是一种非常有效的肺结核空洞治疗方法。但是这种方法是一种有创治疗方法，病人在治疗前会有一定的惧怕心理，而且这种方法本身也有一定的危险，如穿刺造成的气胸、咯血和术后发热等并发症。从这40例病例中虽然这些并发症不用特殊处理即能好转，但也给病人造成一定心理上的压力。因此，术前、术中和术后护理的主要目的应该是尽力减少病人心理上的压力，使之配合治疗，减少并发症。

使穿刺针能够顺利进入肺结核空洞内达到注药目的是术前、术中所有护理工作的要点，为此，在术前要求和病人谈心，讲解该手术过程中有可能出现的情况，需要病人如何配合才能达到手术顺利完成。术中要尽量让病人放松，避免因紧张而导致的肋间肌肉收缩使穿刺针位置变动，增加手术难度和并发症的发生。为此，可应用度冷丁和安定来消除病人的焦虑心情，40例病人手术都非常顺利。

因为药物可在病灶中产生400~500倍的浓度，所以药物在病灶中停留时间越长、病灶中的结核菌被杀死的机会越大。因此，术后护理工作的要点是尽量避免活动，如有并发症则进行积极处理，如无并发症则设法让病人处于最佳休息状态，避免刺激病人，使之能在最低的代谢水平，减少肺活量。而两到三天后随着病人的活动不可避免地会咯出红色胶冻样药物，这时要和病人解释好是药物而非血液；这时因为结核菌大量被杀死引起的赫氏反应也有可能出现发热，可进行对症处理，3~5 d后病人会自然恢复。

综上所述，本文认为只要做好以上各种准备工作并且取得病人的积极配合，经皮胸膜肺穿刺注药术还是一种比较安全可行、成功率比较高的治疗结核空洞的方法，值得在结核空洞特别是复治结核空洞的治疗中加以推广。

(收稿日期：2002-09-18)

采用廓清术治疗小儿急性脓胸体会

李广辉* 杨铁成* 时爱华* 吕旭升**

小儿脓胸临床较常见，多并发肺炎，若未能及时治疗，可导致肺表面形成纤维膜，影响肺膨胀通气，甚至发生低氧血症，必须高度重视。自1988年至2001年间，我科对16例小儿急性脓胸采用早期廓清术治疗均收到满意疗效，现报告如下。

一、资料与方法

1.一般资料：本组男性12例，女性4例。年龄最小3岁，最大12岁。平均住院日15.5 d。

2.病因及致病菌：16例皆因肺炎发病。其中左侧脓胸6例，右侧脓胸10例。经细菌学检查主要致病菌是金黄色葡萄球菌(占68.8%)和肺炎双球菌(占31.2%)。

3.临床症状和体征：本组病例均有发热(T≥39 ℃)，呼吸困难，口唇发绀，部分病变侧胸形饱满，叩诊呈浊音，听诊呼吸音减弱。

4.辅助检查：血化验WBC>20.0×10^9，部分胞浆出现中毒颗粒；X线胸透见病变侧有致密阴影并且纵膈移位；B超显示胸腔内积液；胸部CT可见胸腔积液肺受压，个别已形成包裹性改变。

二、结果

术前曾用穿刺抽液和闭式引流，结果疗效不显著，故中转廓清手术，术中发现胸腔有脓液300~800 ml不等，肺表面有膜状脓苔，其中4例已形成多房性，6例已发生肺不张。手术清除坏死组织，膜状脓苔及脓液，用生理盐水反复多次冲洗干净，然后放置闭式引流。术后选用头孢三代抗菌素抗炎，配以输血、输液进行营养支持，分别在3~4 d复查见肺膨胀良好，拔出引流管，第5~10天出院。

三、讨论

* 作者单位：114032 辽宁省鞍山市鞍钢立山医院
** 鞍钢附属企业公司立山门诊

维普资讯 http://www.cqvip.com

1.小儿急性脓胸的病因及其危害

小儿急性脓胸主要因肺内感染灶的病原菌直接或经淋巴管侵袭胸膜引起,其中以肺炎并发急性脓胸最为多见。此外,也有继发于外伤性血胸、脓毒血症和败血症。经细菌学检查脓胸的致病菌常见于金黄色葡萄球菌或肺炎球菌的感染,由于细菌在繁殖过程中产生血浆凝固酶等毒素,表现脓液粘稠,含有大量纤维素,很容易在胸膜的脏,壁层上形成较厚的膜状脓苔,严重阻碍肺膨胀,影响肺通气,最终发生肺不张,导致小儿缺氧加重,甚至发生心、肺、肝、肾等多脏器功能衰竭而危及生命。

