

· 论著 ·

大量咯血的肺切除手术治疗 32 例临床分析

乌日图¹, 李文兵¹, 杜瑞亭¹, 李俊生¹, 田少鹏¹

摘要:目的 探讨肺切除治疗大咯血手术的适应证及手术时机。方法 对 1985~2000 年 32 例肺切除治疗大咯血病人的手术效果进行回顾分析。结果 大咯血病人施行肺切除 32 例,治愈率 87.5%,并发症 12.5%。结论 手术适应证趋于积极,即非手术治疗效果不佳,出血部位确定,肺功能,全身状况良好,尽早施行手术,当患者出现窒息或低血压时应抓紧手术时机。因并发症和死亡率仍高于常规肺切除,故需严格掌握手术指征。

关键词:咯血;肺切除术

The clinical analysis of 32 cases with massive hemoptysis treated by pneumonectomy

WU Ri-tu, LI Wen-bing, DU Rui-ting, et al. The Chest Hospital of Inner Mongolia, Hhhot 010010

Abstract:Objective To discuss the indication and opportunity of the pneumonectomy for massive hemoptysis. Methods Retrospectively analyzed the therapeutic effect of 32 cases with massive hemoptysis treated by pneumonectomy from 1985 to 2000. Results The cure rate of 32 cases with massive hemoptysis was 87.5%. Conclusions The operation indication is as follows: the bloody operation position is definite, the lung function and the general condition are better. The surgical showed be conduct as early as possible, especially, The operation indication should be seriously controlled, because the complication and death rate are higher than that of the routine pneumonectomy.

Key words: Hemoptysis; Pneumonectomy

咯血是肺部疾病常见症状,大量咯血常危及患者生命,大多数咯血病例经药物及其它治疗可以治愈或缓解。少数患者因大量咯血发生突然,来势凶猛,患者一般情况差,处理不及时可导致失血性休克,两肺播散,窒息死亡。我院 1985~2000 年对 32 例大咯血病例实施急诊肺切除手术治疗,现结合文献作以下分析探讨。

临床资料

一、一般情况

1. 性别、年龄:32 例中男 21 例,女 11 例,年龄 16~67 岁,平均年龄 43 岁,其中 20~50 岁 26 例,

占 81%。

2. 咯血部位确定及病因:根据胸片及支气管碘油造影定位 12 例。根据病史、体征和胸片综合分析定位 19 例。纤维支气管镜检查定位 1 例。术后病理诊断为结核性毁损肺、空洞、结核支气管扩张症 27 例,单纯支气管扩张症 4 例。肺脓肿 1 例。

3. 病程,首次咯血至入院治疗病程 1 年以内 14 例。1~2 年 15 例,4~5 年 3 例,最短 3 个月,最长 5 年。

二、咯血情况

全部病例入院前均曾发生咯血,经内科治疗仍持续发生。24 小时咯血量:600~1000ml 17 例。>

1000ml 者 15 例。止血处理效果:经脑垂体后叶素、止血芳酸等止血药物及急救处理,咯血暂停 12 例,仍咯血不止,血痰不断 20 例。

三、术前检查

患者主诉术侧胸胀闷、胸痛 17 例,咯血侧闻及湿啰音 19 例,一侧呼吸音消失或减弱 5 例,两肺湿罗音 1 例,无异常 7 例。胸片病变侧肺不张、液气胸 2 例,空洞内有液平 3 例,病变扩大,边界不清或原有空洞模糊 18 例,同侧肺有播散病变 6 例。血压(BP)、血色素(Hb)测定:22 例入院时均属正常范围。术前输血补液后 Hb10g 以下仍有 9 例。BP 均有不同程度下降。

四、术前准备与麻醉术式

术前除应用各种止血药物外,给予镇静剂,镇咳药及使用抗生素预防感染。术前输血一般为 200ml,根据需要补液,纠正水电解质及酸碱平衡。麻醉均采用静脉复合麻醉,双腔管插管。术式:全肺切除 6 例,肺叶切除 26 例。

五、治疗效果及随访

32 例中术后 26 例恢复良好,其中 1 例术后保留气管插管,呼吸机辅助呼吸 3 天。2 例全肺切除后分别于术后 35 天至 6 个月行胸廓成形手术,手术经过顺利,愈合良好。3 例发生合并症占 10%,1 例术后发生支气管残端瘘,立即行闭式引流。2 例分别于术后第 2 天,第 5 天发生呼吸衰竭,即行气管切开,呼吸机辅助呼吸,经积极治疗病情缓解。术后随访 6 个月至 10 年,1 例术后 8 个月突发大咯血导致失血性休克,窒息死亡。3 例失访,余 28 例情况良好。

