

性完全性卒中; (2)头颅 CT心电图具备异常发现; (3)随着脑病的恢复,心电图逐渐趋于正常; (4)排除冠心病、感染、电解质紊乱等引起的心电图异常。

3.2 发生率 我院因服务对象以农民患者为主,由于受经济、习惯所限制,很少定期进行健康体检,对入院后出现的心电图异常,难以进行有效评估,加上入院时间少于 24 h患者不在入选之列,故准确发生率难以统计。复习文献,各家报道不一。曾红科等<sup>[1]</sup>报道脑出血并发脑心综合征发病率为 55.7%~90.0%,脑梗死为 25.86%~73%,蛛网膜下腔出血为 73.4%~94%,蒋柳结等<sup>[2]</sup>报道发病率为 47.3%。王玉祥<sup>[3]</sup>则报道发病率为 38.6%。具体原因可能与各家医院诊断标准不统一、入院病例差异有关。在脑心综合征组中,本研究统计 75%系出血性卒中,而对照组 36%系出血性卒中,说明出血性卒中较缺血性卒中易发生脑心综合征。

3.3 脑心综合征对预后影响 本研究显示,脑心综合征病死率为 22.5%,而对照组为 4.65%,王玉祥等<sup>[3]</sup>报道病死率 30.29%,蒋柳结等<sup>[2]</sup>报道病死率 18.3%,均高于正常对照组。另外脑心综合征住院时间 26.8天,对照组为 17.1天,说明合并脑心综合征患者病情复杂、严重,患者的医疗费用增加,应引起临床工作者的重视。

3.4 发病机制 发病机制至今未明,可能与丘脑下部、脑干网状结构、边缘系统等高级植物神经中枢功能失调、神经体液调节紊乱有关<sup>[4]</sup>,研究证实基底

节、丘脑、脑干及小脑病变易发生脑心综合征。以前认为脑心综合征发生,可能主要由于病变累及丘脑下部和脑干的植物神经调节中枢,从而发生交感神经过度紧张,肾上腺皮质功能亢进和血中儿茶酚胺量增高<sup>[5]</sup>。于群涛等<sup>[6]</sup>研究证实,急性脑卒中多数表现为副交感活性明显降低,仅少数或发病 24 h以内者显示交感神经功能亢进,这说明交感神经功能相对亢进,参与脑心综合征的发生与发展。虞盘兴等<sup>[7]</sup>发现脑血管病患者 T<sub>3</sub>、T<sub>4</sub>明显低于对照组,而 TSH明显升高,与应激情况下引起的内分泌改变三者都低有区别。故脑心综合征的发生与脑部在特殊应激条件下,脑内神经体液调节发生紊乱,从而使交感副交感平衡功能失调有关。

[ 参 考 文 献 ]

- [ 1 ] 曾红科,叶 珩,孙 诚.脑心综合征 145例临床分析[ J].广东医学,1999,20(8):614-615.
- [ 2 ] 蒋柳结,彭 军.急性脑卒中与脑心综合征[ J].中风与神经疾病杂志,2003,20(5):408
- [ 3 ] 王玉祥,崔 勇.老年人急性脑卒中引起脑心综合征 416例分析[ J].蚌埠医学院学报,2005,30(2):143-144
- [ 4 ] 赵明伦主编.脑血管病的抢救与康复[ M].北京:人民卫生出版社,1998:222-223.
- [ 5 ] 胡维铭,王维治.神经内科主治医师 699问[ M].北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1998:505-506
- [ 6 ] 于群涛,祁学文.急性脑卒中患者植物神经功能紊乱的研究[ J].中华神经科杂志,1999,32(2):121.
- [ 7 ] 虞盘兴,候冠伦.急性脑血管疾病内分泌代谢和环磷酸腺苷含量的变化[ J].中华神经科杂志,2001,34(2):69.

[ 文章编号 ] 1000-2200(2006)03-0284-02

。 临 床 医 学 。

## 单侧功能肺并发气胸临床诊疗措施 21例分析

滕小宝,时 建,周质胜

[ 摘要 ]目的:提高对单侧功能肺并发气胸的认识及紧急处理的能力。方法:回顾性分析 1995~2004年收治的 21例单侧功能肺并发气胸患者的临床资料。结果:治愈 18例,病死 3例。结论:单侧功能肺并发气胸是呼吸科急症之一,应引起高度重视,及时明确诊断并采用胸腔闭式引流是提高治愈率的重要措施。

[ 关键词 ] 肺疾病;气胸;纵隔气肿;闭式引流术

[ 中国图书资料分类法分类号 ] R 563 R 561.4 [ 文献标识码 ] A

单侧功能肺并发气胸是内科常见的危急重症之一,如不能及时得到诊断与处理,常可导致病情加重,甚至死亡。1995~2004年,我院收治 21例,现作报道。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 21例中,男 17例,女 4例;年龄 25~69岁。基础疾病:结核性毁损肺 16例,慢性肺脓肿、支气管扩张致单侧肺毁损各 1例,中央型肺癌致全肺不张 1例,全肺切除术 1例,单侧肺部不发育 1例。气胸类型:闭合型 4例,张力型 17例。

1.2 临床表现 21例均表现突然胸痛、气急,吸气

[ 收稿日期 ] 2005-09-26

[ 作者单位 ] 安徽省阜阳市第二人民医院 呼吸内科,236015

[ 作者简介 ] 滕小宝(1967-),女,主治医师。

性混合性呼吸困难。体征:发绀 19例,气管严重移位 21例,全部病例双侧胸廓运动均不对称,一侧胸廓凹陷,肋间隙变窄,但肺泡呼吸音仍然存在,而另一侧胸廓饱满肋间隙增宽,呼吸运动减弱,其中呼吸音明显减低 6例,肺泡呼吸音消失 12例,哮鸣音 3例。合并纵隔气肿 5例。

