DOI:10.16016/j.1000-5404.1988.05.016

外伤性气管与右主支气管断裂3例报告

王玉阶 龙子善 高景源 （西南医院 胸外科）

我院自1975年以来，收治外伤性气管部分断裂和右主支气管完全断裂三例，经手术治疗获得满意效果，现报告如下：

临 床 病 例

例1，男，19岁，工人。1975年10月23日胸部被钻井吊钩击伤。右侧血气胸，经胸腔闭式引流出600ml血和大量气体，右肺仍呈萎陷状态。后经支气管检查和造影，确诊为右主支气管完全性断裂，76年3月1日行右主支气管吻合术，发现右主支气管距隆突下约2.5cm处完全性断裂，远端支气管内大量胶状物，即行支气管吻合术，术后情况良好，十天痊愈出院。经11年的随访，肺形态和功能正常。

例2，男，31岁。颈部被铁块击伤，79年8月22日入院，呼吸困难，痰中带血，颈部红肿淤血，皮下气肿，诊断气管部分裂伤，8月26日行气管吻合术。术中见颈第二气管环部分与第三气管环完全断裂，气管吻合术同时进行气管切开术，术后1 1/2月发现吻合口狭窄，82年4月27行气管成形术。术后情况良好，经行支气管镜检查吻合口无狭窄。

例3，男，40岁。右胸被4斤重物击伤，86年12月12日入院，呼吸困难，咯血，颈胸部明显气肿，右肺呼吸音消失，胸片示右肺萎陷于肺门呈团状，胸腔闭式引流出大量气体，经纤维支气管镜检查诊断为右主支气管完全性断裂，即于全麻下行右主支气管吻合术，发现右主支气管距隆突下0.4cm处完全性断裂，手术后经胸片、肺功能测定、血气分析等检查，显示肺形态和功能基本正常，经半年随访情况良好。

讨 论

气管与支气管断裂，在严重胸部闭合性创伤中并非罕见。近些年来由于重视了早期诊断和手术治疗，疗效有了明显提高。

发病机制

一般认为胸部前后受到严重挤压或撞击，声门反射性关闭，气管内压力突然升高，并超过胸腔内压力，在胸廓左右径增宽的同时，肺被牵向左右两侧，高压的气管与主支气管抵于胸骨脊柱之间，主支气管在隆突附近产生剪力，引起主支气管断裂，我们赞同以上观点。

临床分型

临床表现与受伤部位、程度及有无合并伤有着密切关系，损伤部位80%发生在隆突2.5cm以内，为便于临床诊断，根据主支气管损伤开口是否与胸膜腔相通，结合临床表现，我们认为将其分为两种类型为宜。

胸膜腔型：一侧主支气管断裂口与胸膜腔相通，临床表现以气胸或血胸为主（例1）。

纵隔型：一侧主支气管断裂口与胸膜腔不相通或不完全相通，断裂的支气管口位于纵隔胸膜内，临床表现以纵隔、颈部皮下气肿为主（例3）。

早期诊断

对严重胸部挤压或撞击伤，严重气胸或血气胸，肺萎陷经胸腔闭式引流无好转者，应想到有主支气管断裂的可能，结合胸片见萎陷的肺下垂于心膈角特点，基本可确诊，仍有疑问者，可行支气管镜检查确诊。

外科治疗

明确诊断后应尽早行支气管吻合术，可达到最大限度地保留肺组织与功能，又可减少并发症和死亡率。反之，并发症多，术后肺功能常有不同程度的损害。一般认为伤后3～6个月内进行支气管吻合者，术后肺功能可基本上恢复到正常范围。

手术方法，一般于全麻下经胸部后外切口施行，找出支气管断端，吸净支气管内分泌物，用丝线间断缝合法进行主支气管吻合。术中避免支气管扭曲、缝合断端对合严密、避免张力，以预防术后吻合口狭窄或瘘等并发症。

（收稿：1987.9.29，修回：1988.5.29）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net