DOI:10.16016/j.1000-5404.1986.s1.030

成人右肺中叶不张80例分析

郑成位 蒋耀光 路作新 范士志（第三附属医院 胸外科）

我院自1965年至1986年5月收治成人右肺中叶不张80例，现分析报告如下。

1.临床资料：本组男44例、女36例。年龄最小为18岁，最大72岁。其中18～39岁35例、40～59岁31例、60岁以上14例。病期最短7天，最长达29年，平均2年6个月。

临床症状以咳嗽咯痰为主最为多见，共67例，其余为肺炎反复发作、胸痛、咯血等为主共10例、无症状3例。痰查结核杆菌均无异常发现，痰细胞学检查发现癌细胞者2例。所有病例均行胸部摄片显示典型中叶不张影象，以后前位相当中叶部位为异常密度增高影，侧位呈收缩梭状影，前凸位显示三角状影，有7例发现结核钙化灶。支气管碘油造影30例，发现囊柱状支气管扩张22例。中叶支气管壁靠拢、管壁不规整4例，占位性病变2例，余2例无异常发现。支气管镜检查28例，发现右肺中叶支气管有充血、水肿或脓液溢出等炎症现象23例、未发现异常者5例。

2.治疗方法：80例病人中有40例采用手术治疗，其中37例行单纯中叶切除，2例肺癌行中、下叶切除，1例晚期肺癌行液氮冷冻治疗。术中见中叶支气管周围有肿大淋巴结8例，中叶叶间隙完全31例，不完全者9例，其叶间隙均有粘连，其中有2例为肺癌。非手术治疗40例，其中3例为晚期肺癌不能手术，其余37例均经抗感染等对症治疗。

3.治疗结果：手术病人中发生叶间积液并发症5例，经穿刺抽液治愈。死亡1例，其余病例顺利痊愈。切除标本病理诊断为支气管扩张或支气管周围炎者37例，肺癌3例。前者多伴有肺实质慢性炎症及纤维性变。非手术治疗40例中，除3例肺癌病人外，其结果中叶完全复张8例。症状消失。肺不张仍存在15例。症状改善、肺不张好转10例、无效而未继续治疗4例。

讨 论

1. Brock等在1937年描述了右肺中叶不张认为是肿大的淋巴结结核压迫中叶支气管所致[1]。Zdansky指出也有非特异性淋巴结感染引起淋巴结肿大钙化使支气管受压[2]。1950年Rubin等指出中叶肺不张也可由于良性或恶性疾病引起[3]。国内病例报告也多认为为肿大的淋巴结压迫中叶支气管造成梗阻引起肺不张，而肿大的淋巴结多为结核所致[4][5][6][7]。

本组80例病人中，临床诊断为非特异性炎症74例，占93%。其中40例手术病人除3例肺癌外，支气管碘油造影或支气管镜检均未见到中叶支气管有明显阻塞。术中仅8例见有中叶支气管旁约黄豆大淋巴结，亦不足以压迫支气管引起肺不张。此病例病理检查均为非特异性炎症，中叶支气管为支气管扩张或周围炎性改变，无阻塞及狭窄，但肺实质显慢性炎症及纤维性改变。31例叶间隙完全，占手术的78%。即是9例分叶不全，亦有较重程度的粘连。因而我们认为，淋巴结肿大压迫，特别是结核性淋巴结肿大，不是本病发生的最主要原因。而主要原因可能是支气管炎症加之中叶支气管的解剖特点，导致引流不畅、通气受阻，除引起中叶支气管本身病变外，尚可引起肺实质的损害。其后虽炎症消退、中叶支气管通气恢复，但所致支气管及肺实质的损害则难以恢复。加之叶间隙完全、缺乏叶间旁路通气而发生右肺中叶不张。

中叶肺不张的病因和发病机制比较复杂，而Adler等提出将其分为“中叶综合症”、“中叶疾病”二类，但一些作者认为这样分类在临床诊断上很难区别，实用性不大[5][5]。Graham氏提出的临床诊断必备条件有不少困难和限制性。所以考虑到临床诊断能说明本病的复杂性又具有诊断治疗上的实用性，

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

我们认为仍采用“成人右肺中叶不张”的命名比较恰当，其病因性质不加限制又比较全面，临床诊断切合实际可行。

2．临床表现国内多报道以肺炎反复发作或咯血多见[4][5][8]。本组以咳嗽咯痰为主最多，达67例。而以肺炎反复发作、咯血、胸痛等为主仅10例，并未有大咯血。因肺癌引起右肺中叶不张，本组明确诊断为6例，占7.5%，也较国内报告为多[5][8]。其年龄均为40岁以上，而无症状3例中有1例为肺癌，所以对40岁以上有无症状的肺不张均要高度重视。Svend 等报道3例因炎症感染而采用对症治疗无效，确诊为恶性变时已属晚期不能手术切除[1]。本组亦有3例确诊已属晚期而失去手术机会。本组病程平均为2年6个月，比国内报告的17.5月为长，而比 Efflers 等报道的4年半为短。咯痰量与疾病性质有关，中等量与大量咯痰27例支气管碘油造影有22例为支气管扩张。

中叶不张根据病史、X线检查可以获得早期诊断。支气管镜及支气管碘油造影对明确其原因很有帮助。

3．国外多有报道中叶切除后并发包裹性积液，感染残腔再次胸改手术。本组发生叶间积液5例，经处理短期痊愈。但近几年来在手术中我们加强了肺门部的热敷止血、使用硅橡胶胸腔闭式引流冲洗装置后，手术24例均恢复顺利未发生并发症，也减轻了术后反应。

成人右肺中叶不张经积极保守治疗而无好转者就应考虑手术治疗。因病程长粘连严重给手术造成困难，而恶性病变延误可失去手术时机。故许多作者认为手术治疗应持积极态度。该手术危险性小、并发症少，早期手术可避免延误诊断与治疗。我们认为以下指征可采用手术治疗：（1）诊断明确而不能除外肺癌者；（2）经非手术治疗效果不好，反复发作者；（3）慢性炎症伴有支气管扩张或反复咯血病史者。

小　结

本文对80例成人右肺中叶不张及对其中40例手术病人进行了临床分析。症状以咳嗽咯痰最为多见。认为发病原因与机制主要是中叶支气管慢性炎症损伤使引流不畅和通气受阻，加之中叶本身特殊解剖位置及叶间隙完全而缺乏旁路通气所致，而不是肿大的淋巴结压迫支气管造成。对临床诊断命名采用成人右肺中叶不张比较恰当。并对手术治疗提出了有关指征。

参 考 文 献

1. Svend B, et al. Isolated middle Lobe ateleclasis: aetiology、Pathogenesis、and treatment of the So-Called middle lobe syndrome, Thorax 1980; 35:449
2. 侯杰。肺中叶征侯群。中华结核病科杂志 1956；4：295
3. Robert B, et al. Middle lobe syndrome. Ann Thorac Surg 1983; 35:6
4. 孙德荣，等。右肺中叶综合症。中华外科杂志 1960；8(6)：566
5. 朱尔梅，等。成人肺中叶不张73例分析。中华内科杂志 1962；10(6)：363
6. 刘美郎，等。肺中、舌叶病变鉴别诊断110例分析。中华结核与呼吸系统杂志 1981；4(5)：282
7. Culiner MM. The right middle lobe syndrome anonobstructive complex. DIS Chest 1960; 50:57
8. 郑　滋，等。成人右肺中叶综合病征46例分析。中华内科杂志 1962；10(6)：370

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net