DOI:10.16016/j.1000-5404.1980.03.010

纵隔移位的观察对单侧大量胸腔积液的诊断意义

第一附属医院内科　吴　善

单侧大量胸腔积液在应用其它方法而仍不能肯定病因诊断时，胸片检查观察纵隔移位情况，对病因鉴别方面具有一定意义①-③。大量胸腔积液时可能有以下三类纵隔移位方式，即：纵隔一致性移位，纵隔分离性移位以及纵隔不移位。再细分之有以下7种移位方式：①气管与心脏同向病侧移位；②气管与心脏同向健侧移位；③气管向病侧而心脏向健侧移位；④气管向健侧而心脏向病侧移位；⑤心脏向病侧或健侧而气管不移位；⑥气管向病侧或健侧而心脏不移位；⑦气管与心脏均不移位。现将本院20年中病因确定的单侧大量胸腔积液41例连同文献中Liberson① 31例与张氏等② 21例的三类纵隔移位情况归纳于表1。从表1可见结核性

表1　93例单侧大量胸腔积液的纵隔移位情况

病因诊断	例数	纵隔移位情况		
		一致性移位例数(%)	分离性移位例数(%)	完全不移位例数(%)
肺癌	46(20+23①+3③)	17(36.9)	19(41.3)	10(21.7)
结核	41(19+4①+18③)	41(100.0)	0	0
淋巴瘤	5(1+4①)	5(100.0)	0	0
绒癌	1	1		

注：1.一致性移位的17例肺癌中7例向健侧，4例向病侧，尚有6例①的移位侧别不明。
2.分离性移位的19例肺癌中，本院9例的具体转位情况见正文，其余10例①不明。
3.结核、淋巴瘤及绒癌病例的纵隔均推向健侧。

大量积液时，气管与心脏均推向健侧，淋巴瘤和绒癌所致大量积液的情况亦然，但肺癌所引起的大量积液，则可出现各种形式的纵隔移位。进一步分析本组20例肺癌引起的大量胸腔积液，得知气管与心脏均向健侧移位者7例（35%），均向病侧移位者1例。气管移向健侧而心脏不移者3例（15%），气管不移而心脏移向健侧者4例（20%），气管移向病侧而心脏移向健侧者2例（10%）。气管与心脏均不移位者3例（15%）。可见，肺癌合并大量胸腔积液时，只有三分之一左右的病人，出现气管与心脏呈一致性健侧移位，但结核、淋巴瘤等引起的大量胸腔积液则均为一致性移向健侧。

讨　论

结核、淋巴瘤与绒癌等引起的大量胸腔积液时，气管与心脏之所以一致性推向健侧，是由于该侧胸腔内压力明显增高，且又无其它因素（如肺不张、纵隔固定）阻挡或抵消其推移纵隔的作用之故。但在肺癌合并大量胸腔积液时，何以只有一小部份病人的纵隔呈一致性向

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

健侧移位呢？这是因为在此种情况，纵隔是否移位或如何移位，取决于多种因素，主要是：①大量积液：推纵隔向健侧移位；②肺部巨大瘤块：推纵隔向健侧移位，近纵隔的巨大瘤块，推移作用尤著；③肺不张：肺癌阻塞叶、主支气管引起肺叶或全肺不张时，可拉气管或/和心脏向病侧移位；④纵隔固定：纵隔因癌肿侵犯产生粘连而呈固定时，则气管或/和心脏可不受上述三种因素推、拉的影响，因而亦就不发生移位现象。可见，肺癌患者伴有大量积液时，根据是否同时并存肺部巨大瘤块或/和肺不张或/和纵隔固定，以及它们之间相互联系、相互制约的影响，而可出现各种形式的纵隔移位，例如大量积液与全侧肺不张并存时，纵隔可不移位；如大量积液与全侧肺不张并存的同时，肺上叶又有巨大瘤块形成时，则就可能出现气管推向健侧而心脏无移位。但若大量积液与肺上叶不张并存而无肺部巨大瘤块时，则心脏将被推向健侧而气管可能无移位。又如大量积液与上、下纵隔固定同时存在时，气管与心脏均可不移位，然而如果只有上纵隔固定，那就很可能出现气管不移位而只有心脏向健侧推移，诸如此类，不一一列举。

还必须指出，在结核性大量胸腔积液患者，造成胸片上单侧肺透光度减低的原因，是该侧的大量积液；淋巴瘤或绒癌合并大量积液时所出现的单侧肺透光度减低，基本上亦是由于积液造成。但肺癌合并大量积液时，除积液的因素外，往往还有肺不张与巨大肺部瘤块等因素的参加，一起组成胸片上单侧肺透光度减低的表现。因此，同样是单侧肺透光度减低，在肺癌合并大量积液的患者，积液量就可能较结核性大量积液的患者少，推动气管与心脏的力量亦可能较小，再若加上肺不张和/或纵隔固定的同时存在，气管与心脏一致性推向健侧的现象，自然就不常见了。

从以上分析讨论，可见观察纵隔移位情况对探讨大量胸腔积液的病因，可提供一条有意义的线索，即不伴纵隔移位或伴纵隔分离性移位的大量胸腔积液，常提示为肺癌转移所致而不利于结核性病因的诊断。另一方面，纵隔呈一致性向健侧移位者，则较少见于肺癌合并的大量积液，诊断上首应考虑结核性渗出性胸膜炎。据Liberson① 观察，有些肺结核患者即使气管已被纤维病变所牵扯，但合并大量积液时，亦未见到纵隔分离性移位或完全不移位的现象。淋巴瘤和绒癌合并大量积液的情况看来基本与结核性相似，由于文中统计例数太少，还须进一步观察，方能下结论。最后有必要提一下，胸膜间皮瘤引起的大量积液，有时因纵隔被侵犯而固定，亦可不出现移位或出现分离性移位。

上面的讨论均就单独一种疾病而言，但个别病人亦可两病并存，此时纵隔移位情况，可能亦有所变化，例如结核性大量积液与肺癌并存时，就可能不出现象单纯大量结核性胸腔积液时所见到的纵隔移位表现，因而有可能只被诊断是肺癌合并大量胸腔积液。纵隔移位的观察仅仅是辅助诊断手段之一，因此还应结合其它诊断方法综合判断，才能获得正确的病因诊断。

参 考 文 献

1. Liberson, M: Diagnostic Significance of mediastinal profile in massive unilateral pleural effusions, Am. Rtv. Resp. Dis 88(2):176, 1963

2. 立入弘：肺癌のX线诊断，癌の临床9 (3、4) :113, 1963

3. 张发初等：100例单侧肺不透明伴纵隔移位的观察，中华医学杂志(2):127, 1975

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