

电视胸腔镜辅助治疗自发性壁层胸膜外血肿破裂致血胸 1 例

张 瑛 白 舒 丁国强 刘鸿运 张大勇 于四海

(承德医学院附属辽宁省朝阳市中心医院心胸外科, 朝阳 122000)

中图分类号: R655; R561.5

文献标识: D

文章编号: 1009-6604(2011)01-0093-02

2004 年 4 月我院电视胸腔镜辅助下治疗右侧自发性壁层胸膜外血肿致右侧血胸 1 例, 同时术中出现复张性肺水肿, 报道如下。

1 临床资料

患者男, 54 岁, 因突发右下胸痛伴胸闷气短 13 d 于 2004 年 4 月 16 日入院。无明显诱因发病, 发病后胸痛难以忍受并向右肩部放散, 曾经在当地医院先后诊断为“肾结石、胆囊炎”, 给予镇痛等治疗后疼痛缓解, 但仍然有明显的气短。胸部 X 线片检查发现“右侧大量包裹性胸腔积液”, 胸腔穿刺仅抽出数毫升血性液, 转入我院治疗。

入院查体: 一般情况良好, 呼吸平稳, 无贫血貌, 步入病室。气管稍向左偏, 右胸呼吸动度减低, 叩诊

浊音, 右肺前胸部听诊呼吸音弱, 后背部听诊呼吸音消失, 左肺呼吸音正常。辅助检查: 血常规 WBC $17.4 \times 10^9/L$ 、RBC $4.21 \times 10^9/L$ 、Hb 105 g/L、HCT 40.1%、PLT $289 \times 10^9/L$; 凝血项 PT 9.8 s、APTT 27.4 s、Fbg 2.71 g/L、TT 14.7 s。胸正位片示右胸腔一致性密度增高, 诸肋间未见明显增宽及狭窄, 纵隔轻度左移, 未见横膈影像, 余未见明显异常, 考虑大量胸腔积液(图 1)。胸部 CT 纵隔窗图像示整个右胸腔外围大部分呈液性密度影, CT 值 32.60 HU, 后部又见片块状不均匀高密度影, CT 值 58.38 HU, 胸膜缘较光整, 邻近肺组织受压迫, 纵隔轻度左移, 横膈降低, 胸廓前后径增大(图 2)。B 超显示右胸腔大量包裹性积液, 内见交错分布的条状低回声影。

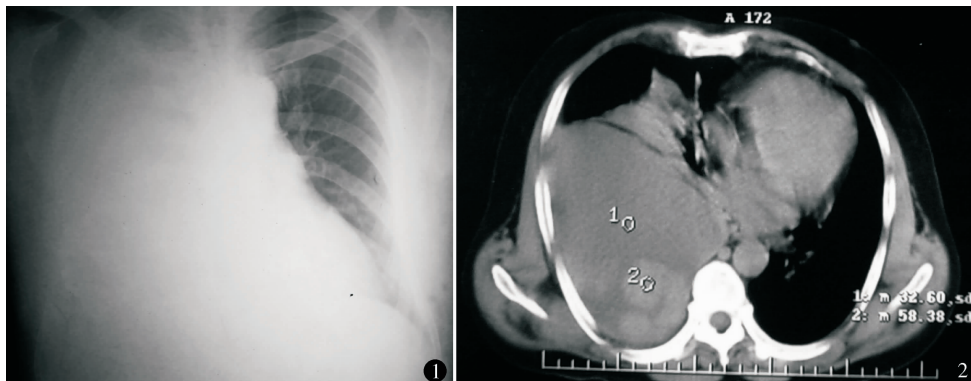


图 1 胸部正位片示右侧全胸腔一致性密度增高, 诸肋间未见明显增宽及狭窄, 纵隔轻度左移

图 2 CT 纵隔窗图像示右胸腔外围大部分呈液性密度影, 后部片块状不均匀高密度影, 胸膜缘较光整, 邻近肺组织受压迫, 纵隔轻度左移

全麻双腔气管插管下胸腔镜手术探查。左侧卧位。取腋中线第 6 肋间 1.5 cm 切口为观察口, 腋前线第 4 肋间 2.0 cm 切口为操作口。镜下见胸腔内暗红色陈旧积血 1500 ml, 吸除积血后见右肺上叶与胸壁呈幕状粘连, 相当于右肺上叶后段部位可见一直径 1.0 cm 深洞。考虑为肺内病变破溃, 镜下无法处理, 可能需要行肺叶切除术。遂于第 5 肋间辅加 15 cm 的切口进一步探查, 打开胸腔后发现镜下所

见肺粘连及深洞为壁层胸膜外巨大广泛血肿, 将壁层胸膜向前剥离推开, 胸膜上的破口造成胸腔内积血, 后胸壁壁层胸膜明显增厚, 血肿范围从胸顶处沿侧后胸壁一直延续至后肋膈角处。胸腔镜辅助下清除血肿, 未发现明显的出血点, 尽量切除已经从胸壁剥离的壁层胸膜, 冰冻病理结果为胸膜变性, 诊断: 右侧自发性壁层胸膜外血肿破裂致血胸。手术过程中, 麻醉师发现从右侧支气管有稀薄的淡红色液体

呈点滴状流出,总量约 300 ml,考虑为复张性肺水肿,及时采取保持呼吸道通畅、正压通气、控制输液、强心、利尿以及激素等处理措施。术后自主呼吸恢复满意,拔管回病房。术后咳淡血性泡沫痰 3 d,但无明显的呼吸功能障碍。术后 9 d 出院,出院时胸片显示右胸少量包裹性积液。随访 64 个月未复发。

