维普资讯 http://www.cqvip.com

329-330
23

自发性气胸诊治的若干问题

第二医院肺科 傅爱林

R561.404

气胸. 自发性 呼吸系统急症 处理技术

中图分类号 R561.4

自发性气胸是常见的危重呼吸系统急证之一，若不及时诊治，往往危及生命。我科从1986年至1993年共收住院130例，占本科住院总人数7.3%。其中7例死于严重并发症，2例因血气胸转胸外科开胸手术治疗，其余121例全部治愈。现对本急症诊断和治疗中的几个问题探讨如下：

1. 必须进行x线检查以明确诊断

自发性气胸大多有症状和体征，但这些临床表现无特征性，可因肺内病变如肺气肿或(和)肺大疱形成、支气管哮喘、肺不张；胸膜疾病如胸膜粘连、胸腔积液及胸壁厚薄而难辨真伪。x线检查可看到气胸的x线影象，是明确诊断的最重要检查方法。有的自发性气胸并发于慢阻肺、肺大疱时，x线透视下也难于确定是否气胸存在，应予摄片、细致观察。x线检查有以下重要作用：明确是否有自发性气胸存在，是游离性的或是局限性的。为排气治疗确定准确穿刺引流部位。有助于鉴别局限性气胸与肺大疱。前者多位于胸外侧呈带状透亮区，无肺纹理，其内侧可见发线状肺边缘。肺大疱透亮区呈圆形或类圆形，其内可见肺小叶或血管纹理，看不到发线状肺边缘，肺组织被挤向肺门、肺底或肋膈角。若见部分肺组织与胸壁发生粘连牵拉，往往提示气胸多因脏层胸膜及肺组织被撕裂而造成交通型气胸，破口多在粘连带附近。若纵隔心血管影旁出现与纵隔并行的透亮带，则提示有纵隔气胸发生。当患者病情危重紧急不允许进行x线检查或没有x线检查条件时，除细致分析病史和体格检查外，要特别注意询问过去有否自发性气胸发作史，因自发性气胸容易复发，有文献报道复发率为41%。笔者曾见一例18岁男性患者，右侧反复发生自发性气胸12次之多。对危及生命病情不允许进行x线检查者，应根据症状、体征及过去史、作诊断性穿刺，若证实为气胸，则行紧急排气。

2. 特殊类型气胸的诊断

(1)双侧自发性气胸的诊断 双侧自发性气胸发病急骤，若不及时诊治病死率极高。多并发生于原肺病如肺结核、慢阻肺、肺部感染等。常为一侧先发生，继而另侧出现气胸。两侧气胸发生之间隔时间多为5～20天。若一侧气胸在胸腔水封瓶闭式引流通畅情况下，患者突发呼吸窘迫、烦躁不安、大汗等应高度疑为另侧气胸发生。且气胸类型以交通型和张力型相对较多，病情进展急剧，应予以

维普资讯 http://www.cqvip.com

尽快确诊后安置胸腔水封瓶闭式引流。

(2)哮喘持续状态并发自发性气胸的诊断　自发性气胸常为哮喘持续状态的并发症之一，两者症状、体征有许多相似之处，治疗措施截然不同。若哮喘持续状态患者经去除诱因，有效地解痉、抗感染治疗气急不缓解或呼吸困难突然加重，两肺呼吸音有较明显差异时要考虑是否可能并发气胸，应予以紧急检查明确，排气处理。

3. 异常呼吸音

自发性气胸有时由于破口形成特殊状态可产生"噗噗噗……"样异常呼吸音。声音响亮、粗糙、与呼气同步，和其它呼吸音、心包胸膜摩擦音有明显区别。产生部位多在双上肺部，因该处是肺结核等的好发部位，脏层胸膜可有破口。此项体征还未见有过报道，对明确自发性气胸诊断，提示破口所在部位有一定诊断价值。

4. 穿刺或安置引流管位置的选择

(1)游离性气胸穿刺或引流管植入位置应视具体情况而定。对于胸壁较厚、皮下脂肪较丰富、胸大肌发达、肋间隙扪及不明显者宜选腋前线第三、四间隙，此处胸壁薄，且较安全。

(2)局限性气胸若肺组织受压大于25～30%或不论肺组织压缩程度，只要有较明显呼吸困难者均应在x线检查指导下于该处排气治疗。双下局限性气胸安置引流管深度应适当，若过深触及膈胸膜可引起患者疼痛和烦躁，影响治疗。

5. 自发性气胸的治疗

治疗措施首要是排气，其方式视气胸类型、压迫症状、患者所处的环境情况不同而定。

(1)张力型气胸的治疗　张力型气胸由于胸腔内压力持续升高超过大气压，肺组织受压萎缩明显，以致压迫推移心血管等纵隔组织向健侧。患者极度呼吸困难、烦躁不安、大汗、紫绀、血压下降等呼吸循环衰竭表现。应在皮肤消毒后尽快用气胸针穿刺排气，待症状缓解后再安置胸腔水封瓶闭式引流及进行其它治疗措施。

(2)交通型气胸的治疗　壁、脏层胸膜粘连撕裂可造成交通型气胸。此型气胸破口相对较大，吸气与呼气全过程均有气体往复于破口，且破口受肺组织扩张和回缩牵拉不易愈合，使治疗时间延长。此种情况若急于负压吸引，胸膜腔内负压增加，经破口漏出气体流速、流量增大，不利破口愈合，故此型气胸治疗关键措施是使破口封闭。笔者多采用四环素0.25～0.5g溶于0.9%氯化钠20～40ml，加入100mg利多卡因混匀后缓慢注入胸腔内。患者无疼痛或仅有轻微疼痛感。因破口多位于双上肺及肺尖处，故注药后抬高下身，按后、侧、前顺序翻身，每次30分钟，使药液均匀涂布于胸膜腔内，使之造成无菌化学性胸膜炎，诱发浆液渗出，导致胸膜粘连，胸膜腔及破口闭锁，气胸逐渐吸收。

(3)闭合型气胸的治疗　游离性气胸若肺组织仅稍被压缩，往往提示系闭合型气胸，常可穿刺抽气治愈，但往往需多次抽气，且常有余气待其自行吸收延长治疗时间。笔者用胸膜活检针穿刺后退出针芯，导入细塑料管、退出胸膜活检针套，塑料管外端接－9～12号注射针头，通过玻管与水封瓶引流管连通。此法操作简单，损伤小，固定简便，避免反复穿刺，缩短治疗时间，效果较好。即便偶尔管内有渗出物或分泌物有可能因凝固而阻塞管道，可注入少许肝素即可避免。

(收稿日期　1994—02—28)