DOI:10.16016/j.1000-5404.1988.04.019

损伤方式、部位及程度有着直接关系，有60～80%伤员在短期内由于无法控制的出血或急性心包填塞而死亡[1][2]，因此，正确及时地诊断和迅速果断有效的外科手术处理，是减少死亡率的关键。

一、早期诊断

根据胸部外伤史，表现有出血性休克或急性心包填塞症（如颈静脉怒张、低血压、中心静脉压高，心音远）应想到心脏损伤的可能性，一般均可做出诊断，对少数复杂，诊断可疑病例，在伤情允许时可酌情行胸部照片、心电图等辅助检查及心包穿刺术，以求确诊。应当指出，心包穿刺术虽然对于明确诊断和缓解已出现的心包填塞症具有一定的价值，但有时亦出现假阴性或假阳性的结果[3]。因此，我们认为对疑有心脏损伤者，尤其在伤情危重情况下，应避免一些不必要的辅助检查，以免延误抢救时机。

二、外科治疗

穿透性心脏损伤的治疗，以往曾有人用过手术与非手术的两种治疗方法，Sugg等曾对86例患者所采用两种不同方法治疗的结果作了比较，发现在35例姑息疗法中有15例死亡（43%）而手术治疗的51例中8例死亡（16%），目前绝大多数作者均主张采用外科手术，而不同意单纯采用心包穿刺术等姑息方法，心包穿刺术仅作为临时心脏复苏和术前准备的一种手段。根据我们连续成功地治疗6例穿透性心脏损伤，无死亡和严重并发症的体会；及时确诊，补充血容量，不失时机的果断的进行手术，及时清除心包积血，解除心包填塞症，控制出血点，精心修补心脏损伤，是治疗穿透性心脏损伤成功的关键。因此，我们认为在伤员到急诊室后进行必须的有关检查同时积极进行抗休克治疗，基本确诊后应及早送手术室施行手术治疗，在特殊紧急情况下亦可在急诊室进行手术，达到解除心包填塞，控制出血，修补心脏损伤等目的。

参考文献

1. Sugg WL, et al. Penetrating wounds of the heart, An analysis of 459 cases. J Thoracic Surg 1968; 56:351
2. Gold JP, et al. Penetrating caediac trauma. Current therapy in emergency medicine. BC DECKER INC: Toront. Philadelphia 1987: 131
3. Trinkle JK, et al Affairs of the wounds heart: Penetrating cardiac wounds. J of Trauma 1979; 13(6):467

（收稿日期：1988年1月28日，修回日期：1988年5月1日）

12例肺化脓症的纤维支气管镜灌洗治疗报告

黄蒲蓉 陈云远 刘 平 王新华 （第一附属医院 呼吸内科）

肺化脓症为常见病，病程长，常因反复感染加重，死亡率较高。为提高疗效，我院于1985年以来，对12例肺化脓症患者，采用BAL治疗，取得较好疗效，为本类病提供新的疗法。现分析讨论如下。

临床资料

1. 病历与方法

12例中，男性9例，女性3例。年龄20～70岁，平均年龄：42.5岁。病程：2月～30年。平均病程：约65.25月。其中3月以上者10例，占83.3%。

病种

急性肺脓肿1例，慢性肺脓肿3例，支气管扩张（简称支扩）5例，右中叶肺不张合并肺部化脓性感染（简称感染）3例。

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

临床主要表现

发热12例，咳大量脓痰10例，痰量多者600ml/日。咯血9例，咯血量：数口至500ml/日。有肺实变和肺不张征。均有湿罗音。白细胞：10.7～28.0×10⁹/L，中性：79～92%。胸部平片：示片状炎性浸润阴影11例，空洞4例，囊状支气管扩张3例，肺不张表现3例。

痰菌培养

甲型链球菌5例，溶血型链球菌2例，厌氧菌2例，绿脓杆菌2例．大肠杆菌2例，变形杆菌1例，金黄色葡萄球菌1例，其中多系混合菌感染，最多者同时培养出肺炎球菌、厌氧菌、绿脓杆菌及大肠杆菌4种。

2．治疗方法

BAL用Olympus EF-3型纤支镜，插至病变部位的支气管开口处，可见粘膜出血点及斑、糜烂、充血、肿胀、嵴变宽、出口变窄及脓痰涌出。将痰吸净或用2.5%$NaHCO_3$溶液或生理盐水10～20ml缓缓注入，使脓痰稀薄后吸净为止。再注入相应抗菌素。本组选用抗菌素为：青霉素20万u、庆大霉素4～8万u、氨苄青霉素0.5～1g、或羧苄青霉素0.5g．酌加地塞米松5mg。稀释至6～8ml后缓注入。对粘膜肿胀者用0.2%肾上腺素5ml或0.1%麻黄素2ml注入局部，有收缩血管及防治出血作用。治疗次数见表1，12例中经治疗1次者1例、2次者2例、3次者6例、4次者3例。间隔时间约7天。

