

双管闭式引流治疗COPD 合并张力性气胸的体会

蔡其桂 曾贱庚 李林

(江西省吉安市中心人民医院 吉安 343000)

关键词:COPD;张力性气胸;双管闭式引流

中图分类号:R 561.4

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)04-0068-02

我科自 2001 年 3 月~2005 年 3 月共收治 17 例慢性阻塞性肺病(COPD)合并张力性气胸患者,均行上下胸腔引流管闭式引流,13 例效果良好。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组共 17 例,男 16 例,女 1 例;年龄 47~81 岁,平均 61.2 岁;COPD 病史 11~43 年;气胸首次发作 15 例,二次发作 2 例;10 例合并急性肺部感染,4 例高血压,3 例肺心病,3 例糖尿病,2 例冠心病,2 例陈旧肺结核,1 例支扩。胸片提示单侧肺压缩 50%~90%。所有患者根据病史、体检、胸片诊断为 COPD 合并张力性气胸。

1.2 方法 6 例入院后急行胸穿抽气缓解症状,随后行双管胸腔闭式引流,余 11 例均同期行双管胸腔闭式引流。插管部位为患侧锁骨中线第 2、3 肋间和腋中线第 6、7 肋间,上述部位若存在粘连,另选择气胸明显处肋间或上一肋间插管,常选用细管引流,同时给予吸氧、解痉平喘、化痰、抗炎等处理。4 例 2 周后仍漏气,其中 2 例向胸腔注入粘连剂使胸腔粘连,余 2 例 2~3 周后行开胸手术。

病理检查囊壁为纤维肉芽组织、无内衬上皮。随访 4 个月~5 年,均无腰部酸胀,保留肾脏 5 例 B 超复查均无囊肿复发。

2 讨论

2.1 尿囊肿形成条件 肾周尿囊肿因肾及输尿管上段慢性尿外渗而形成包绕性假性囊肿,多为外伤或手术所致。当肾及输尿管上段损伤后,尿液经破裂处溢至肾周组织,肾周脂肪在尿液刺激下液化,2~5d 后由纤维组织包裹形成。因此有肾假性囊肿、肾旁假性囊肿、输尿管假性囊肿、肾周囊肿、肾脏水囊肿之称。本病的形成有 3 个基本条件:(1)有能产生尿液的正常肾脏,(2)肾集合系统损伤后尿液外渗至肾周组织,(3)存在输尿管梗阻因素。临床常不易发现梗阻因素,外伤后输尿管内血块引起的梗阻或腔外血肿压迫是常见原因,此外也有输尿管结石引发输尿管破裂,形成肾周尿囊肿的报道。本组 4 例有外伤、血尿史,1 例有肾盂结石史,均存在输尿管梗阻因素,具备形成尿性囊肿的基本条件。

2.2 形成时间 尿囊肿的形成约在伤后 1 个月~9 年^[1]。对肾挫裂伤者在外伤 4 周后应警惕本病的发生,并注意病人腰腹部症状、体征及行 B 超、CT 复查。本组 5 例 6 人次有 1 人次入院时仅诊断为肾挫裂伤,行对症治疗症状好转即出院,2 年后出现包块伴上腹胀痛,再次入院经重新检查诊断肾周假性尿囊肿手术治愈。其余病例均在伤后 1 年以上才得以就诊,往往对肾实质造成一定损害。

2.3 诊断 由于囊内积液张力高,IVU 检查时伤肾往往不显影或造影剂不能进入囊肿,也不能发现瘘管,对本病诊断作

1.3 结果 除 2 例胸腔注药行胸膜粘连术和 2 例行开胸术患者外,余肺破口闭合停止漏气时间分别为 1~21d,平均 7.6d。

2 讨论

COPD 合并张力性气胸为胸外科常见急诊,随着人口老龄化,此类患者日趋增多,且起病急骤凶险,抢救不及时可致死亡。此类患者因存在 COPD 及其它慢性肺病,肺弹性差,肺基础功能差,气胸发作前往往存在肺功能不全,单侧肺压缩 20%时,就存在明显的呼吸困难和呼吸功能不全^[2],若存在胸膜粘连、胸膜肥厚和支气管狭窄时,则肺破口不易闭合^[3],持续开放,或形成活瓣,产生张力性气胸^[4],此时胸穿抽气仅为急救处理,仍需置胸管引流^[5]。采用上下双管胸腔闭式引流,排气快且充分,能使肺尽快复张,缓解症状快^[6]。对于存在胸膜粘连的患者,因肺萎陷时牵拉肺破口,导致破口持续开放和持续漏气,充分复张肺,有利于破口闭合;对于合并支气管狭窄和支气管哮喘患者,因缺氧时会反射性引起支气管痉挛,形成恶性循环,加重缺氧,尽快复张肺,改善缺氧症状后,支

