

肺曲菌球病 65 例报告

谢博雄 唐明娟 王海峰 吴祥秀

【摘要】 目的 总结 65 例肺曲菌球病的诊断和外科治疗经验。**方法** 对 65 例肺曲菌球病进行临床分析,行择期手术 57 例,急诊手术 8 例。**结果** 术后大都无症状。有 5 例发生并发症(脓胸 2 例,支气管胸膜瘘 1 例,伤口感染 2 例),均治愈。随访 1~44 年,无 1 例复发。**结论** 肺切除术是治疗本病较妥当的一种方法。

【关键词】 肺曲菌球 外科治疗 结核病

Diagnosis and management of 65 cases of pulmonary aspergilloma XIE Boxing, TANG Mingjuan, WANG Haifeng, et al. Department of Thoracic Surgery, Shanghai First Pulmonary Hospital, Shanghai, 200433

【Abstract】 Objective To review the experience of surgical treatment and diagnosis of pulmonary aspergilloma after pulmonary section. **Methods** The patients with pulmonary aspergilloma were evaluated, for whom 57 cases were operated on at different time and 9 cases were operated on immediately. **Results** All cases were survival. Post-operative complications occurred, including empyema(2), bronchopleural fistula(1), and wound infection(2). Most of the patients were symptom-free. **Conclusion** With appropriate preoperative evaluation and judicious surgical technique, surgery is the preferred treatment for eradicating the tumor and for curing the underlying disease.

【Key words】 Pulmonary aspergilloma Surgical treatment Tuberculosis

我院胸外科自 1956 年 9 月至 2000 年 9 月共手术治疗 65 例肺曲菌球病人,均经病理检查明确诊断。本文对此病的诊断、手术适应证和外科治疗疗效进行探讨。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 43 例,女 22 例;年龄 19~73 岁;病程 0.5~42.5 年,平均 6.9 年。病变大多位于上叶(右 32 例,左 29 例),右下肺 3 例,左下肺 1 例。入院前诊断为肺曲菌球病 58 例(89.2%),肺癌 3 例,肺结核 2 例,肺囊肿 2 例。术前有结核病史 52 例(80.0%),从诊断为肺结核发展到肺曲菌球病的间期为 1~27 年,平均 8.7 年。术后病理证实曲菌球继发于结核性空洞 31 例,在扩张的支气管腔内 7 例。

1.2 临床表现 临床突出症状为咯血,有咯血史者 59 例(90.8%)。在整个病程中咯血量 <100 ml/次 39 例,中等量咯血(100~300 ml/次)13 例,大量咯血(300~500 ml/次)5 例,1 次咯血 >500 ml 者 2 例;咯血时间 1 年以内 11 例,1~10 年 41 例,10 年以上 7 例。其他症状缺乏特异性,依次为咳嗽、咳痰、发热、胸闷、胸痛、哮喘等。原有肺结核病 47 例,支气管肺囊肿 2 例,支气管扩张、肺脓肿各 1 例;原发病记载不详 3 例。合并糖尿病 6 例,其次为乙型肝炎 4 例、高血压 8 例,冠心病、心动过缓、脑血栓各 1 例。

1.3 实验室检查 术前均常规痰涂片 2 次以上或霉菌培养检查。5 例多次查到霉菌丝及孢子,6 例 9 次查到结核菌,但培养均为阴性。

1.4 胸部 X 线表现 肺曲菌球的 X 线表现在直立位时可见密度均匀的球形病灶,病灶的上方有新月形空气层,该空气层常因体位不同而出现改变,为本病的特异性诊断依据。本组有此典型征象者 38 例(58.5%),其中 11 例菌球阴影随体位变动而改变。17 例表现为局限性片状阴影或不典型厚壁空洞,体层摄影或 CT 片见不规则团块突入空洞内。

1.5 治疗方法与结果 楔形切除 7 例,肺叶切除 43 例,2 叶切除 4 例,全肺切除 9 例,肺叶加楔形切除 2 例。经随访 1~44 年,死亡 17 例(分别死于心肌梗死、肺癌、肝病等),失访 11 例,余 37 例均健存。

2 讨论

肺曲菌球病多继发于肺部慢性疾病的空洞内,曲霉菌 2 次以上的侵入而形成菌球,病人往往具有长期使用抗生素、抗结核或激素等药物史。一方面病人是由于继发于肺结核,另一方面常因身体的免疫力低下、肺组织破坏而形成空洞^[1]。本组 53 例继发于肺结核,占 80.2%。肺曲菌球病的临床症状最典型的是反复咯血,本组有明显咯血史 59 例(90.8%),与文献报道相近^[2]。肺曲菌球病的典型 X 线表现是空洞性病变中有一实质性球形阴影,球体上方冠以半月形透光区或球周围有透光环,少数可随体位改变而转动,本组有 11 例具有此特征。肺曲菌球病在 X 线诊断的敏感性方面,CT 优于 X 线断层片,断层片又优于胸部平片。痰曲霉菌检查和培养对诊断有一定的帮助,但要注意与偶然污染相

