

● 报告与分析 ●

慢性阻塞性肺疾病并自发性气胸 25 例临床分析

汪丙柱 邵海斌 郑磊

(浙江省舟山市中医院呼吸内科 舟山 316000)

关键词:慢性阻塞性肺疾病;并发症;自发性气胸;临床分析

中图分类号:R 563

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2004)05- 0059-02

通常自发性气胸分为 2 类:原发性自发性气胸 (PSP), 发生于无显著基础肺疾病者;继发性气胸(SSP), 并发于原有基础肺疾病者。自发性气胸有 2 个高峰期, 即 15~35 岁和 60~75 岁。前一高峰的发生与胸膜下气肿泡有关, 而 60 岁以后的第 2 个病高峰与阻塞性肺气肿肺大泡的病因密切相关。本文收集了本院 1999 年~2003 年慢性阻塞性肺疾病 (COPD)合并气胸者 25 例。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 25 例均符合 COPD 的诊断标准^[1]。胸片或 CT 均提示合并气胸存在。其中男 20 例, 女 5 例, 男女之比为 4:1; 年龄 45~79 岁 (平均 65 岁), 其中 60 岁以上者占 82%; 2 年内复发性气胸 4 例。

1.2 临床表现 缓慢起病者 6 例, 表现为呼吸困难逐渐加重; 突然起病者 19 例, 表现为胸闷气促, 端坐呼吸, 烦躁不安, 发绀, 冷汗, 脉速; 有典型气胸表现 13 例 (胸痛, 憋闷、气管向健侧移位, 语颤减弱, 叩诊鼓音, 呼吸音减弱或消失), 不典型者 12 例。

1.3 辅助检查 25 例均做血气分析, 酸碱正常者 3 例, 单纯呼碱者 7 例, 呼酸或合并代碱者 15 例。心电图心动过速 22 例, 肺型 P 波 20 例, X 线提示气胸 23 例, 2 例经 CT 明确为气胸。

1.4 并发症 少量胸腔积液 5 例, 呼衰 17 例, 心衰 11 例, 休克 2 例。

1.5 诊断情况 25 例中入院时即诊断 COPD 合并气胸者 20 例, 5 例误诊为 COPD 急性加重, 误诊时间 3~72h, 平均 6h, 误诊率 20% (5/25)。

1.6 治疗与结果 25 例均吸氧, 卧床休息, 补液, 抗感染, 合理使用支气管扩张剂, 纠正水电解质酸碱失调及对症治疗。20 例行胸腔穿刺, 其中 18 例行胸腔闭式引流, 3 例行穿刺抽气, 其中部 1 例并发张力性气胸紧急行胸腔闭式引流。24 例痊愈出院, 1 例死亡。平均肺复张时间 13d, 平均住院 21d。

2 讨论

2.1 2001 年 4 月美国国立心、肺、血液研究所 (NHLBI) 和世界卫生组织 (WHO) 继欧洲、美国等制订 COPD 诊治指南后, 发表了《慢性阻塞性肺疾病全球倡议》(GOLD), 更推动了对 COPD 的深入临床研究。目前认为 COPD 是一种具有气流受限特征的疾病, 气流受限不完全可逆, 呈进行性发展, 与肺部对有害气体或有害颗粒的异常炎症反应有关^[2]。COPD 患者因气道阻塞, 肺泡过度膨胀, 肺泡内压增高, 易使胸膜下

肺泡破裂, 气体进入胸膜腔内, 肺被压缩而产生气胸。COPD 并发气胸往往有如下特点^[3]: (1) 多见于 40 岁以上, 男性多于女性, 多发生于秋冬季节; (2) 起病可不突然, 常无明确诱因; (3) 胸痛程度不太剧烈; (4) 对于 COPD 患者的呼吸困难和发绀的突然或进行性加重应警惕自发性气胸的可能; (5) COPD 患者发生气胸时常为局限性, 所以诊断时除普通胸片外应进行多轴透视。

