

# 慢性阻塞性肺疾病合并自发性气胸 60 例临床分析

黄 繁

(海南省国营八一总场医院,海南 儋州 571727)

**【摘要】** 目的 分析基层医院慢性阻塞性肺疾病(COPD)合并自发性气胸患者的临床特点,总结误诊原因,以期提高临床诊治水平。**方法** 收集2013年1月至2015年3月我院内科收治的60例COPD并发自发性气胸患者的临床诊治资料,分析其发病诱因、气胸部位、类型及压缩面积和临床表现等。**结果** 所有患者经常规抗感染、吸氧、祛痰止咳、支气管扩张剂等综合治疗后症状均得到不同程度缓解;根据患者气胸类型不同及肺压缩程度不同,行胸腔穿刺抽气减压或胸腔闭式引流术等内科治疗;4例治疗未痊愈或严重的血气胸患者转外科手术治;4例发生心衰、张力性气胸死亡;治疗总有效率为86.7%(52/60)。误诊率为18.3%(11/60),常见误诊原因为习惯性诊断、肺气肿掩盖典型体征、老年性记忆力降低、老年性痛觉下降等。**结论** COPD合并自发性气胸临床表现多样复杂,临床医生应提高对COPD合并自发性气胸的认知,以提高诊断率,降低漏诊率和死亡率。

**【关键词】** 慢性阻塞性肺疾病;自发性气胸;临床特点;误诊

**【中图分类号】** R563 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1003-6350(2015)18-2774-02

慢性阻塞性肺疾病(Chronic obstructive pulmonary disease, COPD) 是主要以气流受阻不完全可逆、呈进行性发展,肺部呈现出对有害颗粒或气体的异常炎症反应的疾病<sup>[1]</sup>。COPD患者通常具有肺功能较差,肺气肿,肺大泡等临床特征,老年人尤甚,而自发性气胸起病急、病情重,是临床典型且危险性最高的并发症之一<sup>[2]</sup>。近年研究发现,基层医院临床中COPD患者合并自发性气胸常伴有临床特征及体征加重,肺功能受损加重导致回心血量减少,易引起心、肺功能衰竭,伴随病情演变、胸片特征不典型,容易被误诊为呼吸衰竭、支气管哮喘等疾病,从而错过最佳治疗时机,处理不得当,病死率较高<sup>[3]</sup>。因此,本次研究以基层医院合并自发性气胸60例COPD患者为研究对象,回顾性分析其临床特点及其误诊原因,现报告如下:

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析2013年1月至2015年3月我院内科收治的60例COPD并发自发性气胸患者的临床诊治资料,60例患者中,男性45例,女性15例;年龄46~87岁,平均(61.3±5.08)岁;病史3~18年,平均(11.4±3.02)年。所有患者均符合中华医学会呼吸学分会慢性阻塞性肺疾病学组2007年修订版的《慢性阻塞性肺疾病治疗指南》中的诊断标准<sup>[4]</sup>,且经

影像学X线胸片检查确诊合并有自发性气胸。其中慢性支气管炎41例,支气管哮喘19例,合并肺结核3例,肺间质纤维化5例,高血压11例,糖尿病3例。

1.2 发病诱因 气胸发作前出现痰量增多、畏寒、发热、体温超过38.0℃,肺部闻及干、湿性啰音。白细胞>12.0×10<sup>9</sup>/L,提示肺部感染16例,占26.7%;因肺部感染诱发剧烈咳嗽22例,占36.7%,打喷嚏7例,占11.7%,体力活动5例,占8.3%;用力排便屏气者8例,占13.3%;无明显诱因2例,占3.3%。

1.3 气胸部位、类型及压缩面积 发生部位在右侧22例,占36.7%,左侧18例,占30.0%,双侧气胸5例,占8.3%;其中7例(11.7%)反复发生同侧气胸2次,6例(10.0%)先后两侧发生气胸>3次。闭合型气胸18例,占30.0%,张力型气胸32例,占53.3%,交通型气胸10例,占16.7%。肺组织压缩面积10%~95%不等,其中<20%16例,占26.7%,21%~49%31例,占51.7%,>50%者13例,占21.7%。

1.4 临床表现 60例患者中36例起病较缓,在原有病情基础上加重,表现为咳嗽、咯痰症状加重16例,占26.7%,胸痛7例,占11.7%,紫绀6例,占10.0%,气管移位7例,占11.7%。24例起病较急,临床表现为突发呼吸困难、胸闷、紫绀加重,其中9例

通讯作者:黄 繁。E-mail:13907651165@163.com

\*\*\*\*\*

[10] 张雅静, 吕宪民, 王海英, 等. 急性脑梗死视频脑电图监测异常与癫痫发作的关系研究[J]. 中国全科医学, 2012, 15(11B): 3785-3787.

[11] 吕 洋, 童 岚, 冯雅珍, 等. 脑电图监测对肝硬化合并肝性脑病患者诊断的意义[J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(20): 5196-5197.

[12] 周月玲, 陈燕伟, 王向宇. 定量脑电图在重型颅脑创伤患者预后评估中的应用[J]. 实用医学杂志, 2013, 29(15): 2482-2485.

[13] Kavcic P, Koren A, Koritnik B, et al. Sleep magnetic resonance im-

aging with electroencephalogram in obstructive sleep apnea syndrome [J]. Laryngoscope, 2015, 125(6): 1485-1490.