鉴别。

关于肺曲菌病的手术治疗尚有争议。Caillot 等认为在术前进行抗霉菌治疗并在病人没有粒细胞减少的情况下应该考虑手术^[3]。我们认为对症状偏重、抗菌和抗癆效果不明显而肺功能较好的病人应该手术,对于无症状病人,由于造成咯血的三点潜在出血危险因素存在,为预防因咯血倾向致死,作者主张预防性外科手术切除病灶,可以得到较满意的结果。本组大、中等量咯血 20 例,占 30.8%,大多症状偏重,故本组均行手术治疗,效果满意,无 1 例复发。但是,对于非局限性的肺曲菌球变的病人,由于并发症较多,效果不良,手术应该慎重。

关于手术切除范围,作者主张对单纯性肺曲菌球,一般以肺叶切除术为主,少数可行全肺切除术、楔形切除术、肺段切除术。本病切除范围,原则上宜小不宜大。对大咯血病人行急诊肺切除时,应慎重

选择肺段切除术。

肺曲菌球术后主要的并发症为脓胸、支气管胸膜瘘、复发、肺部感染、切口感染等。并发症的出现与否,不是肺曲菌球本身所造成的,主要与肺内原发病灶和手术操作有密切联系。本组 5 例有术后并发症,2 例脓胸,经积极引流,0.5% 灭滴灵和 0.25% 新霉素交替胸腔冲洗后治愈;1 例并发支气管胸膜瘘,经胸廓改形术后痊愈;2 例伤口感染予以换药后治愈。本组无复发病例。

参考文献

- 1 Sugawara E, Okabe K, Date H. Surgical treatment of pulmonary aspergillosis. Kyobu Geka, 1994, 47(11):884
- 2 李殿清,王健伟. 老年人肺部曲菌球的诊断和治疗. 中华老年医学杂志, 1994, 13(6):338
- 3 Caillot D, Casasnovas O, Bernard A, et al. Improved management of invasive pulmonary aspergillosis in neutropenic patients using early computed tomographic scan and surgery. J Clin Oncol, 1997, 15(1):139

(2000-08-30 收稿, 2001-02-03 修回)

· 经验与体会 ·

腹部横切口剖宫产术胎头娩出困难 21 例分析

朱宝靖

腹部横切口剖宫产术式,与纵形切口相比虽有时间短、术中出血少、减少各层组织的出血、有利于切口愈合且美观等诸多优点,但胎头娩出困难相对较多。本文就其发生的相关因素、预防及处理方法做一分析。

1 临床资料

1.1 一般资料 1999 年 4 月至 2001 年 4 月我院选择腹部横切口剖宫产 62 例,徒手取胎头未成功者为胎头娩出困难,共 21 例,占 33.9%。

1.2 发生胎头娩出困难原因 ①麻醉镇痛效果不佳:我院采用脊麻、硬膜外麻两种方法,两种麻醉方法相比,脊麻发生娩出困难少于硬麻。②腹壁切口、子宫切口相对小,腹壁横切口使术野暴露关键在于腹直肌前鞘横行切开后沿腹白线两边开一隧道,并剪开筋膜粘连 7~8 cm。③胎头高浮:胎儿头浮动于骨盆上方,择期剖宫产,下段伸展不良,子宫切口低,儿头位置相对较高,造成胎头娩出困难。④术者经验不足,与助手配合不协调,在宫底加推力过早使深定的胎头无法娩出,或加推动力过迟,不利于浮动的胎头娩出,或术者没有发挥屈肘上托力娩出胎头的有效作用,致胎头娩出困难。

1.3 胎头娩出困难的处理方法 ①扩大腹壁切口或子宫切口,沿腹壁切口向两端延长至胎头能娩出为宜。②用单叶产

钳娩出:用单叶产钳至胎头一侧耳前方,无脐带夹于产钳与胎头之间,向孕妇足方而平行牵拉。③牵引胎足娩出胎儿,胎头娩出困难失败,术者手入宫腔牵一胎足以臂牵引式娩出胎儿。

2 讨论

顺利娩出胎儿,适时拯救母子是剖宫产的基本目的^[1]。取胎头困难者可使胎头受压,使新生儿在出生时发生低氧及高碳酸血症, Apgar's 评分降低^[2]。因此无论何种原因致术中取头困难,都应根据具体情况,以最快的速度 and 最安全的方法娩出胎头。横切口剖宫产麻醉非常关键。一般麻醉效果好,肌肉松弛,取出胎头很顺利。手取胎头占据面积大,用单叶产钳占据面积小,扩大了胎头娩出空间。熟练掌握剖宫产取头技术,加强术者与助手密切配合,可有效地避免胎头娩出困难的发生。只有在助手推宫底助胎头娩出力与术者出胎头的屈肘上托力配合协调才有利胎头经子宫切口娩出,否则易造成胎头俯屈不良,导致医源性胎头娩出困难。

参考文献

- 1 杨鸥,高楠. 剖宫产术中娩出胎头困难. 实用妇产科杂志, 1996, 12(1):17
- 2 赵宏,崔健君,王德智. 剖宫产术中子宫切开致胎儿娩出间隔对新生儿影响. 中华妇产科杂志, 1993, 28(1):68

(2001-04-28 收稿)