2.2 COPD 引起自发性气胸时, 临床表现常易被原有症状和体征所掩盖, 产生诊断上的困难, 究其原因在于: (1) 被原发病症状掩盖。此类患者平时即有不同程度的呼吸困难, 憋闷喘息等, 因而出现呼吸困难加重时, 常疑 COPD 加重。此时, 由于气胸压迫, 平时有效的平喘药物, 甚至加大剂量也不能缓解症状, 这时应想到合并气胸的可能。(2) 体征不明显。气胸的典型体征为叩诊鼓音, 呼吸音降低或消失, 由于 COPD 常伴肺气肿, 过度充气征, 此时合并气胸时很难区别。在老年或者伴有肺气肿过度通气者, 则更难鉴别。这就要求在病情加重时更需要仔细检查, 虽然气道痉挛, 呼气受阻, 呼气相喘鸣音传导时呼气音差别不大, 但气胸侧由于胸腔内积气, 限制了肺的扩张, 吸气音可出现差别。(3) 合并症并存。COPD 急性加重时常合并上呼吸道感染、粘液栓塞、酸碱失衡及心衰等, 易误认为病情加重系合并症所致, 忽略了气胸的存在, (4) X 线不易发现。X 线检查对气胸有很大价值, 但由于患者病情危重, 搬动不便, 因而常不能及时进行, 即使行床边 X 线检查, 也不易见到典型的气胸压缩线。局限性气胸者透视下缓慢的转动患者, 变换方向, 多轴透视可提高气胸的诊断; 呼气相摄片亦有助于发现少量气胸。(5) 病情重, 进展快, 多呈张力性气胸表现。由于胸内压力高, 支气管收缩, 气道陷闭, 因而相应通气区明显下降, 通气 / 血流比例显著改变, 产生大量分流。造成显著低氧血症, 进一步可造成 CO₂ 潴留, 危及生命, 多需及早诊断, 紧急处理。本组有 5 例 (5/25) 患者住院时误诊, 这可能因 COPD 与气胸并存时, 气胸的临床表现常被 COPD 急性加重的症状所掩盖, 医生往往把注意力集中于原发病, 忽视了后发的更严重的疾病, 并导致 1 例死亡。对高度怀疑而胸片无改变的局限性隐蔽气胸患者, 可进行肺 CT 检查, 以确定气胸的部位、范围; 无条件者在必要时可进行诊断性穿刺, 及时明确诊断, 避免延误病情^[3]。

2.3 一旦诊断为 COPD 合并气胸, 即应积极综合性治疗。首先给予吸氧, 卧床休息, 限制活动。其次积极处理原发病: 控制感染, 合理使用支气管扩张剂, 纠正代谢紊乱, 酌情使用糖

新生儿败血症伴严重应激性溃疡 1 例

马陆

(浙江省桐乡市洲泉中心医院儿科 桐乡 314513)

关键词:新生儿败血症;应激性溃疡;药物治疗;病例报告

中图分类号:R 722.13⁺¹文献标识码:B文献编号:1671-4040(2004)05-0060-01

患儿,男,3d,因发热半日于 2002 年 10 月 17 日入院。患儿系 GIP1,足月顺产,生时羊水Ⅱ度污染。生后家人迷信胎粪解尽方能进乳,故一直未予哺乳,仅予白开水口服,病程中不咳,无腹泻。因发热,39.5℃,前一日予头孢拉定 0.3g+地塞米松 1mg 肌注无效而入院。

体检:T 40℃,P 153 次/min,R: 70 次/min,神志清,精神萎靡,颜面苍白,营养发育一般,全身皮肤粘膜无黄染,瘀点、瘀斑,五官正,前囟平、软(1.5×1.5cm),胸廓对称、无畸形,HR 153 次/min,心律齐、无杂音,心音正常,双肺呼吸音正常,腹平、软,肝肋下 1.5cm,脾肋下刚及,脊椎四肢无畸形,弹足底反应可,有觅食反射但较弱,双侧克氏征(±)右侧巴氏征(+).

实验室检查:WBC 18.2×10⁹/L,GR 83.6%,LY13.7%,MO2.3%,Hgb 154g/L,PLT 356×10⁹/L,小便常规(-)。

治疗:入院考虑新生儿败血症,予益萨林 0.5g(V)gtt qd,青霉素 120 万 U(V)gtt qd,维生素 K₁ 5mg(v)qd,同时予 10%水合氯醛 1.5mL(E)st,安乃近稀释滴鼻。患儿体温第 2 日即降至 36.7℃。继予原治疗,并嘱母乳喂养。但下午 4:50 出现解黑便,急查 OB(++),予速止 1 支(V)st,无效。继之见口腔呕鲜血,便鲜血,持续至下午 6:30,仍不停。当时检查患儿颜面苍白,呼吸规则但微弱,四肢凉,口腔内见鲜血并间带新小鲜血块,肛门周围遍布鲜血。总量估计 80~100mL。急查血 BT,CT 均 3min,PLT 90×10⁹/L,由于每日予维生素 K₁ 5mg(v)故当即排除新生儿出血症、血小板减少症。遂诊断为应激性溃疡,同时验血点快速止住,也排除了 DIC 以及其他出血性疾病。当即从鼻腔内插入小号胃管,用 5%SB 液