用不大。而逆行肾盂造影检查(本组 3 例)均见到瘘管并显示囊肿,结合 CT 检查囊肿为低密度影且不随注射造影剂而强化,从而可明确诊断。通过 CT 值测定或增强扫描可以与肾周血肿、肾周积脓等疾病相鉴别。文献报道尿性囊肿 CT 值一般在 -10~20 HU,而血肿 CT 值为 20~80HU,肾周脓肿常有气体且囊肿异形、囊壁不规则^[7]。左侧肾周尿囊肿应与胰腺假性囊肿相鉴别。我们体会肾挫裂伤病人伤后 1 个月须复查 B 超,一旦发现肾周液性暗区宜进一步作 IVU、RPG、CT 或 MRI 等检查,以早期确诊及时采取措施。

2.4 治疗 本病的治疗应根据有无输尿管梗阻及就诊早晚分别处理。对外伤后早期发现并且无输尿管结石等梗阻者可以穿刺抽吸加囊内硬化剂注射治疗。对外伤后确诊有瘘管者和无外伤史但有输尿管梗阻疾病如输尿管结石、肿瘤等疾病继发的肾周尿囊肿,宜手术治疗,在去除病因的同时处理囊肿,囊肿处理包括囊肿切除、囊肿去顶、囊壁与后腹膜袋行缝合。为预防术后囊肿复发,可在肾周脂肪置皮管引流。术中应尽量保留有功能的肾脏,并通过静脉注射靛胭脂找到瘘管予以切除或充分肯定瘘管已闭塞。

参考文献

[1]韩振藩,李冰清.泌尿外科手术并发症[M].北京:人民卫生出版社,1993.37~50

[2]Sorgman JA, Langevin E, Banks PA.Urinoma masquerading as pancreatic pseudocyst[J].Inter J Pancreatolgy,1992,11: 195~198

(收稿日期: 2007-01-30)

中风患者急性期血清心肌酶谱的变化

祝红明

(浙江省舟山市人民医院 舟山 316000)

关键词:急性中风;心肌酶谱;血清;分析

中图分类号:R 255.2

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)04-0069-01

中风患者急性期血清心肌酶谱常常有不同程度的变化,有报道其异常率约 64.42%^[1]。笔者对 2004 年 6 月~2006 年 6 月在我科急诊的中风患者做了相关检测,现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 共分 3 组,(1) 脑出血组 36 例,其中男 20 例,女 16 例,年龄 25~89 岁;(2) 脑梗死组 42 例,其中男 24 例,女 18 例,年龄 45~88 岁;(3) 对照组 30 例,其中男性 17 例,女 13 例,年龄 18~78 岁,为同期健康体检人群。

1.2 方法 所有患者均根据急诊 CT 诊断分入相应组中,并同时抽取静脉血测定血清心肌酶谱,测定项目包括谷草转氨酶(AST)、肌酸激酶(CK)、肌酸激酶同工酶(CKMB)、乳酸脱氢酶(LDH)。

1.3 统计学处理 应用 PEMS3.0 统计软件,采用 *t* 检验。

2 结果

2.1 3 组数据比较 脑出血组与脑梗死组比较 *P*>0.05,脑出血组与对照组比较 *P*<0.05,脑梗死组与对照组比较 *P*<0.05。结果见表 1。

表 1 3 组血清心肌酶谱比较 ($\bar{X}\pm S$) U/L				
	AST	CK	CKMB	LDH
脑出血组	25.1± 12.56	216.1± 223.65	18.50± 12.03	230.25± 86.12
脑梗死组	22.6± 11.96	198.5± 203.65	16.12± 11.63	220.36± 91.03
对照组	17.36± 9.26	123.12± 91.36	10.69± 6.32	163.86± 31.89

