DOI:10.16016/j.1000-5404.1989.03.021

自发性气胸205例临床分析

刘 平 沈寒放 （西南医院 呼吸科）

自发性气胸是临床常见急诊，正确的诊治能加快肺复张，减少并发症，现将我科1980年～1986年收治的自发性气胸205例临床诊治结果分析如下。

一般资料

1．性别、年龄

男184例，女21例，男/女=8.76/1；14～29岁115例占56.1%，30～45岁35例占17.1%，>45岁55例占26.8%。自发性气胸不明原因组112例，平均年龄24岁，其中91.07%在35岁以下；慢性支气管炎肺气肿组（简称慢支炎组）59例，平均年龄58.5岁，其中91.5%在35岁以上。

2．病因、诱因

无明显肺部疾病者112例（54.53%），慢支炎59例（28.78%），肺部感染15例（7.32%），肺结核14例（6.83%），支气管哮喘5例(2.44)%。气胸诱因不明者123例（60%），剧烈活动43例（20.98%），擤气20例（9.76%），剧烈咳嗽19例（9.27%）。

3．临床症状

慢支炎组以气急胸痛及咳嗽为主，不明原因组以胸痛为主，见表1。

4．气胸部位、肺萎陷程度

左侧105例，右侧99例，双侧1例。肺萎陷≤20%15例，≤60%84例，>60%106例。

5．治疗情况

气胸自行吸收17例，气胸箱抽气81例，水封瓶闭式引流88例，负压吸引15例，四环素胸腔内注射粘连术4例。肺完全复张191例，内科治疗无效开胸探查治疗5例，好转出院8例，死亡1例。

讨 论

1．自发性气胸的病因及发病机制

自发性气胸以原因不明者为最多，占54.63%，慢支炎占28.78%，此二组占全部病例的83.41%。多数学者认为前者系肺组织先天性发育缺陷，形成的肺顶部脏层胸膜下微小气肿泡破裂所致[1]。也有经病理研究认为是由于某些病原物质所致的肺炎病变中弹性物质溶解，导致胸膜内弹力板断裂形成肺大泡的结果[2]。本组5例复发性气胸手术探查均见肺尖有多个肺大泡存在，病理检查见肺大泡内壁下纤维组织增生及炎细胞浸润。慢支炎组多为继发性肺大泡破裂所致，本组慢支炎者X线胸片上可见明显肺大泡者14例，其中6例在病程中大泡破裂导致气胸。

2．病因与临床表现的关系

由表1可见，病因不同，临床症状亦有所不同。青年人突然出现胸痛气急时，易考虑到气胸；而慢支炎发生气胸时，约40%无自觉胸痛，仅表现为呼吸困难，易造成误诊和漏诊，故慢支炎患者呼吸困难突然加重，不论伴有或不伴有胸痛均应考虑有并发气胸的可能。

3．病因与气胸吸收时间的关系

原因不明组与慢支炎组气胸吸收时间比较见表2，该资料经平方根转换数据后作多因素方差分析[3]，结果：病因组间$F=18.03$，$P<0.01$，两组间气胸平均吸收时间有极显著差别，说明慢支炎组气胸平均吸收时间比不明原因组长。造成此差别的原因：（1）慢支炎组平均年龄较高，并发肺气肿及肺大泡，肺泡内压增高，肺血管床明显减少，营养缺乏，组织修复功能差；（2）慢支炎急性发作期出现气胸，往往同时有肺部感染存在。以上两点致胸膜破裂口愈合缓慢。故老年气胸患者控制呼吸道感染是治疗中的重要

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

环节。

4．不同治疗方法与气胸吸收时间的关系

表3显示第Ⅰ组、Ⅱ组、Ⅲ组、Ⅴ组各组间差别有显著意义（P值<0.05、0.01、0.01、0.05），第Ⅳ组、Ⅵ组间差别无显著性（P值>0.05），此结果说明闭式引流组效果最好，自行吸收组效果最差、吸收时间最长，因此我们认为多次抽气肺膨胀不良或慢支炎并发气胸者，早期采用闭式引流，有利于尽快缓解临床症状、加速肺复张及降低气胸病死率。闭式引流与负压吸引组间无显著性差异，与彭宗泉[4]观察结果相同，说明负压吸引效果并不比闭式引流优越。

5．复发性气胸的治疗

John等[6]统计气胸复发率为20～25%。Ohata等[5]在253例开胸手术的气胸患者中见大多数是气肿性肺大泡所致。本组自发性气胸原因不明组与慢支炎组复发率分别为15.18%与20.34%。5例开胸探查证实为肺大泡破裂所致，因此我们认为原因不明的多次复发性气胸患者，以手术治疗为宜。