2 讨论

自发性壁层胸膜外血肿并造成血胸的病例临床罕见。我们在追问病史时,病人自幼即有受轻微外伤后出现皮下淤血的病史,但术前常规检查凝血功能未见异常。我们考虑病人在发病之初因为剧烈胸痛由其家人用手拳敲打胸背部希望能缓解疼痛,可能加重了出血,造成血肿范围扩大。随着血肿内压力增大,造成局部薄弱的壁层胸膜破裂,血肿内血液进入胸膜腔导致大量血胸,但是壁层胸膜外仍然有大量的血凝块。当地医院在胸腔穿刺时穿刺针也仅仅是进入血肿内,造成胸腔积液分隔包裹的假象。

(上接第 91 页)

如合并对侧斜疝,只需同法在对侧内环口处以带线缝针高位结扎疝囊即可。术毕脐部切口分层缝合腹膜及皮肤,以防切口疝,其余切口无须缝合,敷料包扎即可。

2 结果

本组 126 例用腹腔镜下带线缝针完成腹股沟疝内口关闭术,手术时间 10 ~ 30 min,平均 17 min,无阴囊血肿、精索损伤等并发症。术后 6 h 即可进食,并下床活动。术后 1 ~ 2 天出院。对术后患儿进行电话随访,满 1 年 32 例,满 2 年 51 例,满 3 年 42 例,其中 1 例 7 岁患儿术后 5 个月复发,其余病例无复发。

3 讨论

小儿腹股沟疝几乎均为斜疝,直疝罕见,仅见于膀胱外翻或结缔组织病^[1],主要是出生后腹膜鞘状突闭合不全。鞘状突闭合不全分为完全开放和部分未闭,小儿发生率在 0.8% ~ 4%,部分鞘状突未闭的患儿可无临床表现^[2],成为隐性疝,日后可能发生鞘膜积液或斜疝。患儿在腹内压增加的情况下,腹腔内脏经未闭合的鞘状突管突出于腹股沟区及阴囊内,为显性斜疝。可发生于单侧,也可发生于双侧,一旦发生在半岁以后不愈者,其自愈机会很小,都应手术治疗。对小儿腹股沟疝,一般不需做腹股沟管壁修补,仅行疝囊高位结扎即可^[3]。

腹腔镜技术是微创外科最具代表性的手段,具有创伤小、痛苦轻、恢复快、腹壁瘢痕轻微、腹腔干扰小、切口感染等并发症发生率低的优点,在小儿外科临床上的运用已逐步广泛^[4]。我院在腹腔镜下利用自行设计的带线缝针来完成腹股沟疝内环口疝囊

我们选择电视胸腔镜手术探查是正确的,但因为缺乏对该种特殊病例的认识,术中未仔细探查病变就中途改为电视胸腔镜辅助的开胸手术,教训值得吸取。

手术过程中出现复张性肺水肿,可能因素有:①病人肺受压萎陷时间较长(2 周),提醒我们对此类病人术前、术中应有所准备和应对预案;②术中吸除胸腔积血后请麻醉师反复膨肺检查肺有无病变,复张肺过快,应该自然缓慢加压逐渐复张;③复张肺之前应给予“甲泼尼龙琥珀酸钠”等药物预处理,以减少肺复张后渗出^[1]。本病例虽然经过积极处理未造成严重后果,但教训值得借鉴。

参考文献

- 1 尤新民,金熊元,鲍泽民.胸腔镜手术中发生复张性肺水肿三例.中华麻醉学杂志,1997,17(4):252. (收稿日期:2009-11-11)
(修回日期:2010-03-12)
(责任编辑:李贺琼)

高位结扎,具有以下优点:①手术时间短,10 ~ 30 min;②术后恢复快,6 h 可下床活动,伤口疼痛轻;③并发症少,无术后发热、精索损伤、阴囊血肿等并发症;④由于在腹腔内缝合结扎疝囊,真正达到高位结扎的目的,相对复发率低;⑤美观,腹壁仅耻骨联合上方有约 0.3 cm 手术瘢痕,脐部瘢痕因在脐上,位置隐蔽,愈合后不易发现,内环口处为针眼,瘢痕不明显;⑥可在术中发现对侧隐性斜疝而同时处理,避免转为显性斜疝再手术带来的痛苦和经济负担;⑦自行设计的带线缝针制作简便,操作简单,利于缝合,完成荷包缝合后易将置入腹腔内的缝线带出体外,在体外打结,克服了传统方法在体内缝合,打结技术要求高,还需增加一个穿刺孔辅助操作等缺点。

对于患儿一般情况差,合并其他疾病不能耐受腹腔镜手术,内环口较大,腹股沟管壁薄弱,以及 10 岁以上儿童,腹股沟管壁发育已渐趋完善者,仍以传统手术方式为佳。腹腔镜下疝内口关闭术相对传统手术费用略高,但随着人们对医疗质量的要求提高,腹腔镜小儿疝内口关闭术以其自身的优越性得到人们的认可。

参考文献

- 1 王果.小儿外科手术难点及对策.北京:人民卫生出版社,2006. 234.
- 2 张金哲,潘少州,黄澄如,主编.实用小儿外科学.杭州:浙江科学技术出版社,2003. 513-514.
- 3 刘嘉林,周汉新,余小航,等.腹腔镜小儿腹股沟斜疝内环缝合联合疝囊高位结扎术.中国微创外科杂志,2006,6(2):139-140.
- 4 陈美章.小儿腹腔镜及其临床应用.中国实用儿科杂志,1999,14(4):207-208.

(收稿日期:2009-10-19)

(修回日期:2010-09-28)

(责任编辑:王惠群)