

· 胸部疾病 ·

膈疝合并隔离肺1例临床分析

1. 云南省玉溪市人民医院儿童呼吸科 (云南玉溪 653100)

2. 海新华医院PSICU (上海杨浦 200092)

杨世海¹ 谢伟² 师廷明¹ 李维媛¹

【关键词】隔离肺; 膈疝; PSICU; 精准医疗

【中图分类号】R322.3+5

【文献标识码】D

DOI: 10.3969/j.issn.1009-3257.2017.01.015

1 病例资料

患儿,男,13天,因“发现吐沫,气急10天”入院。G3P2,足月顺产,出生体重2600g,出生后无窒息抢救史。出生后三天家属发现患儿呼吸稍急促,少许吐沫,胃纳差,无发热,无腹胀,无口唇紫绀,无进食后呕吐。当时家属未予重视,在当地医院就诊,诊断上呼吸道感染,予口服药物治疗无效(具体不详)。后逐渐出现呼吸费力,诊断新生儿肺炎,予输液抗感染等治疗仍无效(具体不详)。患儿气急症状加重,2015年11月10日江阴市人民医院行胸部正位片显示:左侧膈疝可能,2015年11月11日以“先天性膈疝?(待排)”收住新华医院。体检:神清,反应可,呼吸急促,三凹征(-),左肺呼吸音较右侧减低,并可闻及肠鸣音,未及干湿啰音。腹平软,未见胃型肠型,未及包块,无肌卫,肝脾肋下未触及。移动性浊音阴性,肠鸣音正常。再次查胸片提示左侧膈疝。

入院当天患儿头罩吸氧(5L/min)下出现氧饱和度波动在80%~92%左右,呼吸急促,哭吵时面色及口唇发绀,左肺呼吸音低。急查血气分析:pCO₂ 52.00mmHg,考虑患儿存在急性呼吸衰竭(II型),单纯氧疗治疗无效,立即予气管插管呼吸机辅助呼吸(SIMV压力控制+压力支持)。2015年11月12日患儿在全麻下行胸腔镜左侧膈疝修补,术中发现合并左侧隔离肺,征得患儿家属同意后行左侧隔离肺切除术。术后转入PSICU继续救治。在PSICU,曾撤机后试予头罩

吸氧过渡,尝试撤机拔管,前2次失败,患儿一度存在二氧化碳潴留,撤机后又二度上机,再次撤机后第三次上机,直到生命征稳定,符合撤机标准后才成功撤机,血氧饱和度及一般情况稳定后转儿外科普通病房,一共住院23天,好转出院。

出院后第28天电话随访(其父亲),患儿喂养顺利,精神、睡眠可,生长发育正常,体重4300g。

2 讨论

先天性膈疝(CDH),发病率约为1:2200~5000^[1],病死率却很高,约为35%^[2],为避免漏诊、误诊可能带来的缺氧、窒息、死亡等,早期诊断尤为重要—胸片就是一种简便可行的方法。隔离肺较少见,术前诊断也相对较困难。该患儿胎儿期彩超未检出有膈疝和隔离肺的影像,出生后开始被误诊为上呼吸道感染,接着被误诊为肺炎,当地胸片检查后疑诊膈疝,我院胸片也提示膈疝,随行手术修补治疗,术中才意外诊断出隔离肺,隔离肺在术前仍被漏诊。隔离肺,又称肺隔离症(pulmonary sequestration, PS),是伴有异常血供的胚胎发育缺陷所造成的肺组织先天性畸形,发病率占肺畸形的0.15%~6.4%^[3]。顾名思义,指发育异常的一段或一叶肺与正常肺组织隔离开来,形成相对隔离的肺。本质是无功能的肺组织。病灶左肺多于右肺,叶内型多于叶外型,肺内、后基底段发病率高,病灶分为实性、囊性、囊实性^[4]。由于PS缺乏典型临床症状及特异性影像学表

现,易误诊,有文献报道误诊率高达60%~75%^[5]。所以,早期做出正确诊断意义重大,寻求切实可行的诊断方法也就势在必行了。

CDH的诊治已趋于成熟,不再赘述。目前,PS的影像学确诊主要在于显示其异常的供血动脉和引流静脉^[6]。主动脉造影是诊断PS的金标准,它可以显示供血动脉的起源、数目及形态。不足之处是仅能提供异常血管的情况,对肺部病变情况涉及较少,且在胚胎期不易实施。魏衡应用CDFI在胎儿肺囊腺瘤与PS的产前诊断方面的经验总结:9例存在肺内异常病灶,CDFI显示5例强回声病灶滋养动脉来自体循环,提示为PS;余4例可见来自肺循环的滋养动脉,提示为肺囊腺瘤^[7]。结论是产前超声检查可发现胎儿肺内异常病灶,并根据其CDFI特征鉴别病灶病理性质。

PS治疗方法有胸腔镜、介入栓塞及手术切除等。既然PS是无功能的畸形组织,治疗自然是首选手术切除。但有些PS形态与脾脏形态相似,术中应注意先找到脾脏,再切除肺内异常病灶。值得一提的是,手术固然重要,但术后监护更为可贵,所谓“行百步而半九十”,尤其是早产儿和低出生体重儿就显得尤为突出,可谓三分手术,七分监护。该患儿术后病情一度反复、撤机困难就是一个活生生的例子,值得细细体会。

通过该病例给我们的启发是:1、一旦发现CDH,应警惕合并PS的可能,尤其是左侧膈疝,更应高度重视;2、不断探寻早期、安全、准确的诊断方法临床意义重大,是我们不断努力的方向:目前胎儿期彩超,出生后胸片是较为实用可行的影像学方法;3、无论是CDH,还是PS,一经诊断,积极干预治疗,可明显缩短肺压缩时间,尽早促进肺复张,更有利于

肺功能的恢复和提高;4、做好手术固然重要,但术后监护更是不容忽视。

该患儿出生不久就从基层医院到上海三甲医院,从儿内科门诊到儿外科住院,从自主呼吸到呼吸机辅助通气,从上机到撤机,从PICU到普通病房,可谓经历了一次神奇之旅。

总之,CDH和PS的发病率均较低,CDH合并PS更是罕见、少见,但误(漏)诊率较高,影像学是明确诊断的关键;手术切除是安全、有效的治疗方法^[8];术后监护更是不容忽视,更应呵护有加,细心照顾,精准医疗。唯有如此,才能降低病死率,达到预期效果。

参考文献

- [1] 顾恺时.胸心外科手术学[M].北京:人民卫生出版社,1985.6.
- [2] 唐沂,宋金枝,潘小梅,等.新生儿先天性膈疝13例死亡分析[J].实用医学杂志,2007,23(2):232.
- [3] Lu G, Shen K, Hu Y. et al. Diagnosis and treatment of 19 children with pulmonacy sequestration[J]. J Appl Clin Padiatr, 2010, 25(10):748-750.
- [4] 苗旺,黄壮士.肺隔离症的外科诊治分析[J].疑难病杂志,2014,13(7):747-748.
- [5] 王清海,向家勇,张熠.14例肺隔离症的诊治体会[J].西部医学,2011,23(3):505-506.
- [6] 明华,杨国仪.肺隔离症的诊疗体会[J].中国呼吸与危重监护杂志,2003,3(6):391.
- [7] 魏衡.胎儿肺囊腺瘤与隔离肺的产前诊断[J].青岛医药卫生,2010,42(2):108.
- [8] 李青元.隔离肺的临床特点及误诊分析[J].医学信息,2014,27(1):316.

【收稿日期】2017-02-10