20mL 针筒注入清洗胃部,反复冲洗至排出液呈少许淡红色液体,再注入 0.9% NS 20mL+ 去甲肾上腺素 0.3mL。后迅速拔出胃管。嘱禁乳,并急予输入新鲜血 60mL,西咪替丁 50mg(v)gtt qd,纳络酮 0.3mg(v)st。如此处理后患儿未再呕血,精神迅速好转。第 2 天再予 30mL 新鲜血液输入。大便在 10 月 20 日转为黄绿色便。嘱可进乳。2004 年 4 月 23 日查 Hgb: 110g/L,总输入血量达 90mL 后血色素仍 110g/L。入院时 154g/L,说明出血量超过 100mL,后继予制酸、抗炎处理,至哭声正常,进乳正常,反应正常后于 2002 年 10 月 27 日痊愈出院,出时外周血象:WBC 9.9×10⁹/L,GR53.2%,LY 44.4%,PLT 329×10⁹/L。

讨论:应激性溃疡是严重感染、烧伤、药物等诱发的一种危急重症。机理是应激激素分泌过多导致胃肠粘膜血流障碍,粘膜屏障破坏,H⁺逆行扩散等有关。新生儿应激性溃疡大多在胃部。新生儿应激性溃疡常出血较少,呕血量少,大多与胃内容物混合后呕出少量暗黑色内容物。象上述如此大量呕血,便鲜血,不间断危急表现实属罕见。究其原因可能与出生后未及时哺乳、胃酸性物质直接损伤胃粘膜,以及严重感染的诱发综合所致。呕鲜血、便鲜血一般量较大,新生儿总血量 300mL,出血量超过总量的 1/5 可以出现休克及贫血。如此危重患儿治疗成功得益于快速有效的止血方法,及时的鲜血输入。注意与新生儿出血症、血小板减少症,以及其他出血性疾病鉴别。传统的内科保守疗法仍不失为一种很好的方法。注意插管时将患儿侧卧位,避免血液反吸入支气管内。

(收稿日期:2004-05-09)

皮质激素及对症治疗等。而气胸治疗则需采用分步治疗和个体化治疗:(1)休息观察。气胸时肺压缩<20%的闭合性气胸不需抽气(肺功能极差者除外),仅卧床休息,每日可吸收胸腔内气体容积的 1.25%。而高浓度氧疗法(面罩呼吸,持续吸入氧流量 3L/min,或间断吸入氧流量 16L/min)可使气胸气体吸收的速度提高达 4.2%,肺完全复张时局明显缩短^[4]。(2)穿刺抽气。该法唯一目标是排出气体,使肺复张。方法简单,创伤性小,费用低。但其不利之处无确切防止复发的功能,其次成功率也变化很大。本组有 3 例行穿刺抽气,其中 1 例在穿刺抽气过程中并发张力性气胸,而紧急行胸腔闭式引流。(3)胸腔闭式引流术。由于休息观察及穿刺抽气均有局限性,因而许多学者考虑更积极的方法,建议对于大多数 COPD 合并气胸患者均予以胸腔插管。本组 18 例患者成功行胸腔闭式引流,留管 7~10d,期间观察记录漏气情况,如裂

口关闭,次日夹管,胸片复查未发现气胸,24h 后拔管。(4)防治气胸复发。据报告首次气胸后约有 20%~30%患者在 2 年内复发,第 2 次发生气胸中再次发生气胸的比率更高^[4]。预防其复发的方式主要有胸膜粘连术,外科干预尤其电视胸腔镜(VAT)的发展及电烙、激光等去除肺大泡等。

参考文献

[1]中华医学会呼吸病学会慢性阻塞性肺疾病学组.慢性阻塞性肺疾病诊治指南[J].中华呼吸和结核杂志,2002,25(8):453~460

[2]施毅,陈正棠.现代呼吸病治疗学[M].北京:人民军医出版社,2002.483~487

[3]李公舜、周健军,陈建建.成人自发性气胸 32 例误诊漏气原因分析[J].现代诊断与治疗,2002,13(2):119~120

[4]陈灏珠.实用内科学[M].北京:人民卫生出版社,2001.1652~1654

(收稿日期:2004-03-05)