讨 论

文献报告,大约有 8% 的肺部疾病可发生咯血^[1]。最常见者为肺结核、肺化脓症、支气管扩张、损毁肺和肺癌等。上述肺部疾病因反复感染造成肺组织的炎性改变,毛细血管增生、扩张,血管壁弹性减弱,病变或肿瘤邻近的血管、支气管受侵蚀而破裂出血,经支气管咯出。大多数咯血病例经药物或其他治疗可治愈或缓解,少数患者虽经各种非手术治疗仍难以止血,此时保守治疗死亡率为 22% ~ 50%,而手术治疗存活率在 80% 以上^[2]。我院 1985 ~ 2000 年因大咯血而保守治疗 138 例患者,救治无效残废 43 例,死亡率为 30%。32 例急诊手术无 1 例死亡。大咯血反复发作,而且发生突然,发生时间无规律性,通过每次咯血量在 200ml 以上,有的一次

可达 1000ml 以上,若处理不及时,常因支气管内短时间吸入大量血液而造成窒息死亡。或因大咯血致血容量骤减导致失血性休克,还可致其它肺组织的播散而严重破坏肺功能。由于短时间丢失大量血容量,肺功能因原有病变及血液的播散而减损,患者病情危重,一般情况差,所以手术死亡率和并发症的发生率比常规择期手术升高 15% ~ 20% 和 17.6%^[3]。因此,经保守治疗不能阻止咯血及病情进一步恶化则可考虑积极准备后于近期内手术治疗。但对某些随时威胁生命的大咯血,尽管手术死亡和并发症发生率高,也必须实施急诊肺切除以挽救生命。

1. 急诊肺切除术的手术适应证和禁忌证:关于大咯血的临床定义各文献报告有所不同,我们根据临床经验认为:患者 24 小时内咯血量累计超过 600ml 和/或 24 小时内 1 次咯血量超过 200ml 属大咯血^[4]。所以大咯血的急诊手术适应证应根据威胁生命的严重程度而定,即当时或短期内再次发生大咯血可危及生命,或将严重破坏肺功能,导致呼吸衰竭。我们认为手术适应证为:(1)大咯血有立即发生窒息的危险;(2)经止血药物等处理仍咯血不止;(3)咯血已止,但病变侧或对侧肺有病灶或血行播散,若再发生咯血,可引起肺功能严重破坏而致呼吸衰竭;(4)一般情况差,且随时有再次发生大咯血可能性。大咯血急诊手术的禁忌症主要为:(1)两肺均有出血病灶;(2)出血不能准确定位者;(3)对侧肺有广泛病变、肺功能差;(4)低肺功能(肺活量实测值 < 40%);(5)一般情况极差,不能耐受手术;(6)有出血倾向或凝血机能障碍;(7)非原发性肺内出血;(8)晚期肿瘤大咯血者。

2. 急诊肺切除术前准备:

(1)大咯血的急救措施是急诊手术治疗的必要准备,了解患者既往咯血史是必要的,同时密切观察病情变化,患者一旦出现一侧肺部有发热感、恶心、咳嗽等大咯血前兆症状,应及时处理。大咯血发生时,患者绝对卧床,患侧卧位,咯血剧烈时采取头低足高位,拍击背部,防止血液或血块不能咳出而窒息。立即给予吸氧,给予镇静剂和镇咳药,迅速肌肉和静脉注射两种以上止血剂,对咯血量大应快速输血,在短时间内补充血容量,保持水、电解质平衡,尽快防止或纠正失血性休克的发生。保证输血、输液通道,对有休克症状或需大量输血的患者应作静脉切开。由于大咯血患者的肺功能可有不同程度的受损,床边 X 线摄片及动脉血气分析也是必要的。若无手术禁忌证,则应积极作手术准备。