结　果

本组12例，通过BAL吸净痰，局部注入抗菌素，以及配合全身治疗后，病人脓痰量迅速减少，肺部炎症阴影较快吸收，空洞闭合或缩小。右中叶肺不张3例中，有1例全复张，2例部分复张。痰菌培养均迅速转阴。疗效满意，其中治愈9例，指症状消失，体温正常，胸片病变吸收，痰菌培养转阴性。明显好转3例．指咳嗽消失或明显减轻，脓痰减少至数口，肺部少量湿罗音，胸片浸润阴影大部分吸收。本组12例，住院日：19～89天，平均50.3天。6例随访半年～二年，未见复发。治疗结果见附表。

附表　12例肺化脓症治疗结果

例数	诊断	病程(以月计)	病原菌 治疗前	病原菌 治疗后	灌洗次数	治疗结果
1	急性肺脓肿（右上叶）	2月	7次(-)	(-)	4	痊愈
2	急性转慢性肺脓肿（右上叶）	4月	肺炎球菌、厌氧菌、绿脓杆菌、大肠杆菌	(-)	3	痊愈
3	慢性肺脓肿（右下叶）	36月	甲型链球菌、变形杆菌	(-)	4	明显好转
4	双下支扩并肺部感染	89月	肺炎球菌、厌氧菌	(-)	3	痊愈
5	双下支扩并肺部感染	240月	溶链球菌、绿脓杆菌〔3年(+)〕	(-)	3	痊愈
6	肺不张（右中叶）并肺部感染	2月	肺炎球菌	(-)	1	痊愈
7	双下支扩并肺部感染	15月	甲型链球菌	(-)	2	痊愈
8	支扩并肺脓肿（右下叶）	18月	溶链球菌	(-)	3	痊愈
9	慢性肺脓肿（右下叶背段）	6月	甲型链球菌、大肠杆菌	(-)	3	痊愈
10	双下支扩并肺部感染	360月	甲型链球菌	(-)	2	痊愈
11	肺不张(右中叶）并肺部感染	9月	肺炎球菌	(-)	3	明显好转
12	肺不张（右中叶）并肺部感染	4月	金黄色葡萄球菌	(-)	4	明显好转

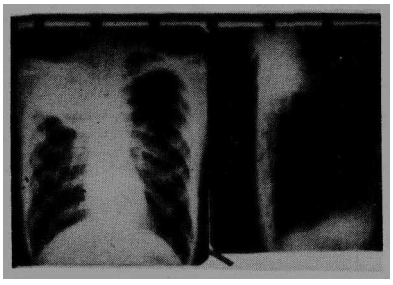
讨　论

肺化脓症过去多采用全身应用抗菌素，体位引流及气管滴入治疗。近年用肺穿刺治疗，但适应症、定位均受到一定限制。应用BAL治疗肺化脓症，有利于吸引脓痰，局部注射抗菌素，还可直接了解病变情况及病原。对病变部位较深或不适合行肺穿刺的肺化脓症尤为适用。慢性肺脓肿，由于脓腔壁厚，全身用抗菌素常难以进入腔内，及因脓

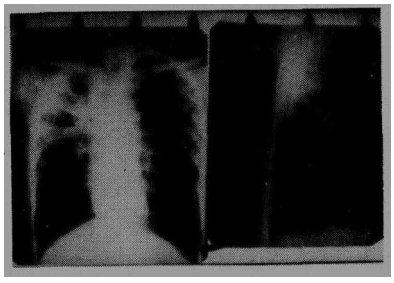
?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

痰粘稠阻塞，引流不畅而影响疗效。本组患者改用本法治疗，在吸出大量脓痰及局部用抗菌素后，痰量迅速减少，数日至二周，脓痰可减至数口或消失，体温正常。可能与局部用抗菌素浓度高，故能起到强灭菌作用有关。本组例二（见附图）右上慢性肺脓肿院外久治无效，持续高热半月余，毒血症状明显，痰少，引流不畅。经BAL吸出大量恶臭桃花样脓痰后，痰渐易咯出，体温迅即正常，全身情况改善，病变迅速吸收，痰菌转阴，治疗痊愈，随访半年空洞闭合。

附图



例二　治疗前
右上叶肺脓肿（空洞形成，引流不畅）



同病例　治疗中
灌洗后大量脓痰排出后



同病例　治疗后
炎症吸收脓腔消失

关于BAL注入药物的种类及剂量，以根据痰培养结果及药物敏感试验选择应用为好。浓度不宜过高，以免致化学性肺炎。

综上所述，初步体会本法对急、慢性肺脓肿，伴脓痰引流不畅，中毒症状重，单独全身用抗菌素效差，或无效者，及化脓性支气管扩张，肺不张并肺部感染具有上述情况者，均为本疗法良好适应症。

参考文献

1. 高育瑶。纤维支气管镜检查术及其临床应用。进修班选编，南京军区后勤部。1978；479
2. 彭启灿，等。肺穿刺留置导管给药治疗肺脓肿的初步观察。实用内科杂志 1984；4(3)：130
3. Zavala DC; Diagnostic fiberoptic bronchocopy techniques and results of biopsy in 600 patients.
4. 潼岛仁。临床呼吸器讲座，第二卷，各论 1 p：378 金原出版株式会社，东京 1979年

（收稿日期：1988年2月8日，修回日期：1988 6 年月 1 日）

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