维普资讯 http://www.cqvip.com

(10) 48-50 R655.2 气胸，血气胸，好手术

自发性气胸及血气胸的外科救治

第二医院胸心外科 陈诗奉 陈国才

中图分类号 R561.4

自发性气胸及血气胸可严重影响呼吸和循环功能。尤其是自发性自气胸，常因起病急，并伴有失血性休克，必须进行紧急外科处理。近10年来我院收治自发性气胸及血气胸51例，手术19例，效果好，现就其外科治疗中的几个问题加以讨论。

临床资料

1975年12月至1993年10月，我院收治自发性血气胸51例，其中单纯气胸28例，血气胸23例。

1. 自发性气胸 28例中男26例，女2例。年龄17～66岁，平均37.5岁。经胸穿或闭式引流治愈21例，剖胸术7例(25.0%)。剖胸者气胸发作次数为1次者1例，2次者4例，3～4次者2例。咳嗽及挤公共汽车诱发4例，余3例无明显诱因。发病后病人均有胸痛，胸闷及逐渐加重的气促，呼吸困难，伴低血压者1例。x线检查：肺压缩70～80%，2例为肺大疱(Bulla)。除3例择期手术外，其余术前均行闭式引流。术中见肺尖部多个0.5～5cm直径大小的大疱，除1例切除15cm的大疱后肺扩张不良行肺叶切除外，其余均行大疱切除及缝扎术。

2. 自发性自气胸 按临床表现及引流量将其分为稳定型及休克型。稳定型即指病程中无失血性休克表现，初次引流量在800ml以下，其后观察胸内无活动性出血。活动性出血伴血压下降为休克型。

本组自发性血气胸23例（其中2例为单纯血胸），年龄19～35岁，平均26.83岁。稳定型10例(43.5%)，经胸膜腔闭式引流，输血，抗炎而治愈。休克型13例(56.5%)，其中急诊剖胸止血10例(43.5%)，占休克型的76.9%。非手术1例输血4200ml.

愈。此产品主要成份为拟除虫菊酯类药物，最大的特点是，它不仅能一次性杀灭成虫、若虫、经临床和实验室观察对虫卵也有相当好地杀灭作用，且无毒副反应。本品即可灭虱，在流行期有预防作用。

(90级学蒋志阳、贾蓓、苏庸春、奉明兰参加了部分调查工作，特此致谢)

参考文献

1. 柳支英，等. 医学昆虫学 科学出版社 1990;333
2. 孙启燕，等. 中国寄生虫学与寄生虫杂志 1992;10(2):278
3. 刘立屏，等. 中华流行病学杂志 1992;13(2):128
4. 戴寿桂，等. 中国寄生虫与寄生虫病杂志 1992;10(1):55

(收稿日期 1994－04－21)

维普资讯 http://www.cqvip.com

肺纤维膜剥脱2例。休克者发病至就诊时间最短10小时，最长37小时，左侧8例，右侧5例。既往有肺炎及慢性咳嗽各1例，扩胸运动或动作诱发2例。其余无明显诱因突然出现胸痛，胸闷、气促。初次胸透显示以积气为主的液气胸。经ICU观察6～8小时后病人出现休克症状，按胸透定位经引流管引出或胸穿抽出不凝血而被确诊。直接经急诊室转入手术室手术3例。术前引流量800ml～2500ml，平均1705ml。脉博＞120次分，收缩压＜12kpa。确诊至手术时间最短2小时，最长1周。

后外侧标准剖胸或前外侧切口。术中见肺尖后段大疱8例，肺尖部局限性纤维化变2例，均伴有胸腔顶部或主动脉球外膜粘连撕脱，粗糙面渗血不止，个别粘连带中有约1～2mm粗的血管呈搏动性出血。胸内有凝血块300～1000g。行血块清除，肺大疱切除，粘连带结扎及粗糙面出血点缝扎或电凝血止。

3. 疗效 全组手术19例，无死亡。并发复张性肺水肿及短阵室上速1例、胸内渗血1例。经非手术处理康复出院。随访4月至13年，除5例失访外，无1例复发。

讨　论

1. 发病与性别、年龄的关系 本组自发性气胸及血气胸51例，其中女性仅占2例。且气胸发病的平均年龄较血气胸的平均年龄高。胡燕生[1]报告35例自发性气胸，女性仅占6例。庞其清[2]和金志成[3]分别报告9例和10例自发性血气胸，亦均为男性，其平均年龄分别为24.5及26.5岁。与本组自发性血气胸发病的平均年龄接近，提示不论是自发性气胸及血气胸均以男性发病率为高。自发性血气胸亦多见于中青年。可能与工作突然用力，摒气，咳嗽等诱因致肺大疱破裂，粘连带撕脱出血有关。故中青年有突然肺内压增高的因素，随后出现胸痛，呼吸困难，虽首次胸透仅有以胸腔积气为主伴少量积液者，都应考虑自发性血气胸的可能，及时胸穿确诊，严密观察，有失血性休克的前驱症状者应尽早转外科治疗。