表1　自发性气胸患者临床症状

	总例数	胸痛(%)	气急(%)	咳嗽(%)	心慌(%)	胸闷(%)
原因不明组	112	105(93.75)	75(66.96)	56(50.00)	23(20.54)	42(37.50)
慢支炎组	59	35(59.32)	50(84.75)	28(47.46)	20(33.90)	24(40.68)
其　他	34	19(55.88)	26(76.47)	5(14.71)	6(17.65)	5(14.71)

表2　病因与气胸吸收时间的关系

治疗方法	不明原因组		慢支炎组	
	病例数	平均吸收时间(天)	病例数	平均吸收时间(天)
自行吸收	9	6.1	6	22.7
单纯抽气	51	6.2	16	13.8
闭式引流	41	3.4	28	6.4
负压吸引	9	4.6	3	11.7
合　计	110	5.1	53	13.7

表3　不同治疗方法组气胸平均吸收时间的两两比较

比　较　组	比较组吸收时间均数(天)	Q值	结　论
Ⅰ组（自行吸收/单纯抽气）	12.73/8.03	3.03	P<0.05
Ⅱ组（自行吸收/闭式引流）	12.73/4.62	6.98	P<0.01
Ⅲ组（自行吸收/负压吸引）	12.73/6.33	5.79	P<0.01
Ⅳ组（单纯抽气/负压吸引）	8.03/6.33	2.76	P>0.05
Ⅴ理（单纯抽气/闭式引流）	8.03/4.62	3.95	P<0.05
Ⅵ组（负压吸引/闭式引流）	6.33/4.62	1.19	P>0.05

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

参 考 文 献

1. 上海医科大学《实用内科》编委会编。实用内科学。北京：人民卫生出版社，1986：926
2. 陈少夫摘。气肿性肺囊泡的病理—特别是有关青年人肺大泡的形成机制。国外医学：呼吸分册1984；1：42～43
3. 上海第一医学院统计学教研组。医学统计方法。上海科学技术出版社，1979：53～64
4. 彭宗泉。老年自发性气胸43例临床分析。中华老年医学杂志 1985；4(3)：137
5. John A, et al Tetracycline pleurodosis during active pulmonary pleural air leak for prevention of recurrent pneumothorax. Chest 1982; 81:78
6. Ohata M, et at Pathogenesis of spontaneous pneumothorax with special referance to the ultrostructure of emphysematous bullae Chest 1980;77:771

（收稿：1988.7.7；修回：1989.1.30）

纤维结肠镜检查肠道准备法的探讨

王振华 徐采朴 姜利国 高晋华 （西南医院 消化科）

纤维结肠镜检查肠道准备方法较多，但各法尚有不足之处。近来我们在135例肠镜检查中，摸索出新的肠道准备方法。现将情况报告如下：

方 法 与 结 果

病例系1986年6月至1987年1月间肠镜受检者共153例。男性82例，女性53例，年龄自15～67岁。其中慢性结肠炎57例、结肠息肉20例、结肠癌3例、克隆氏病2例、肠结核2例、血管畸形1例、未见明显病变50例。患者按顺序先后分别采用甘露醇法及番泻叶Ⅰ、Ⅱ和Ⅲ法。具体方法见表1。凡肠镜未达回盲部，曾服其它泻剂或作过清洁灌肠者，均不列入本文分析。肠镜专人操作，根据下列标准判断肠道清洁度：

Ⅰ级：肠腔内仅有少量液体，无粪质，肠粘膜清晰可见。

Ⅱ级：肠腔内有较多液体或/和液内有较多细粪质，但经吸引或变换体位，结肠各部粘膜仍清晰可

表1 肠 道 准 备 方 法

方法	检查前一日		检查当日	
	饮食	用药	早餐	用药
甘露醇法	流质		禁食	晨4:00 20%甘露醇250ml 5%葡萄糖生理盐水500ml 10%葡萄糖液500ml
番泻叶Ⅰ法	流质	10:00及18:00时番泻叶各10g	禁食	
番泻叶Ⅱ法	不限		禁食	4:00 番泻叶10g 5:00 硫酸镁20g
番泻叶Ⅲ法	不限		禁食	4:00 番泻叶10g 胃复安20mg 5:00 硫酸镁20g

番泻叶10g加开水400ml代茶饮，硫酸镁20g用凉开水800ml化服

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