

ANNALES
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE - SKŁODOWSKA
LUBLIN—POLONIA

VOL. XXI, 10

SECTIO D

1966

Katedra i II Klinika Chirurgiczna. Wydział Lekarski. Akademia Medyczna w Lublinie
p. o. Kierownik: doc. dr med. Mieczysław Zakryś

Mieczysław ZAKRYŚ, Aleksander PAWŁOWSKI
i Mirosław RAJTAR

**Uwagi w sprawie samoistnego krwiaka opłucnej z podaniem własnego
przypadku**

Some Notes on Spontaneous Haemothorax with the Authors' Report on One Case

Spostrzeżenia kliniczne dowodzą, że samoistny krwiak opłucnej występuje bardzo rzadko. W piśmiennictwie światowym ogłoszono około 300 tego rodzaju przypadków. W rodzimym piśmiennictwie spotyka się opisy pojedynczych przypadków samoistnego krwiaka jamy opłucnej (2, 5, 6).

Samoistny krwiak opłucnej występuje najczęściej u mężczyzn w wieku między 15 a 45 rokiem życia. Przyczyną krwiaka może być: przerwanie bogato unaczynionego zrostu opłucnowego, pęknięcie tętniaka naczynia w obrębie klatki piersiowej, pęknięcie torbieli lub pęcherza rozedmowego płuca względnie jamy gruźliczej (1, 4, 8). Pęknięcie pęcherza rozedmowego płuca może dawać niewielkie krwawienie. W tym wypadku na pierwszy plan wysuwają się objawy odmy samorodnej. Niewielkie krwawienie tłumaczy się tym, że ściana pęcherza rozedmowego jest słabo unaczyniona a zapadnięte płuco i wzrost ciśnienia w jamie opłucnej działa hemostatycznie (5). Tylko w wyjątkowych przypadkach może być większy krwotok.

W obrazie klinicznym samoistnego krwiaka opłucnej na pierwszy plan wysuwa się nagły, silny ból w klatce piersiowej oraz duszność z sinicą. Ból promieniuje w okolice serca lub do jamy brzusznej i to może stać się przyczyną mylnego początkowo rozpoznania zawału serca, kolki wątrobowej, nerkowej lub budzić podejrzenie pękniętego wrzodu żołądka (3, 8). Czereda i wsp. (3) opisali przypadek samoistnego krwiaka jamy opłucnej u 32-letniego mężczyzny, który wystąpił nagle w czasie snu, rozpoznany początkowo jako kamica nerkowa. Z powodu

pogarszającego się ogólnego stanu, chorego następnego dnia przewieziono do szpitala, gdzie ustalono właściwe rozpoznanie na podstawie badania Rtg i nakłucia jamy opłucnej. W przypadku Michałika (6) krwiak komory odmowej naśladował zawał mięśnia sercowego.

Ustalenie właściwego rozpoznania w przypadkach dużych rozmiarów krwiaka opłucnowego nie zawsze jest łatwe, zwłaszcza w przypadku, w którym na pierwszy plan wysuwają się objawy wstrząsu hipowolemicznego a w wywiadach brak urazu. Badanie radiologiczne i nakłucie jamy opłucnej wyjaśnia istotę choroby. Małe nie powiększające się krwiaki dają nieznaczne objawy i na ogół ulegają samowyleczeniu. Dzięki bogatej sieci naczyń chłonnych opłucnej nie tylko składniki płynne ale i morfotyczne krwi, zwłaszcza krwinki czerwone przechodzą przez barierę opłucnej i dostają się do krwiobiegu (9). Los krwiaka zatem zależy od tego, czy krew w jamie opłucnej pozostaje w stanie płynnym czy ulega skrzepnięciu. Według Razorenowa (7) o losie wynaczynionej krwi rozstrzyga jej ilość w jamie opłucnej. Z prac doświadczalnych tegoż autora i spostrzeżeń klinicznych wynika, że w przypadkach małych krwiaków krew utrzymuje się w stanie płynnym, krzepnie natomiast stosunkowo wcześniej w dużych krwiakach. Krew w jamie opłucnej ulega odwłóknieniu w związku z ruchami oddechowymi przepony i z uderzeniami serca. Strącony włóknik osiada na powierzchni opłucnej ściennej i płucnej. Odkładanie się włóknika na opłucnej jest zjawiskiem niekorzystnym, gdyż sprzyja to opancerzeniu i marskości płuca. Z innych powikłań krwiaka należy wymienić możliwość jego zakażenia.