2. 发病机理 肺大疱破裂和粘连带撕脱出血是发生自发性气胸及血气胸的基本病因。本组气胸急诊手术者均可见肺大疱破裂、漏气。血气胸剖胸止血者亦可见肺大疱破裂和/或胸壁粘连带撕脱，搏动性出血或渗血不止。当肺持续漏气，胸内压随之增高，局限性的片状或带状粘连撕脱出血。本组2例单纯性血胸亦支持膈肌活动度增大引起肺粘连带撕脱出血的观点[4]。出血不易自行停止，除粘连带的血供来自体循环，压力高；粘连带中血管壁薄，只有内皮细胞和疤痕组织，缺乏肌性成份，一旦撕脱血管不易收缩外[5]，还可能与出血点多位于上胸壁、同时伴有肺萎陷，血凝块不易压塞在出血处有关。

3. 急诊手术指征 自发性气胸大部分可内科治愈，但复发率高。近年来约27～35%的病人接受外科手术治疗，并发症少，复发率低。本组自发性气胸手术治疗占25.0%。急诊手术者均可见肺大疱破裂、漏气、部分患者肺破口周围有纤维化变致破口不易闭合，病检亦证实慢性炎变。故我们主张气胸发作次数在2次以上或肺持续漏气1周以上应积极手术。这样既可防止气胸再发影响健康或危及生命，又可避免反复胸穿或长期闭式引流所致脓胸等并发症。

自发性血气胸少见，但病情发展快，往往需要剖胸止血。本组23例，休克者占56.5%，除1例由外院转入，病程已达10天而非手术和肺纤维膜剥脱2例外，其余均急诊剖胸止血。我们亦认为：自发性血气胸有失血性休克者；首次引流量大于1000ml；凝固性血胸；胸内持续活动性出血者应紧急手术。

4. 围手术期处理 自发性气胸及血气胸手术操作简单，疗效好，但应加强围手术期的处理。以下几个问题值得注意：

（1）是否有双侧气胸同时存在气胸多见于单侧，双侧同时发生者少，往往易被忽视。因一侧肺萎陷而加重了对侧肺的负担，可致

维普资讯 http://www.cqvip.com

(17) 50-51 R259.121 R286

双黄连粉针剂治疗小儿流行性腮腺炎疗效观察

双黄连粉针剂 腮腺炎 小儿 中医药疗法

儿童医院传染科 刘万清 王弘 王绍映

中图分类号 R725.1

用中药双黄连粉针剂治疗356例腮腺炎病儿取得了满意结果，报告如下：

材料与方法

1 诊断标准与对象 全部病例均为我科1992年8月至93年10月的住院患儿，根据流行病学资料性、临床表现及典型的腮腺肿大而诊断为流行性腮腺炎。双黄连组56例中男34例，女19例、平均年龄5 4／12岁，平均病程4. 21天，对照组87例、男51例、女36例，平均年龄6 6／12岁、平均病程4. 8天，两组病儿临床情况见表1。

2 用药情况 病儿入院后随机分为两组，双黄连组给双黄连（哈尔滨中药二厂产）按60mg／kg／d算，溶于10%葡萄糖液中配成0. 6～1. 2%浓度缓慢滴入，每天一次，5～7天一疗程。对照组用病毒唑、按10～15mg／kg／d计溶于10%葡萄糖液100毫升中缓滴，每日一次，5～7天一疗程、两组病儿如并发脑膜脑炎、心肌炎等时则分别给以相应治疗。

3 结果 双黄连治疗的56例病儿的退热时间、临床症状改善时间及腮肿开始消退时间均短于对照组、但两组病儿住院时间无显著性差异、其疗效观察见表2。

---

x线不能显示的肺小疱破裂，相继发生对侧气胸。本组2例复发性气胸，首次胸透为单侧，闭式引流1周后肺仍漏气，拟行剖胸术。气管插管前发现对侧气胸，即引流避免了对侧张力性气胸。故术前详细询问病史，认真体检，有条件者再行床旁胸部摄片，可避免对侧气胸的漏诊。另外，术中正压给氧压力不宜过大或采用高频通气，亦可避免张力性气胸。

（2）复张性肺水肿 由于肺长时间萎陷，组织缺氧，肺泡毛细血管通透性增加，肺迅速复张后，血管内液体外渗致急性肺水肿。故该类病人双腔插管，术毕缓慢膨肺，限制液体入量多可避免。一旦发生，立即给予大剂量利尿剂，皮质激素，正压给氧，限制入量，肺水肿在短时内可以得到控制。

（3）术后胸内再出血 关键在于术中止血彻底，可靠，循环稳定，低血压状态下不宜关胸。

参考文献

1. 胡燕生，等. 中华结核和呼吸病杂志 1990；13：212
2. 庞其清. 中华医学杂志 1986；66：349
3. 金志成，等. 中华结核和呼吸病杂志 1985；8：221
4. 李国庆，等. 中华胸心血管外科杂志 1993；9：334
5. Deaton W R, et al. J Thorac Cardiovasc Surg 1962；43：413

（收稿日期 1994—04—08）