

胸腔灌洗、负压吸引治疗小儿急性脓胸 16 例分析

朱文玉¹, 李艳春², 孙为¹, 李树鹏¹

(绥化市第一医院 1. 胸外科; 2. 儿科, 黑龙江 绥化 152000)

[中图分类号] R725.6 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2009)05-封II-01

小儿脓胸大多数继发于肺部感染,若就诊不及时、脓液黏稠、引流效果差易形成包裹性脓胸,最终形成慢性脓胸,需要开胸行纤维板剥除术,严重者导致胸廓畸形。我院自 2007 年 9 月至 2008 年 9 月收治 16 例小儿急性脓胸,采用胸腔灌洗、持续负压吸引的方法治疗,获得满意效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 16 例患儿中,男 11 例,女 5 例,年龄 18 个月至 12 岁,平均 8.6 岁。16 例患儿均经胸穿证实为脓胸,右侧 9 例,左侧 7 例,伴有右侧气胸 1 例。胸部 X 线片或 CT 提示:肺受压 60%~90%,体温 $\geq 39^{\circ}\text{C}$ 者 7 例, $<39^{\circ}\text{C}$ 者 9 例。

1.2 治疗方法

根据患儿肋间隙选择合适管径的引流管,局麻下于腋后线第 8 肋间置入胸腔引流管排脓液,排出的脓液做细菌培养及药敏试验,根据药敏结果使用抗生素治疗。于锁骨中线第 2 肋间置入导管作冲洗,用 0.5% 的碘伏盐水和 2.5 g/L 的 α -糜蛋白酶生理盐水交替冲洗^[1,2]。早期脓液较黏稠,每日灌洗量 1 000~1 500 mL,脓液稀薄后可减少灌洗量,灌洗后胸腔引流管接负压吸引器持续负压吸引,负压 $\leq 4.9\text{ kPa}$ ^[3]。待灌洗后无脓液流出,体温正常,影像学检查肺复张、脓腔消失后拔除胸腔引流管。

1.3 结果

本组 16 例,2 例因多处包裹性脓胸改为手术治疗,余 14 例痊愈。住院 14~21 d,平均 18.5 d。

2 讨论

小儿脓胸多继发于金黄色葡萄球菌感染,细菌侵袭力强,感染症状重,且多系耐药菌株感染,不易

控制,病程较长,治疗困难。本研究采用胸腔灌洗、负压吸引治疗 16 例小儿急性脓胸,效果满意。

α -糜蛋白酶为蛋白分解酶,具有分解肽链作用,应用于脓胸胸腔灌洗,能迅速分解蛋白质,清洁化脓创面、溶解脓液和坏死组织,减少胸膜纤维素的沉着^[3]。用碘伏胸腔内灌洗,可使碘伏在胸腔内与致病菌直接接触,杀灭致病菌使胸膜炎症减轻,渗出减少^[2]。

急性脓胸的治疗关键是充分排脓和消灭脓腔。小儿脓胸,尤其是脓液稠厚者,引流常不够充分,脓腔易变成多房性。应用 α -糜蛋白酶液及碘伏液胸腔灌洗治疗可使脓液变稀薄,使脓液及时排出体外,以减轻患儿感染症状。同时可减少纤维、脓苔沉着,避免肺表面形成纤维层向慢性脓胸发展。国内有报道应用抗生素胸腔灌洗^[4],笔者认为脓胸感染多系耐药菌株感染,选择敏感抗生素需要等待药敏结果,而碘伏盐水和 α -糜蛋白酶早期联合冲洗的效果好于抗生素冲洗,可使脓液变稀薄的时间缩短。持续负压吸引可促进肺复张、减少胸膜黏连、有效消灭脓腔。目前临床还有采用胸腔镜处理脓胸的报道,除经胸腔镜吸取脓液外,亦采用了胸腔灌洗、引流措施,故临床上采用综合处理对减少并发症及后遗症有积极作用^[5,6]。

[参 考 文 献]

[1] 毕泗允,潘海燕,田新国. α -糜蛋白酶、碘伏灌洗治疗慢性脓胸 1 例[J]. 实用医学杂志,2006, 22(12):1463.

[2] 周一民. 碘伏灌洗治疗全肺切除术后脓胸 9 例[J]. 中国胸心血管外科临床杂志,2005,12(4):308.

[3] 李果生,刘祖明. 单向负压吸引治疗小儿急性脓胸[J]. 贵州医药,2001,25(7):611-612.

[4] 刘晓丽,强益斌. 胸腔灌洗治疗小儿急性脓胸的疗效分析[J]. 中国当代儿科杂志,2003,5(2):159-160.

[5] 张铮,王亚,张蔚,潘小梅. 传统方法与胸腔镜处理小儿脓胸的比较分析[J]. 中国当代儿科杂志,2002,4(3):195-197.

[6] 周恕,高纪平,邢军. 胸腔镜手术治疗小儿脓胸 20 例临床分析[J]. 中国当代儿科杂志,2005,7(3):263-264.

(本文编辑:吉耕中)