DOI:10.16016/j.1000-5404.1983.01.017

胸壁肺气囊疝一例报告

第三附属医院胸外科 高宗明 放射科 吴 琦

胸壁肺气囊疝临床少见。我院手术治疗1例，报告如下：

患者男性，38岁，自1980年春开始咳嗽，咳少量白色泡沫状痰，不咳血，当时未引起注意。至1981年症状明显加剧，多为刺激性干咳，早晚较重。于住院前半年一次剧咳后，发现左上胸壁出现一拇指头大包块，针刺感，两周后渐增至鹅旦样，经三个月中西医治疗现咳嗽基本控制，但包块较前增大，故于1981年12月26日入院。

既往无胸部损伤史。

体检：体温、脉搏、呼吸、血压属正常范围，于左前胸上部可见一椭圆形包块，边界清楚，扪之囊性感，能压缩，局部叩诊鼓响。心肺（－）。穿刺包块，抽出物为气体，抽后包块显著缩小，但不久又复现。

X线照片：见左上肺尖后段慢性纤维化病灶。侧位：左前胸上部一9×3.5cm大肺气囊（图1）。切线位：该气囊位于肋骨和皮下之间（图2），邻近肺组织清晰。

手术经过：1982年2月5日于全麻下探查包块，术中见萎缩的胸肌下有一囊性包块，大小与X线照片相同，沿囊壁四周剥离至锁骨中线第二肋间，因气囊颈部粘连不易剥离，随切开囊壁，证实为一含气空腔，从囊内观其颈部为一0.5cm大，边缘光滑的洞道，经肋间直通胸内，可见气体随呼吸自洞口一进一出、挤压麻醉气囊，溢出的气体明显增多，说明该气囊直接与肺相通。自气囊颈部全部切除囊壁，洞口以肌瓣填塞，折叠缝合胸肌，伤口加压包扎。术后病理检查：气囊及洞道壁显慢性炎变，有少许肺组织。

讨论：胸壁疝发生的机制与腹壁疝相似，主要有两个因素：一为肋骨或肋间组织存在着先天或后天缺损；二为旷日持久的肺内压增高。临床上偶见有肺组织自缺损处疝出，称为肺疝。本例尽管长期咳嗽致使肺内压不断增高，但因其肋间组织缺损较小，仅0.5cm大，故阻碍了肺组织直接疝向胸壁。根据手术及病理所见，疝出之气囊为一突向胸壁的孤立性肺大疱，其囊壁的构成除疱壁外尚包含脏、壁两层胸膜。本症临床虽属少见，但依据病史，配合X线照片不难作出诊断。处理：应首先极积治疗支气管，肺疾病，待控制咳嗽后，以行疝修补术为宜。

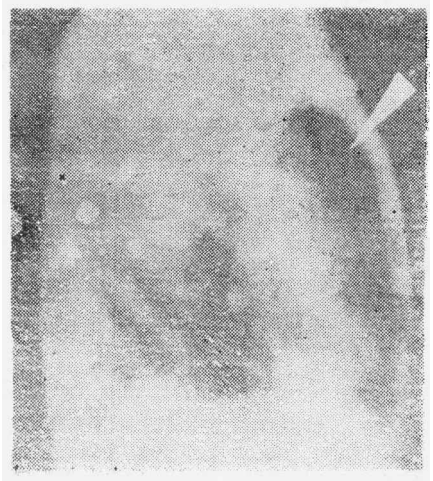


图1 侧位：左前胸上部一9×3.5cm大肺气囊



图2 切线位：该气囊位于肋骨和皮下之间

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