(2)手术时机的选择:一般情况很差,搬运,备皮、插管等有可能诱发再次大咯血,过晚则有随时再发生大咯血的危险。因此,原则上手术不应拖延。

(3)出血部位的定位:一般咯血患者有肺部疾病史和既往咯血史,有患侧胸部不适,胀痛、发热等症状,听诊可闻及干湿啰音,有的患者可有血液来自何侧的感觉。X线可见空洞,团块或片状影。因此,根据病史、症状和体征,以及X线检查,对出血部位的定位不难。但是当两侧均有支气管扩张,或两肺均有病变,患者又无自我感觉,听诊两肺均有干湿啰音时,确定出血部位有一定困难。此时,应行纤维支气管镜检查明确出血部位,镜检应在大咯血停止后,但尚有少量血痰时最为合适,此时较易找出血点。大咯血时为纤支镜检查禁忌,因为即使镜检,物镜也为血液沾污而不能明辨,而大咯血停止后时间过长也不易诊断。文献报告,经上述各种方法仍不能确诊者,可行支气管肋间动脉造影,或于出血期注射造影剂,显示肺出血影象以利确诊^[5],我院认为对一时难以明确定位者不宜手术,盲目开胸易导致手术误切。

3. 麻醉及手术方式:通常双腔插管及静脉复合麻醉,气管插管一般无困难,但因大咯血患者支气管管内尚有少许凝血块,插管后应立即吸引,尽可能消除,有利于术中通气。手术以肺切除为好,行肺动脉结扎术、胸改术等由于病灶仍在胸腔内,治疗不彻底,术后问题较多。大咯血的急诊肺切除失血量,手术难易程度以及术后恢复情况与常规肺手术相仿,但合并症发生率比常规手术高。

4. 急诊肺切除治疗大咯血的有关问题:大咯血急诊肺切除术中和术后处理的主要问题是防止合并症和降低手术死亡率。我们的体会:(1)手术时间不宜过长,减少术中失血量。大咯血急诊肺切除是在短期内大量失血,一般情况差,病情危重的情况下进行的,长时间手术大量失血,显然不利于患者术后恢复。因此,手术要缩短时间,止血严密。(2)手术切除宜小不宜大,急诊肺切除的并发症高。患者体质

差,肺功能减损,所以,手术的打击越小越好,手术尽可能作肺叶切除,即使相邻肺叶有淤血,若无病灶,仍应保留为好。全肺切除应慎重,以免术后并发呼吸衰竭。(3)手术麻醉双腔插管及静脉复合麻醉,术中对气管、支气管内血液,凝血块吸引清除,尽量避免挤压肺脏,防止脓血向对侧播散,尽量吸尽肺内淤血,保证余肺复张:大咯血急诊手术中,常可见相邻肺叶有明显淤血,为保护该肺叶的功能,应尽可能吸尽肺内淤血,并充气使其充分复张,避免术后肺不张。(4)防止胸腔感染:大咯血急诊肺切除的最多见并发症为呼吸衰竭和胸腔感染。在松解胸腔粘连的过程中,防止病灶剥破,污染胸腔,宜采取胸膜外剥离,支气管残端缝合一定要可靠。根据本文 32 例的治疗,我们认为大咯血急诊肺切除术后应注意以下几点:(1)重视术后处理。因手术是继大咯血后对机体的又一打击,较常规肺手术对患者的影响更大,因此,术后应密切观察病情变化,静脉输血输液,并可适当输血浆,氨基酸等给以支持,抗生素防止感染,使患者顺利康复。(2)防止呼吸衰竭。对术前体弱,肺功能差,余肺或对侧肺有病变者,应充分给氧,协助咳痰,必要时支气管镜床边吸痰,防止发生肺不张,以免最终导致呼吸衰竭。

参考文献:

- [1] Mottox K L, Rao V K, Rizzi A, et al. Emergency resection for massive hemoptysis [J]. Ann Thorac Surg, 1974, 17: 120 ~ 122.
- [2] 丁嘉安, 周晓明. 急诊肺切除治疗大咯血外科处理[J]. 中华结核和呼吸系统疾病杂志, 1986, 9: 79 ~ 81.
- [3] Conlan A A, Cox R A, Hwang C H, et al. Management of massive hemoptysis with rigid bronchoscope and cold saline lavage [J]. Thorax, 1980, 12: 901 ~ 902.
- [4] 谈彬庸. 肺结核外科治疗现状和展望[J]. 中华结核和呼吸杂志, 1994, 2: 68 ~ 69.
- [5] Wagner R B, Kham S, Neimes R E, et al. Active pulmonary hemorrhage localized by selective pulmonary anglography [J]. Chest 1975, 10: 67 ~ 121.