2.2 异常检出率 脑出血组病人血清中 AST、LDH、CKMB、CK 异常的检出率较高,与对照组之间差异有显著性 (*P*<0.01)。结果见表 2。

表 2 3 组血清心肌酶谱异常检出率比较 例(%)				
	AST	CK	CKMB	LDH
脑出血组	16(44.44)	25(69.44)	12(33.33)	22(61.11)
脑梗死组	15(35.71)	23(54.76)	11(26.19)	19(45.24)
对照组	2(6.67)	3(10.00)	2(6.67)	3(10.00)

3 讨论

心肌酶正常存在于心肌、骨骼肌、肝脏、肾脏及脑组织

气管痉挛也随之消失,同时使狭窄支气管远侧肺泡残气量减少,有利于破口闭合;少数患者上下胸腔存在分隔,行双管引流有利于萎陷肺分别复张;合并胸腔积液和胸腔感染的患者,双管引流不仅排气,同时能尽快排出积液。双管引流排气快且充分,不易产生皮下气肿,减轻了病人的心理负担,有利于病情恢复。

COPD 合并张力性气胸的患者,胸腔闭式引流时间相对较长,长时间置管易在管周形成粘连和包裹^[4],或胸腔坏死组织脱落,阻塞引流管,此时选择双管引流不失为一种较佳选择。综上所述,COPD 合并张力性气胸选择双管闭式引流是可取的。

中,这些脏器和组织损害时会引起心肌酶谱的改变。而 CKMB 只存在于心肌中,对心肌损伤有较高的特异性。如果以单项指标来判断心肌损伤,其特异性较差,但结合 AST、CK、CKMB、LDH 四项指标综合判断,可以提高诊断率^[2]。

中风患者心肌酶谱改变的机制^[3],可能有以下途径:(1) 中风后影响下丘脑功能,致交感—肾上腺功能异常,儿茶酚胺合成增多,引起心肌细胞局灶性坏死及收缩装置改变,增加冠状动脉内小血管收缩及痉挛,使心肌缺血、缺氧、损伤;(2) 中风后脑干功能受损,使延髓心血管中枢功能失调致心电生理异常;(3) 中风后凝血酶增加,继发凝血—抗凝—纤溶状态失调,血液高凝状态,冠状动脉供血减少,心肌损伤,心电紊乱,酶谱增高;(4) 中风患者大多数是高血压、高血脂及全身动脉硬化的结果,常有不同程度的冠状动脉硬化存在,中风后患者处于应激状态,加重心肌损害,或心脑血管同时发生;(5) AST、LDH、CK 等亦广泛存在于脑组织内,中风时由于神经细胞和脑毛细血管内皮细胞变性坏死、酶的漏出及血脑屏障的破坏而引起血心肌酶升高。

我们的研究结果表明,急性中风病患者存在明显的心肌酶谱改变,血清 AST、LDH、CKMB、CK 明显增高,与对照组比较差异具有显著性。同时 LDH、CK 的异常检出率较高,表明中风病患者血清心肌酶谱明显异常,测定患者的血清心肌酶谱有助于疾病的诊断。但能否作为中风病情、预后的观测指标,有待进一步研究。

参考文献

[1]李卫飞,周志明.急性脑卒中神经源性心脏损害 67 例分析[J].神经疾病与精神卫生,2004,4(4):314~316
[2]俸军林,林剑锋,曾爱源,等.急性脑血管病患者心肌酶谱改变及其临床意义[J].临床荟萃,2003,18(13):742~744
[3]吴治夫,谭盛.急性脑血管病对心肌的损害[J].中华神经医学杂志,2005,4(7):708~709

(收稿日期: 2007-02-02)

参考文献

[1]丛玉芳.老年人自发性气胸的临床特点[J].北京医科大学学报,1994,26(4):307
[2]刘维佳,张湘燕,姚红梅.147 例老年自发性气胸临床分析[J].贵州医学,2004,28(3):251~252
[3]陶仲为.自发性气胸治疗方法的商榷[J].中国实用内科杂志,1994,14(4):240
[4]刘雪白,孙慨,李广群.胸腔闭式水封瓶引流在救治老年自发性气胸的应用[J].中国危重病急救医学,1995,7(5):293
[5]曾庆沼.慢性阻塞性肺病加重期合并气胸 13 例[J].临床肺科杂志,2005,10(1):102

(收稿日期: 2007-01-14)