

- 7 Koos WT, Spetzler RF, Lang J. Color atlas of microneurosurgery. Vol. (1). 2nd. New York: Thieme Medical Publishers, 1993. 8476-8481.
- 8 Wilkins RH, Rengachary SS. Neurosurgery. Vol. (3). 2nd. New York: McGrawHill Health Professional Division, 1995. 1559-1571.
- 9 周良辅, 杜辉标. 巨大型颈静脉球瘤的诊断和治疗. 中国神经精神杂志, 1998, 24: 342-344.
- 10 周良辅. 颈静脉球瘤. 见: 周良辅, 陈衍城. 神经外科手术图解. 第 1 版. 上海: 上海医科大学出版社, 1998. 217-223
- 11 史玉泉. 颈静脉球瘤. 见: 史玉泉. 实用神经病学, 第 2 版. 上海: 上海科学技术出版社, 1994. 590-591.
- 12 陈福真, 吴肇光. 颈动脉体瘤. 见: 石美鑫, 熊汝成, 李鸿儒, 吴肇光. 实用外科学. 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 1992. 923.

(收稿日期: 2001-02-28)

(本文编辑: 高宏)

· 诊治经验 ·

大咯血的急诊外科治疗

朱余明 丁嘉安 董稳圆

1965 年 6 月 ~ 1998 年 10 月, 我们对 16 例大咯血患者施行急诊手术, 现报告如下。

1. 临床资料: 本组 16 例大咯血患者中, 男性 13 例, 女性 3 例; 年龄 18 ~ 65 岁, 平均 43 岁。其中结核性肺空洞 9 例, 结核性支气管扩张症 2 例, 非结核性支气管扩张症 3 例, 肺隔离症 1 例, 非结核性毁损肺 1 例。11 例结核性病变中, 痰菌阳性 4 例, 痰菌阴性 3 例, 未查 4 例。16 例患者均采用静脉复合麻醉, 双腔气管插管。本组 1990 年以前患者 10 例, 1990 年以后 6 例。1990 年以后的患者中, 5 例复发性咯血者均在出血间歇期进行 CT 检查。手术方式: 肺叶切除 9 例, 全肺切除 5 例, 双叶切除 1 例, 余肺切除 1 例。术前患者总咯血量 900 ~ 10 000 ml, 平均 4 474 ml; 1 次最大咯血量 400 ml ~ 2 000 ml, 平均 1 091 ml。术中出血量 300 ~ 4 500 ml, 平均 1 783 ml; 术中输血量 800 ~ 4 200 ml, 平均 2 109 ml。

2. 结果: 本组患者 14 例 (87.5%) 术后停止咯血; 10 例 (62.5%) 术后发生不同程度的并发症, 包括肺不张 3 例次, 脓胸 3 例次, 呼吸功能衰竭 2 例次, 气胸、血胸、支气管胸膜瘘、食管瘘、肺水肿、尿毒症、心律失常各 1 例次; 死亡 2 例, 1 例原有系统性红斑狼疮史, 术后并发尿毒症死亡, 1 例术后因咯血不能控制, 窒息死亡。

3. 讨论: 24 h 内咯血量超过 600 ml 或单次咯血量超过 300 ml 即可诊断为大咯血。大咯血的病因, 较常见的有结核

空洞、支气管扩张症、曲菌感染、肺脓肿、肺隔离症等。根据患者的病史、体征及胸部 X 线片的动态变化, 病因诊断并不困难。大咯血发作初期的胸部听诊对判断出血部位具有重要意义。CT 检查对大咯血的定性、定位诊断具有重要的参考价值。手术前纤维支气管镜检查可以明确出血部位, 确定手术范围^[1]。但对咯血量大的患者应慎重, 尤其对每次出血量在 100 ml 以上且处于急性出血期的患者应禁用, 以免血液流入健侧肺, 造成诊断困难及加重缺氧。

大咯血的内科治疗包括垂体后叶素、立止血等止血药物的应用^[2], 以及酚妥拉明、阿托品、心得安等血管活性药物的应用^[3], 但其效果为近期疗效, 复发率高。近年来广泛开展的支气管动脉栓塞术, 其直接止血率可达 77.0% ~ 95.1%^[4,5], 明显优于内科治疗效果, 但其复发率可达 15.3% ~ 37.5%^[4,6]。支气管动脉栓塞术仅能起到控制出血的效果, 对咯血为主的支气管扩张症效果较好, 而对结核、肺脓肿等感染性疾病如原发病变不能得到有效控制者效果较差。对不可逆性病变所致咯血患者, 支气管动脉栓塞术仅作为过渡性措施, 出血控制后, 应择期手术切除病灶。手术适应证: (1) 初发或复发性大咯血, 有窒息先兆者; (2) 短时期内反复大咯血, 既往有窒息抢救史者; (3) 一叶肺或一侧肺有不可逆病变 (如空洞、毁损肺或支气管扩张症等), 对侧无病变或病变稳定者; (4) 在正规抗痨或抗炎治疗情况下仍出现大咯血者; (5) 出血部位能确定者; (6) 患者全身重要脏器功能耐受手术者。

大咯血手术必须采用双腔气管插管, 既可以判断出血部位, 又可以隔绝血液向对侧播散。手术尽可能保留可逆性病变的肺组织。对出血量大的病例, 应尽快处理支气管, 控制出血, 减少术中血液流入正常肺的机会。大咯血患者一般情况较差, 常伴有贫血、低氧血症、电解质紊乱及酸硷平衡失调等内环境紊乱, 术前应尽可能予以纠正, 同时应充分估计患者心、肺、肝、肾等重要脏器的功能。炎症或结核未能得到有效控制的大咯血患者, 术中出血量、输血量, 并发症发生率高。预防措施包括术后抗菌素冲洗残腔、残端包埋、术后呼吸支持及营养支持等。术后应加强抗痨、抗炎治疗。

参 考 文 献

- 1 陈锐, 胡华成, 胡筠珠, 等. 咯血 X 线胸片阴性患者的纤支镜检查结果分析. 苏州医学院学报, 1998, 18: 825.
- 2 黄德才. 立止血与垂体后叶素联合治疗肺结核大咯血的临床分析. 中国防痨杂志, 1998, 20: 189-190.
- 3 纪树国, 赵建忠, 宋艳红. 扩缩血管药联合应用对支气管扩张并大咯血的治疗观察. 中华结核和呼吸杂志, 1999, 22: 245.
- 4 Mal H, Rullon I, Mellot F, et al. Immediate and long-term results of bronchial artery embolization for life-threatening hemoptysis. Chest, 1999, 115: 996-1001.
- 5 Gimeno Peribanez MJ, Madariaga B, Alfonso Aguiran ER, et al. Life-threatening hemoptysis: treatment with transcatheter embolization. Arch Bronconeumol, 1999, 35: 379-384.
- 6 Bustamante M, Garcia-Valtuille R, Agüero R, et al. Bronchial embolization in the treatment of hemoptysis. Arch Bronconeumol, 1998, 34: 479-483.

(收稿日期: 2001-04-12)

(本文编辑: 高宏)

作者单位: 200433 上海肺科医院外科