DOI:10.16016/j.1000-5404.1987.01.033

慢性肺原性心脏病并发自发性气胸

张楚毅 武毓温 （第二附属医院 呼吸科）

慢性肺原性心脏病（简称肺心病）并发自发性气胸，因原发病本身具有憋气、呼吸困难、胸部叩诊呈过清音等特点，易与气胸症状、体征相混淆，而造成误诊。因心肺功能不全若合并气胸时，常可危及生命。本文就我院自1979年4月至1986年3月共收治43例肺心病合并自发性气胸，并与同期住院的106例自发性气胸进行比较，分析如下：

临 床 资 料

肺心病并发自发性气胸（肺心病组）43例，肺心病诊断标准符合1977年全国第二次肺心病会议诊断标准。

自发性气胸（对照组）106例，除外肺心病并发自发性气胸的其它自发性气胸。

性别及年龄 肺心病组43例，男40例，女3例，男：女=13.3:1。年龄平均 59.1（46～72）岁，50岁以上者38例占88.3%。对照组106例，男101例，女5例，男：女=20.2:1。年龄平均 38.7（16～54）岁，20～30岁者68例占64.1%。

病因 肺心病组的原发病绝大多数为慢支炎、肺气肿41例（95.3%），肺结核2例（4.7%）。对照组原发病多数为原因不明（即特发性气胸）76例（71.6%），其次为肺结核13例（12.2%）、慢支炎12例（11.3%）、肺炎、哮喘分别为3例（0.28%）和2例（0.18%）。

临床症状体征：见表1。肺心病组主要症状是喘憋、呼吸困难、紫绀、端坐呼吸、三凹征、心率增快及发热均明显高于对照组（$P<0.01$），而对照组多有胸痛。

表1 症 状 和 体 征

		喘憋	呼吸困难	紫绀	胸痛	咳嗽	发热	端坐呼吸	气管移位	三凹征	颈静脉怒张	心率大于100次/分
肺心病组	例数	43	28	26	11	19	33	41	26	31	16	33
	%	100	65.11	60.46	25.58	44.18	76.74	95.34	60.46	72.09	37.20	76.74
对照组	例数	59	9	13	79	36	8	21	57	0	0	20
	%	55.66	0.89	12.26	74.52	33.96	0.75	19.81	53.77	0	0	18.86

X-线检查及肺压缩程度：见表2。表2提示两组左右侧气胸发生率无明显差异，但肺压缩30～50%与>50%以上者，对照组明显多于肺心病组（$P<0.01$）。

表2 X线检查及肺部压缩程度

		气胸部位			压缩程度		
		左侧	右侧	双侧	<20%	30～50%	>50%
肺心病组	例数	27	15	1	29	12	2
	%	62.79	34.88	0.23	67.44	27.90	0.46
对照组	例数	77	36	0	11	54	41
	%	72.64	33.96	0	10.37	50.94	38.67

主要治疗：肺心病组31例（72.09%）做了闭式引流，9例（20.93%）单纯气胸箱抽气，3例（0.69%）因气胸10%左右病情较轻而未行抽气治疗。对照组57例（53.77%）抽气肺复张不满意加做闭式引流，39例（36.79%）单纯气胸箱抽气，10例（0.94%）病情轻微，肺压缩10%左右采用高浓

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.n

度吸氧也未行抽气治疗。

复发情况：肺心病组复发4例（10.20%），对照组复发3例（0.29%），两组差异显著（P<0.01）。

死亡率：肺心病组死亡7例（17.94%），对照组死亡4例(0.38%)，两组差异显著(P<0.01)。

讨　论

以往文献报导，肺结核是自发性气胸常见原因，近年来认为胸膜下肺大泡（bleb）和肺大泡（bulae）破裂引起气胸为最常见原因。肺大泡的形成与小支气管不完全阻塞和感染有关。慢性阻塞性肺疾患（COPD）病人由于气道炎症，细支气管壁增厚，分泌物粘稠，堵塞气道而造成远端肺泡扩大及细支气道扭曲，肺组织纤维化形成活介，使肺泡压增加，肺泡壁进行性破坏形成肺大泡。国内曾将没有慢性呼吸道疾病而发生气胸者称为特发性气胸，近年来曾用胸腔造影术证实均有胸膜下肺大泡和肺大泡，可能与先天因素有关。本文肺心病组病因以慢支、肺气肿最多见占95.3%，对照组以特发性气胸占71.6%，可知胸膜下肺大泡和肺大泡在气胸病因上占极重要地位。

肺心病患者一般多有憋气、呼吸困难、发绀、胸部叩诊多有呈过清音，呼吸音减低，易与气胸症状、体征相混淆。尤其在肺被压缩面积较小，更易被肺气肿体征所掩盖。肺心病组憋气（100%）、呼吸困难（65.11%）、端坐呼吸（76.74%）、心率增快(76.74%)，故凡临床中肺心病患者由于感冒、劳累、用力大便等诱因突然气促加重，明显呼吸困难、心率增快等，应警惕合并自发性气胸可能性，必须仔细体检，注意有无气管移位，胸廓两侧是否对称及搔爬试验是否阳性等（即把听诊器放于患者胸骨正中处，距其4～6cm处两侧胸壁分别用钝器轻轻搔爬，气胸侧可听到粗糙的音响，即为搔爬征阳性）。

自发性气胸处理关键是排气减压，对心肺功能衰竭者尤为重要。因肺心病时心肺功能差，当合并气胸后，这些患者憋气加重，这时气胸多为肺大泡破裂所引起，由于支气管粘膜的炎症，充血水肿、肉芽肿形成，易形成活介，使气体持续进入胸腔，造成张力性气胸，加重呼吸衰竭而危及生命，故必须快速排气减压，紧急时可先抽气后作闭式引流。肺心病组虽肺压缩面积较对照组小，但做闭式引流31例（72.09%），对照组只做57例（53.77%），说明肺心病合并自发性气胸时因心肺功能差，预后不良，应及时做闭式引流。

肺心病患者往往肺或胸膜下有多个肺大泡存在，一旦合并感染，咳嗽剧烈肺内压增高，故气胸易复发。本文肺心病组与对照组气胸复发率分别为10.20%与0.29%，较其它报导为低，可能与病例未能追踪复诊有关。对复发性气胸我们处理时在拔闭式引流时采用粘连术，以避免气胸复发。对少数病人虽经上述处理，气胸仍不见好转，则可能形成支气管胸膜瘘，应请外科协助处理。肺心病组死亡率明显高于对照组（P<0.05），因肺心病本身心肺功能差，并发气胸加重原基础疾病，原有的弥散面积进一步减少，通气/灌注比率失调更严重，低氧血症明显，加之气胸处理上也较困难，预后也极差。

（本文承蒙毛宝龄教授审阅，特此致谢！）

参考文献

1. 张祖贻，等。老年人自发性气胸的临床分析。江苏医学资料　1984；2:38
2. 刘富光。自发性气胸的诊治问题。实用内科杂志　1984；5:47
3. 张贵清。自发性气胸的并发症及其处理。医师进修杂志　1986；3:10
4. Burraws B, et al. Course and prognosis of chronic obstructive lung disease. N Engl Med 1969;280:399
5. Berustein A, et al. Management of Spontaneous Pneumothorax using a Heimlich Flutter Valve Thorax 1973;28(3):386

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.n