Wczesne otwarcie klatki piersiowej umożliwia opróżnienie krwiaka oraz usunięcie przyczyny krwawienia. Ma to istotne znaczenie dla dalszego losu chorego, gdyż chroni go od wyżej wymienionych powikłań. Stałe odsysanie jamy opłucnej (3—4 dni) oraz ćwiczenia oddechowe ułatwiają powrót czynności oddechowej płuca. Postępowanie zachowawcze (nakłucia jamy opłucnej i podawanie zaczynów proteolitycznych, ćwiczenia oddechowe) jest dopuszczalne jedynie w małych krwiakach przy rozprężającym się płucu. Wyjątkowo rzadko zdarzają się krwiaki opłucnej u osób zupełnie zdrowych. Przypadek taki obserwowaliśmy w naszej Klinice. Leczony był operacyjnie.

Opis przypadku: chory C. S., 33-letni rolnik (nr hist. chor. 138/66), dotychczas nigdy nie chorował. W dniu 5 I 1966 r. w czasie pracy przy gwałtownym skręcie tułowia odczuł silny ból w klatce piersiowej po stronie prawej. Równocześnie wystąpiły objawy duszności. Dwa dni przebywał w domu. Z powodu narastającej duszności z sinicą skierowany został do miejscowego szpitala. Zdjęcie klatki piersiowej wykazało całkowite zacienienie prawej połowy klatki piersiowej z prze-



Ryc. 1. Zdjęcie rtg przed operacją; całkowite zaciemnienie prawego pola płucnego przez krwiak

Radiogram before operation; right lung field completely shadowed by haematoma

sunieciem śródpiersia na lewą stronę (ryc. 1). Nakłuciem usunięto z jamy opłucnej ponad 1000 ml płynnej krwi. Choremu przetoczono krew i płyny krwiozastępcze. Następnego dnia stan chorego pogorszył się. Wystąpiła ponownie duszność z wyraźnie zaznaczoną sinicą, oddech przyspieszony, płytki. Ciśnienie krwi 80/40, tętno 140/min., ciepłota ciała 38°C, Hb, 34%. Ponownie nakłuto jamę opłucną i usunięto około 1000 ml płynnej krwi. Zastosowano sączkowanie jamy opłucnej sposobem Playfaira-Bülaua. Choremu przetoczono krew i płyny krwiozastępcze. Tym leczeniem uzyskano poprawę na krótki okres czasu i z powodu pogorszenia się stanu ogólnego, chorego przekazano do tutejszej Kliniki. W chwili przyjęcia stwierdzono: liczba oddechów 24/min., ciśnienie krwi 100/60, tętno 110/min. Ciepłota ciała 38,3°C. Nad prawą połową klatki piersiowej stłumienie a osłuchowo brak szme-

rów oddechowych. Badanie radiologiczne klatki piersiowej: przepona po stronie prawej niewidoczna, zlewa się z jednolitym cieniem odpowiadającym obecności płynu w prawej połowie klatki piersiowej; przesunięcie sylwetki serca w lewo. Lewe płuco b. z.

Dnia 30 I 1966 r. w znieczuleniu ogólnym, kontrolowanym otwarto klatkę piersiową usuwając 5 prawe żebro. W jamie opłucnej duża ilość skrzepów i krwisto-mętnego płynu (2000 ml). Płuco całkowicie zapadnięte pokryte było grubym pancerzem. Dokonano chirurgicznego odluszczenia, po której płuco całkowicie się rozprężyło. Źródła krwawienia do jamy opłucnej nie można było ustalić (3 tyg. od wystąpienia krwaka). Do jamy opłucnej podano antybiotyki i założono stałe odsysanie, ranę zaszyto warstwowo. W przebiegu pooperacyjnym piątego dnia po operacji wystąpiły u chorego objawy krwawienia z przewodu pokarmowego, obfity smołowaty stolec. Po przetoczeniu krwi stan chorego poprawił się. W wywiadach brak choroby wrzodowej. Jedenastego dnia po operacji wystąpił drugi masywny krwotok z przewodu pokarmowego. Chory wymiotował krwią i oddał kilkakrotnie czarny stolec zmieszany skrzepami. Po uzyskaniu poprawy przetoczeniem 1500 ml krwi wykonano w znieczuleniu ogólnym laparotomię i po nacięciu dwunastnicy stwierdzono na tylnej jej ścianie wrzód wielkości opuszki palca z widocznym naczyniem tętnicznym, w którym tkwiła skrzeplina. Naczynie podkłuło i wykonano pyloroplastykę sposobem Heineke-Mikulicza oraz obustronną wagotomię. Przebieg pooperacyjny był bez powikłań i po 4 tygodniach chory w stanie dobrym wypisał się do domu. Badanie radiologiczne klatki piersiowej wykazało: płaszczyznowe zgrubienie opłucnej, szczególnie w dolnym odcinku prawego pola płucnego z nie-dużą przyścienną odmą opłucnową. Płuco rozprężone. Kontrola po 5 miesiącach wykazała stan ogólny chorego dobry, na wadze przybrał 5 kg, pracuje.