1.3 诊断 所有患者的基础病变均根据病史、临床特点、结合辅助检查(如 X线胸片、血常规、痰结核菌、纤维支气管镜检查等)及术后病理而得以诊断。21例单侧功能肺并发气胸病例的诊断均经 X线胸片或胸穿抽气、胸腔闭式引流结果证实。

1.4 治疗方法 患者一旦确诊,遂行胸穿/气胸箱测压抽气,以缓解气胸压迫症状,同时做好准备,立即加作胸腔闭式引流。

## 2 结果

临床治愈 18例,病死 3例,病死率为 14.3%。其中 2例基础病变为单侧结核性毁损肺,1例为支气管扩张致单侧肺毁损,3例均因基础肺功能差及高龄因素丧失手术指征,结果对侧张力性气胸复发 2~4次,最终抢救无效死亡。治愈患者肺复张时间 2~21天。

## 3 讨论

3.1 单侧功能肺并发气胸的特点 由于病变侧肺功能已严重减退,健侧肺长期功能性代偿,致泡性气肿形成,一旦肺泡破裂,即可形成自发性气胸(SPIX)。因基础肺功能差,加之健侧突然发生气胸,尤其是张力型气胸,致使原来的患侧和健侧病变发生了严重“错位”,原患病侧变成了“健侧”,但其无法承担肺功能代偿的重任。患者迅速出现进行性的吸气性混合性呼吸困难,通气/血流比例失调,严重的低氧血症,加之突然失去了胸腔负压对静脉血回心血流的吸引力,极易导致心脏搏出量下降,以致低血压休克,此与双侧气胸相似,甚至更为严重<sup>[1]</sup>。

3.2 单侧功能肺并发气胸的诊断 单侧功能肺并发气胸发病突然,病情凶险,缺乏两侧呼吸音对比条件,且气管原已移位,在极短时间内又无法进行 X线检查,很难及时明确判断。因此对于不明原因的突发吸气性混合性呼吸困难,在迅速排除异物吸入史后,若发现患者气管明显移位,气管偏向侧的肺泡呼吸音存在,而另一侧肺呼吸音明显减低,甚至肺泡呼吸音消失,视诊肋间隙增宽,胸廓饱满,叩诊呈鼓音,心浊音界消失,应考虑原健肺有并发气胸可能。床旁胸部 X线检查是诊断单侧功能肺并发气胸的可靠

手段,但训练有素的呼吸科医师往往可以根据病史,结合患者体征,尤其是依据患者原健侧听诊时肺泡呼吸音突然减低甚至完全消失的物理发现,提高对单侧功能肺并发气胸的警惕性,及时果断地判断病情变化,从而赢得救治时间。

3.3 胸腔闭式引流术的应用 单侧功能肺并发气胸多为张力型气胸,此时必须当机立断,胸穿排气是唯一挽救生命的有效措施,切莫手忙脚乱地作人工呼吸,注射强心剂,而忽略关键性的急救措施,以免耽误抢救时机。一旦明确诊断,应立即施行胸腔闭式引流术,排气减压促使肺脏复张。刘林林等<sup>[2]</sup>主张选用 24~28 F(内径约为 5.8~6.75 mm)导管,以利于引流。但我们观察胸腔压力大小可通过胸腔引流管在水封瓶液面以下的长度来调节,至于引流管内径大小,只要利于引流,损伤不大即可。胸腔引流部位,传统方法在锁骨中线第二肋间外侧。也可依据病情及患者体位选择在腋前线第三、四肋间进行。

3.4 合并纵隔气肿的处理 张力性气胸发生时,由于肺泡气肿破裂,空气沿支气管周围或肺间质内的血管鞘上行,可达肺门部和纵隔。患者呈进行性呼吸困难,并伴有自颈根部、胸骨上凹处出现皮下气肿即可诊断为纵隔气肿。处理作气管前筋膜间隙打开即可解决患者呼吸困难问题,操作过程中,待分离至气管前筋膜时再向胸骨后钝性分离约 2.0~3.0 cm即可使纵隔内气体排出,并无必要进行局部皮肤切开排气和气管切开。大部分患者经胸腔闭式引流后,纵隔气肿均可随之而愈。

3.5 手术治疗 单侧功能肺并发气胸再次复发时病死率极高,有条件者可选用电视胸腔镜(VAT),VAT手术治疗 SPIX和预防 PIX复发与开胸手术效果相近,但对肺功能损害较小,更适合于基础状况较差而不能耐受开胸手术患者<sup>[3,4]</sup>。

3.6 呼吸功能锻炼 为促进肺组织主动性膨胀,恢复期可指导患者进行深吸气,慢呼气(缩唇呼气)功能锻炼,有利于延长空气在肺泡内停留时间,在胸腔闭式引流的同时,增加肺组织渐进式复张的机会。

### [参 考 文 献]

- [1] 周质胜,佟素敏,陆元培,等.纵隔气肿 30例分析[J].蚌埠医学院学报,1986 11(2): 118-119
- [2] 刘林林,刘昌起.自发性气胸的治疗进展[J].国外医学·呼吸系统分册,2005 25(5): 391-392
- [3] Wu YC, Lu MS, Yeh CH, et al. Justifying video-assisted thoracic surgery for spontaneous hemopneumothorax[J]. Chest, 2002, 122(5): 1844-1847
- [4] Loubani M, Lynch V. Video assisted thoracoscopic bullectomy and acromy in pleurodesis[J]. Respir Med 2000 94(9): 888-890