

· 经验交流 ·

胸腔灌洗治疗小儿急性脓胸的疗效分析

刘晓丽¹, 强益斌²

(陕西正和医院 1. 儿科; 2. 胸外科, 陕西 西安 710054)

[中图分类号] R561.6 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2003)02-0159-02

小儿急性脓胸在临床上并不少见, 处理小儿急性脓胸的方法主要是: 全身治疗(营养支持、调整水电解质平衡等), 抗生素全身或局部抗感染, 胸穿或胸腔闭式引流排除脓液。有作者在1988年就对脓胸的灌洗治疗方法进行了综述^[1]。从1990年1月至2002年2月我们与协作医院共收治小儿急性脓胸102例, 其中用一般方法治疗62例, 一般方法加用抗生素胸腔灌洗治疗40例。现将治疗特点和疗效作一对比分析。

1 资料和方法

1.1 临床资料

102例小儿急性脓胸为1990年1月至2002年2月在我院和协作医院住院的患儿, 按治疗方法分为一般方法组(A组); 和一般方法加胸腔灌洗组(B组); 小儿急性脓胸、慢性脓胸等诊断和疗效评价按国家卫生部1992年颁布的《病科质量控制标准》执行, 两组一般临床资料见表1。

1.2 治疗方法

A组: 急性脓胸确诊后, 立即选用广谱抗生素静脉滴注治疗, 然后根据细菌学结果调整为敏感抗生素, 除非脓液极少, 一般尽早行胸腔闭式引流。全身治疗包括调整水电解质平衡、维持营养和对症处理等。

B组: 一般治疗方法+抗生素胸腔灌洗^[1]。在一般治疗的基础上于局麻下分别在患侧锁骨中线第2肋间置一细乳胶胃管或普通输液管为上管, 作抗生素灌洗脓胸用; 下管经腋后线第8肋间或肋床插入。首次排除胸腔积液后, 先从上管用甲硝唑溶液、生理盐水交替灌洗胸腔, 待细菌培养、药敏试验结果回报以后, 选用敏感的抗生素溶液, 再与甲硝唑溶液、生理盐水交替灌洗, 前两天为持续灌洗, 以后可间断灌洗, 将抗生素溶液灌入后在胸腔内保留0.5~1.0 h, 根据患儿年龄不同每日灌洗液总量应在1500~2500 ml以上, 待体温正常, 肺膨胀良好, 胸腔引流液清亮, 脓腔变小为20 ml以下, 即可拔除引流管。

1.3 统计学方法

所得数据计量资料采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验。

表1 两组一般临床资料

组别	性别(例)		年龄范围	继发于肺炎者 (例)	伴支气管胸膜瘘 (例)	单侧脓胸 (例)	双侧脓胸 (例)	细菌培养	
	男	女						金葡菌	其他
A组	39	23	6月~15岁	48	5	60	2	51	11
B组	28	12	5月~14岁	29	2	39	1	34	6

2 结果

2.1 疗效比较

两组发热时间、住院时间、胸管置留时间, A组均长于B组, 两组差异有显著性意义。A组死亡2例, 死亡原因为感染中毒及多器官系统功能障碍, B组无死亡, 见表2。

[收稿日期] 2002-08-30; [修回日期] 2003-01-04

[作者简介] 刘晓丽(1966-), 女, 大学, 主治医师。主攻方向: 呼吸系统疾病。

表2 两组治疗结果的比较

组别	体温(例)		留置胸管时间(d)	住院时间(d)
	≥39℃	<39℃		
A组	48	12	7.2±2.3	24±7.5
B组	23	17	4.1±1.2	17±3.1

注: 两组比较均 $P < 0.05$

2.2 两组并发症的比较

两组早期形成纤维素性包膜或纤维板、形成多处包裹性脓胸、转为慢性脓胸而需剖胸手术者, A组均明显多于B组, 二者差异有显著性。见表3。

表3 两组治疗结果的比较 (例)

组别	形成纤维素性包膜或纤维板	形成包裹性脓胸	转为慢性脓胸	需手术治疗
A组	3	7	9	19
B组	1	2	2	5

注: 两组比较 $\chi^2 = 4.83$, $P < 0.05$

3 讨论

小儿脓胸现代治疗的方法是: 在尽可能短的时间内, 以最少的并发症和后遗症为原则, 有效地控制原发感染, 迅速排除胸腔积液, 消除脓腔, 促使肺复张, 挽救患儿生命^[2]。急性脓胸病因较多, 但小儿肺炎并发急性脓胸最为常见, 多继发于金葡菌感染及其败血症, 金葡菌侵袭力强, 中毒症状重, 病情变化快, 能使病情迅速恶化^[3], 金葡菌感染因其早期形成粘稠脓汁及坏死组织, 并早期形成纤维素性包膜或纤维板, 故早期抗生素灌洗胸腔可使脓液稀释, 利于脓液引流, 同时, 可在病灶处保留高浓度的抗生

素, 能有效地抑制和杀灭细菌, 还可使胸腔渗液及时排出体外, 减少纤维素、脓苔、坏死组织等沉着, 避免向慢性脓胸发展, 可缩短病程^[4]。但须在明确没有支气管瘘时方可反复灌洗, 安置下管要粗些, 必要时经肋床插管, 以保证引流通畅。

然而, 由于小儿脓胸病程变化快, 不同分期相互交织和延续, 不易截然划分清楚, 这给临床上选择正确的治疗方法带来困难和分歧^[5]。对于已形成局限性或包裹性脓胸, 已转为慢性脓胸者应及早手术治疗; 胸部B超和CT显示已形成纤维素包膜或纤维板, 也应早期手术行脓胸纤维板剥脱术。应及时手术彻底清除脓块及坏死组织, 剥离纤维素性包膜或纤维板, 使肺充分膨胀, 可缩短住院时间, 避免胸膜肥厚所致的胸廓变形, 减少肺功能的损害。

从本文结果显示, B组较A组可明显减少急性脓胸早期形成纤维素性包膜或纤维板、包裹性脓胸及转为慢性脓胸的发生; 可缩短胸管引流时间、高热时间及住院天数, 疗效较好。

[参考文献]

- [1] 方祥和. 脓胸的灌洗治疗[J]. 中级医刊, 1988, 23(3): 25-27.
- [2] Meier AH, Smith B, Baghavan A, et al. Rational treatment of empyema in children [J]. J Pediatr Surg, 2000, 135(8): 907-912.
- [3] 彭天安. 小儿脓胸治疗方法的比较及选择[J]. 中国实用儿科杂志, 1998, 13(1): 56-57.
- [4] 王立成, 康会涛, 余秀瑾. 胸腔灌洗治疗小儿急性脓胸26例[J]. 中国临床医生杂志, 2001, 29(8): 31.
- [5] 张铮, 王正, 张蔚, 等. 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): 195-196.

(本文编辑: 吉耕中)