W naszym przypadku leczenie chirurgiczne było jedyną skuteczną metodą postępowania. Zastosowane leczenie zachowawcze w szpitalu powiatowym było podyktowane trudnościami technicznymi, uniemożliwiającymi wykonanie torakotomii, a ciężki stan chorego nie pozwalał od razu przewieźć go do odległej kliniki. W czasie operacji nie mogliśmy ustalić przyczyny powstania krwaka z uwagi na duże zmiany miejscowe w postaci znacznego opancerzenia płuca.

Godne podkreślenia jest wystąpienie w 5 i 11 dniu po operacji masywnego krwawienia z przewodu pokarmowego, które zmusiło nas do wykonania drugiego zabiegu. Chory podał, że nigdy nie miał dolegliwości ze strony żołądka. Uczynnienie wrzodu dwunastnicy z następowym masywnym krwawieniem nastąpiło prawdopodobnie pod wpływem „stressu”, wywołanego być może pierwszym zabiegiem. W piśmiennictwie pod-

kreśla się, że zabiegi operacyjne, ostre zakażenia, niewydolność oddechowa mogą wywołać „stress”. Do czynników uspasabiających zaliczają również niedotlenienie ustroju, nadmiar dwutlenku węgla we krwi, zaburzenia dyspeptyczne itp.

Uważamy, że w naszym przypadku jedynie celowe było postępowanie operacyjne, gdyż pozwoliło ono usunąć przyczynę krwawienia z wrzodu dwunastnicy.

PIŚMIENNICTWO

1. Beatty G. A., Frelich R. W.: Ann. Int. Med. 36, 845, 1951.
2. Bross W., Wręblewicz W., Moszyński L. i Maślanka P.: Pol. Tyg. Lek. 17, 1218, 1962.
3. Czereda T., Cisek T., Moszyński L., Wędlkowski A.: Wiad. Lek. 17, 1263, 1964.
4. Deucher F.: Helv. Chir. Acta, 17, 170, 1950.
5. Kasperlik A., Hornowski S. i Araszkiewicz W.: Pol. Tyg. Lek. 15, 1620, 1960.
6. Michalik M.: Gruzlica 25, 997, 1957.
7. Razorenov Ł. W.: Wiestnik Chir. im. Grekowa 85, 45, 1960.
8. Spath F.: Handbuch der Thoraxchirurgie, B. II. Berlin—Göttingen—Heidelberg 1959.
9. Wilson J. L., Herrod C. M., Searle G. L., Feichtmeir T. V., Reilly W. A., Wallner M.: Surgery 48, 766, 1960.

Pracę otrzymano 20 VI 1966.

Несколько замечаний о самопроизвольной гематоме плевральной полости, сделанных на основании наблюдений над больным

Резюме

Авторы отмечают, что самопроизвольная гематома плевральной полости встречается очень редко. Причиной гематомы чаще всего является прорыв богатого сосудами плеврального сращения.

При гематоме необходимо хирургическое вмешательство. Своевременное вскрытие грудной клетки позволяет не только опорожнить гематому, но и удалить источники кровотечения. Хирургическое вмешательство защищает больного от многих осложнений.

Описан наблюдаемый авторами случай гематомы у 33-летнего больного, который до тех пор никогда не болел. Гематома появилась во время работы, при резком повороте туловища. Больной был оперирован. Сделали торакотомию. На 5-й и 11-й дни после операции у больного открылось кровотечение язвы двенадцатиперстной кишки.

На 11-й день после торакотомии больной был вторично подвергнут операции. На задней стенке двенадцатиперстной кишки обнаружили кровоточащую язву. Подкололи кровоточащие сосуды, сделали пилоропластику по методу Гейнике-Микулича и ваготомию. Больной покинул клинику спустя четыре недели совершенно здоровый.

Рис. 1. Рентгеновский снимок до операции. Полное затенение правой полости легкого гематомой.

Some Notes on Spontaneous Haemothorax with the Authors' Report on One Case

Summary

The authors state that spontaneous haemothorax occurs very rarely. Most frequently it is caused by the rupture of a pleural adhesion, richly vascularized. In case of haemothorax surgical treatment is a proper procedure. Early thoracotomy results not only in an evacuation of haematoma but it also puts an end to the cause of bleeding. The operation saves the patient many complications.

The authors report their own case of spontaneous haemothorax in a man aged 33 who has never been ill so far. Spontaneous haemothorax occurred in his case during work when he turned his trunk very abruptly. The patient was surgically treated. Thoracotomy was performed. On the 5th and 11th days following the operation the patient had a haemorrhage from a duodenal ulceration. The patient was given a second surgical treatment. A bleeding ulceration was found on the back wall of the duodenum. The bleeding vessel was ligated by puncturatio, and pyloroplasty was performed by the method of Heinecke-Mikulicz with vagotomy. The patient left the clinic after 4 weeks in good condition.