

· 个案报告 ·

胸部闭合伤致左主支气管断裂一例报告

Left main bronchial rupture due to thoracic closed injury: a case report

薛磊, 潘铁文, 赵学维, 徐志飞, 孙耀昌, 秦雄, 吕强

(第二军医大学长征医院胸心外科, 上海 200003)

[关键词] 胸部闭合伤; 支气管断裂

[中图分类号] R 655

[文献标识码] B

[文章编号] 0258-879X(2004)08-0928-01

1 临床资料 患者,男,29岁,60 kg,左侧胸部被轿车碾压伤后8 h,气管切开带气管套管、左侧胸腔闭式引流入院。查体:呼吸36次/min,心率120次/min,血压90/46 mmHg(1 mmHg = 0.133 kPa),左侧胸背部皮肤见明显擦伤痕迹,颈、胸、腹部广泛皮下气肿,气管向右侧移位。胸引流管引出鲜红色液体400 ml,并有大量气体溢出。呼吸机辅助呼吸(SMIV:FiO₂ 100%、Vt 800 ml),血气分析:pH 7.272,PCO₂ 33.4 mmHg,PO₂ 30.7 mmHg,ABE -10.7,SaO₂ 51.2%。胸部CT:左侧血气胸,左肺压缩,呈坠落征,双肺挫伤,纵隔、皮下广泛气肿。纤维支

气管镜:左主支气管距隆突3 cm处断裂,断端黏膜水肿明显,远端支气管未能见。伤后12 h急诊行左胸剖胸探查术。术中见左侧胸腔内有少量积血,左肺完全萎缩,左上叶及下叶背段肺实质严重挫伤,色暗红,弹性消失,下叶基底段肺组织损伤略轻,左主支气管下端、固有上叶、舌段、下叶背段及基底段开口处呈爆裂样断开(距隆突约3.0 cm处)。故决定行左上叶、左下叶背段袖切和左主支气管与左基底段支气管吻合术。修剪、冲洗残端,以可吸收缝线间断缝合,重建支气管。麻醉师鼓肺后残肺膨胀满意,注水试验吻合口处无漏气,置胸腔闭式引流管,关胸。

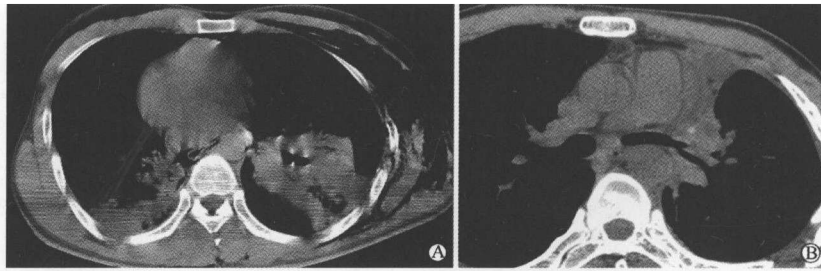


图1 胸部闭合伤患者胸部CT图像

A: CT纵隔窗见左主支气管断端近端闭塞,左肺完全萎缩,内见支气管隆突影;

B: 术后CT见吻合口支气管通畅

2 讨论 外伤性支气管断裂是一种严重的损伤,过去甚为罕见。但近来随着交通事故的增多,发病率上升,占胸部闭合伤的3%~6%,病死率达30%,且半数以上死于伤后1 h。误伤误诊率较高,可达25%~68%。故早期诊断、治疗对于支气管断裂意义重大。

早期诊断的依据主要有:(1)伤后呼吸困难、咳嗽、咯血;(2)出现颈部甚至更广泛的皮下气肿,单侧或双侧的气胸;(3)胸腔闭式引流持续有大量气体排出,肺不复张;(4)影像学上表现为纵隔气肿、气胸,肺不张呈典型的“坠落征”;(5)如怀疑气管断裂,患者生命体征平稳,气管镜检查可确诊,并可直接观察支气管损伤的部位、范围,有助于对手术情况的估计。

早期怀疑有支气管断裂患者应行早期抢救。在事故现场及急救科行胸腔穿刺或胸腔闭式引流术,缓解张力性气胸。如考虑支气管断裂,应行气管切开,有助于清除呼吸道分泌物,如需气管镜检查时也比较容易,尚可减少因声门关闭造成气道内压力升高,从而减少气体进入纵隔及胸膜腔。本例患者早期的急救措施便遵循了以上原则,既维持了患者生命体征,并为进一步检查确诊、治疗创造了条件。

外伤性支气管断裂一旦确诊,应尽早手术。创伤早期炎症反应轻,支气管断端未形成瘢痕,与周围组织无明显粘连,术后肺组织恢复较好;晚期支气管断端形成瘢痕,以致肺损害和肺纤维化,给手术带来困难。通常以支气管重建为首选术式,尽量避免肺切除术。本例患者左肺挫伤较重,但术者仍尽可能保留肺组织。这对于患者的肺功能的恢复和将来的生活质量意义重大。采用可吸收缝线进行断端吻合,可降低吻合口肉芽肿、狭窄等并发症的发生。

术后保持患者吻合口通畅,促使远端肺组织膨胀是手术成功的另一重要环节。本例术后常规雾化吸入;早期反复地支气管镜下吸痰,观察吻合口情况;气管内及全身使用糖皮质激素。患者恢复良好,1周后复查支气管镜见吻合口黏膜较光整。多次复查胸片左残肺膨胀良好,CT显示吻合口支气管通畅。

[收稿日期] 2003-12-22

[修回日期] 2004-04-16

[本文编辑] 李丹阳

[作者简介] 薛磊(1977-),男(汉族),住院医师。

E-mail: tommyxuel@hotmail.com