

· 短篇论著 ·

肺结核患者并发自发性气胸 98 例分析

曹瑛

(河南省信阳市第五人民医院 信阳 464000)

自发性气胸是肺科较为常见的急症,也是肺结核的严重并发症。有时症状险恶,若抢救不及时,可导致呼吸循环衰竭甚至死亡。肺结核引起自发性气胸由于肺部病变广泛或组织坏死,由胸膜下结核灶或结核空洞直接向胸膜腔破溃;可由病灶纤维化、瘢痕化导致原有肺气肿或肺大泡破裂;可由胸膜粘连带撕裂脏层胸膜所致。粟粒型肺结核也可引起间质性肺气肿肺大泡破裂或胸膜上粟粒病灶破入胸腔,而发生气胸。收集 2004—2007 年我院收治的并发于肺结核的自发性气胸 98 例,分析报告如下。

临床资料

1. 一般资料:98 例中,男性 82 例,女性 16 例。年龄 28~72 岁,平均 64.5 岁。肺结核诊断标准参照肺结核的诊断要点^[1]。98 例患者,多经胸部 X 线检查确诊并发了气胸,有 4 例因病情较重,无法摄片,行胸膜腔穿刺抽气后确诊。98 例患者中,年龄偏大、较局限的增殖性病灶且合并慢性阻塞肺疾病(COPD)48 例,慢性纤维空洞肺结核 30 例,粟粒型肺结核 20 例。痰结核菌阳性 30 例,阴性 68 例。

2. 发病诱因:剧烈咳嗽 39 例(39.8%),屏气用力(如用力大便,举重物等)15 例(15.3%),情绪异常激动 4 例(4.1%),无明显诱因 40 例(40.8%)。

3. 临床表现:起病急剧 24 例,表现为突然加重的呼吸困难,胸痛,端坐呼吸,大汗淋漓,烦躁不安,有 5 例有休克表现;发病缓慢 74 例,表现为刺激咳嗽,胸闷气短,呼吸困难,紫绀等症状。

4. 主要的气胸体征:气管移位,患侧或局部呼吸音减弱、消失 21 例(21.4%),出现三凹征 12 例(12.2%),无典型气胸体征 65 例(66.3%)。

5. 气胸部位、类型及压缩面积:左侧气胸 30 例(30.6%),右侧气胸 53 例(54.1%),双侧气胸 15 例(15.3%);单纯型气胸 52 例(53.1%),交通型气胸 26 例(26.5%),张力型气胸 20 例(20.4%);肺压缩面积<20%者 30 例(30.6%),肺压缩面积在 20%~60%之间者 42 例(42.9%),肺压缩面积>60%者

26 例(26.5%)。

6. 并发症及复发率:皮下气肿 30 例,纵隔气肿 9 例,支气管胸膜瘘 5 例,肺部感染 59 例,胸膜腔感染 3 例。复发 41 例,其中复发 1 次 28 例,复发 2 次及以上 13 例。

7. 治疗:所有病例,根据病情,给予吸氧,抗结核治疗,或同时抗感染治疗,纠正电解质和酸碱紊乱,支持营养治疗。

结 果

有 12 例症状较轻,肺压缩面积<20%的闭合型气胸采用绝对卧床休息后肺复张。另 86 例立即行胸膜腔穿刺抽气减压,其中有 27 例经抽气 1~2 次肺复张;59 例抽气 2 次以上无效后,50 例用中心静脉导管行胸腔闭式引流,5 例经手术治愈。4 例死亡,其中 1 例胸腔闭式引流术后复发,家属放弃治疗;肺性脑病 2 例;双侧气胸合并广泛皮下气肿及纵隔气肿 1 例。

讨 论

根据本文资料分析,肺结核患者并发气胸有以下临床特点:(1)患者年龄一般偏大,多合并慢阻肺,肺组织弹性和肺功能差,气胸症状体征往往被基础疾病所遮盖或与之重叠,发生气胸后病变处肺部叩听诊变化不明显,易漏诊或误诊^[2]。(2)多因剧烈咳嗽、用力大便、打篮球和举重物等突然出现无法解释的胸闷、呼吸困难,尤其是出现胸痛时,考虑为气胸的发生。胸痛多突然发生,呈针刺样或刀割样,有时疼痛可向肩背部放射呈牵扯性。当肺组织弹性和肺功能良好时,呼吸困难就不甚明显;而少数高龄患者或肺部病变广泛、肺功能较差的患者,呼吸困难较明显。(3)对于高度怀疑气胸,胸部 X 线检查不能完全确诊者,需进一步检查,如胸部 CT。

肺结核患者并发自发性气胸的治疗:在积极抗结核治疗,控制感染,纠正水、电解质、酸碱失衡等针对病因治疗的同时,进行如下排气疗法:(1)一般治

疗:患者绝对卧床休息,适当镇静及避免用力,保持大便通畅,肺压缩 $<20\%$ 的闭合性气胸可自行吸收。(2)胸膜腔穿刺减压:可加速肺复张,迅速缓解症状,适用于小量气胸、心肺功能尚好的闭合型气胸患者。因操作简便,当张力型气胸病情危急时,为了抢救患者生命,可用粗针头迅速刺入胸膜腔可达到暂时减压的目的。(3)胸腔闭式引流:本法适用于交通型、张力型气胸或反复发生的气胸等不稳定型气胸,无论其气胸容量多少,均应尽早行胸腔闭式引流。根据 X 线胸片或 X 线透视选定插管部位,多取患侧锁骨中线外侧第二肋间或腋前线第 4~5 肋间。一般选用 16~24 F 胸腔引流管,如有支气管胸膜瘘等的患者应选用 24~28 F 大导管。(4)间断负压吸引:具有负压大,吸引快等优点。若经水封瓶引流后未能使胸膜破口愈合,肺仍不能复张,可在引流管加用负压吸引装置,进行间断负压吸引。一般负压为 $-10\sim-20\text{ cmH}_2\text{O}$,如果负压超过设置值,则空气由压力调节管进入调压瓶而使胸腔所承受的吸引负压不会超过设置值,可避免过大的负压吸引对肺的

损害。我们应用了 38 例,肺复张效果快,缩短了病程。(5)化学性胸膜固定术:为了预防气胸复发,可胸腔注入硬化剂,产生无菌性胸膜炎,使胸膜粘连,从而消灭胸膜腔间隙,常用的硬化剂有多西环素、滑石粉等^[2],也可用 50%葡萄糖液、自身血或鲜血、红霉素和利多卡因等注入胸腔。

肺结核患者并发自发性气胸,病情重而复杂,变化快,必须及早检查确诊,以免漏诊。考虑各方面因素,综合治疗,尽早排气,缓解病情,从而降低死亡率。

参考文献:

- 1 中华人民共和国卫生部疾病控制司. 中国结核病防治规划实施工作指南 [M]. 2002:21-22
- 2 刘盛强,慢性阻塞性肺部疾病并发自发性气胸误诊 12 例分析 [J]. 中国误诊医学杂志,2002,2(2):562

(收稿日期:2008-04-01)