2.小儿急性脓胸的诊断与廓清术的时机选择

经过一段时间的治疗,小儿肺炎症状不见好转,体温持续升高,呼吸困难加重,并且病变侧胸形饱满时应考虑有脓胸发生的可能。如进行必要的X线胸透,B超或胸部CT检查将更能有助于对脓胸的诊断。关于治疗,作者认为应根据年幼而病情变化快的特点,尽快尽早地采取有效措施进行治疗。具体是:在抗炎,营养支持的同时,率先用穿刺抽液或闭式引流等简便方法治疗,其理由是防止大量渗出的脓液充满胸膜腔,纤维素沉着于肺表面,形成膜状脓苔压迫肺组织。当发现脓液粘稠,引流不畅并已在肺表面形成了膜状脓苔或多房性包裹时应积极中转廓清术治疗。廓清术的时机应选择在急性脓胸2~3周间较为合适,因为此时形成的膜状脓苔或包裹的纤维组织易于剥离,对肺损伤小,同时出血少,术后肺膨胀好,通气功能迅速恢复,血氧饱和度提高快,小儿缺氧的症状立即得到改善。总结本组病例,皆由儿科转入,脓胸发生后虽已进行胸穿抽液和闭式引流,但疗效始终不好,并且部分已发生了肺不张,经过采用廓清术治疗很快被治愈,无其他并发症发生。值得提出的是,廓清术对小儿损伤较大,手术进路最好不切除肋骨,由于是气管内插管全麻,强调做好围手术期管理,如:生命指征的检测,抗菌素的合理应用,营养液的配置及闭式引流的护理等,这些对小儿的早期康复都十分重要。

(收稿日期:2002-09-24)

小儿腘窝瘢痕挛缩的治疗

魏喜全* 曹长远* 艾深海* 陈先华*

下肢严重烧伤后,常遗留有腘窝部瘢痕挛缩,由于膝关节的解剖特点,使膝关节形成屈曲畸形,不能伸直,跛行姿态,甚至完全丧失行走功能。我科近年来收治此类患儿21例,采用综合治疗法后恢复较满意。现报告如下。

一、临床资料

1.一般资料:本组男15例,女6例,其中双腘窝瘢痕挛缩3例,共24处。年龄均在10岁以下。病程1年内17例,1~2年4例。其中膝关节屈曲挛缩畸形45°以上,伸屈活动度小于30°,严重跛行15例。膝关节屈曲挛缩畸形小于45°,伸屈活动度大于30°,轻微跛行6例。瘢痕溃疡及瘢痕下脓肿6例。

2.手术方法:本组采用全麻,另用0.5%奴夫卡因200 ml+付肾素1 mg注入瘢痕组织下,既能止渗血,又将正常组织与瘢痕组织分离,达到减少血管神经损伤。自挛缩最明显处横行切开瘢痕直达深筋膜,充分松解创缘四周粘连,两侧作锯凿形的辅助切口,并超过正侧线。引流脓液、切除溃疡炎性病灶及脂肪层。生理盐水、双氧水反复冲洗伤口。在血运良好状态下,缓慢将膝关节伸直到最大功能位,取腹部或大腿中厚或全厚片移植,其中5例采用局部皮瓣+游离植皮,植皮区包扎固定。

二、结果

为防止伤口感染,常规应用3~5 d天抗菌素,术后7 d拆包检查,无异常后两周拆线。本组植皮全部成活。回家采用白天活动,晚上夹板固定于伸直位。术后随访5~13个月者12例,腘窝瘢痕无复发,只有缝线瘢痕不影响功能。膝关节伸曲活动,蹲站,行走及跑跳自如,无明显跛行,近期效果良好。

三、讨论

1.腘窝瘢痕挛缩的手术时机多主张待瘢痕软化后进行,这样可以达到较好效果。但小儿生长发育期较快,且由于疼痛而不能自觉锻炼,使膝关节经常处于屈曲挛缩状态。一旦屈曲后,有时数天后即难伸直,加之家长不忍心强迫锻炼,而极易造成严重的屈曲畸形。时间过长,极易导致临近血管,神经,肌肉挛缩,增加手术难度而造成腓总神经损伤,造成下肢残废。鉴于以上理由,作者建议小儿腘窝瘢痕挛缩宜早治疗,及时纠正屈曲畸形,创造自行锻炼的机会。当然中厚植皮不能随小儿生长而扩大,因此一生内可能要多次手术才能定形,直到18岁左右,不能为了减少手术次数而推迟到18岁进行。有文献报道,早期使用全厚皮片移植可以使皮片随身体增长而延长,但全厚皮片只适用于创面不大的病人。

2.由于关节活动,瘢痕经常受到牵扯,增加局部张力,瘢痕增生严重,加之瘢痕上皮不耐磨,易破裂感染,反复发生溃疡。由于长期反复溃破,久而久之形成瘢痕癌(多见于成年人)和瘢痕下脓肿。对于瘢痕下脓肿按常规应先切开脓肿引流,待炎症消退后三个月,再切除瘢痕后植皮,本组6例采用彻底切除脓肿,并立即植皮,6例皮片均100%成活,达到了预期目的。手术的关键在于彻底清除脓肿及其肉芽创面,直达正常组织并止

* 作者单位:400038 重庆市第三军医大学门诊部