[14] 陈 新. 各型注意缺陷多动障碍患者脑电图的改变[J]. 临床神经病学杂志, 2013, 26(1): 47-48.

[15] 吴至凤, 张雨平, 赵聪敏, 等. 褪黑素作为睡眠诱导剂在儿童睡眠脑电图检查中的应用[J]. 第三军医大学学报, 2012, 34(15): 1560-1563.

(收稿日期:2015-05-11)

(15.0%)出现明显胸痛,6例(26.7%)伴有大汗淋漓,5例(8.3%)出现烦躁不安,4例(6.7%)气管移位;双肺广泛哮鸣音13例,占21.7%,心衰、呼衰11例,占18.3%。

## 2 结果

2.1 治疗及转归 原发病经常规抗感染、吸氧、祛痰止咳、支气管扩张剂综合治疗后所有患者均得到不同程度的缓解,休克患者给予针对性的开通抗休克静脉通道治疗。18例闭合型气胸者有4例行胸腔闭式引流术,12例肺组织压缩面积<30%行胸腔穿刺抽气减压术,2例患者气体较少未作抽气处理,行吸氧观察;患者经多次抽气后11例患者5d左右症状减轻,7例症状未减轻患者行胸腔闭式引流后愈合。32例张力型气胸及10例交通型气胸入院即行胸腔闭式引流术,其中4例治疗未痊愈或严重的血气胸患者转外科手术治疗,同时处理并发症;其中2例老年男性患者因心衰、呼衰死亡;2例老年男性患者张力性气胸分别形成纵膈气肿和皮下气肿死亡。治疗总有效率为86.7%(52/60)。

2.2 误诊原因 60例患者误诊11例,误诊率为18.3%,误诊时间8h~5d。其中5例误诊为慢性阻塞性肺疾病急性加重期(AECOPD),误诊原因分别是习惯性诊断3例,肺气肿掩盖典型体征1例,老年性记忆力降低1例;2例由于老年性记忆力降低误诊为急性左心衰;3例误诊为哮喘发作,误诊原因分别是肺气肿掩盖典型体征1例,老年性痛觉下降1例;1例由于肺气肿掩盖典型体征误诊为肺性脑病。

## 3 讨论

COPD是支气管慢性炎症导致周围组织反复感染,支气管纤维组织增生,平滑肌和弹力纤维降低或破坏引起支气管管腔狭窄,细支气管半阻塞,产生活瓣膜机制致肺大泡形成,患者会不自觉出现呼吸困难、咳喘等临床症状<sup>[1]</sup>。患者肺内结构及功能会出现不同程度的损害,如咳嗽、用力排便情况会发生肺内压增高,形成肺气肿导致胸膜下肺大泡突发破裂,从而形成自发性气胸<sup>[2]</sup>。临床上COPD患者在急性发作期通常会出现不同程度的酸碱平衡失调及严重的呼吸道感染情况,但并非所有患者的肺组织压缩情况与临床症状呈完全正相关<sup>[5]</sup>。因此,提高对自发性气胸的认知很重要。

本组患者的资料分析结果显示,COPD合并自发性气胸发作前患者多出现痰量增多、畏寒、发热;有些患者会有明显的诱因,如剧烈咳嗽、用力排便、打喷嚏、举重物等情况下突然感觉呼吸困难、胸闷等时要考虑发生气胸的可能。起病较急时临床多表现为突发呼吸困难、胸闷、紫绀加重等,且常伴有明显胸痛、大汗淋漓、烦躁不安、气管移位、双肺广泛哮鸣音;起病较缓时多表现原有病情基础上加重表现咳嗽、咯痰症状加重。对于临床上午明显诱因患者,要注意观察COPD

患者是否存在刀割样、针刺样胸痛,及时排查自发性气胸,同时根据症状特点及程度区别心肌梗塞<sup>[6]</sup>。对于单纯休息、常规抗感染、氧疗、祛痰止咳、支气管扩张剂等缓解无效者,应及时行CT胸部平扫明确是否存在气胸,若其存在,根据气胸特点及程度应尽早行胸腔穿刺抽气减压和胸腔闭式引流术。

本组患者误诊11例,误诊率为18.3%。分析原因:(1)受医师经验思维影响,COPD患者病程均较长,经常因急性加重而就诊,医师查体不仔细,尤其未能仔细的听诊气胸部位,易受其他病例影响加之症状表现相似,均为进行性加重的胸闷气短症状,部分COPD发作时呼吸困难不明显或与以往COPD急性发作的症状类似,容易误诊为慢性阻塞性肺疾病急性加重期<sup>[7-8]</sup>。(2)由于肺气肿的存在,未能与气胸及时鉴别,常将气胸误读为肺气肿,其典型体征易被肺气肿掩盖而难以被常规体检发现;同时局限性气胸在X线片上气胸线常不明显,若行CT检查则更易发现;同时应加强基层医院医师阅片水平培训。(3)老年人记忆力减退,反应迟缓也是较为重要的原因,临床问诊由于若不够耐心、细致、全面,容易造成信息获取不及时准确而误诊。(4)老年人由于生理性痛觉减弱,气胸发生时胸痛敏感性降低,且肺部听诊有哮鸣音,合并气胸时常不发生典型的胸痛症状容易造成误诊。本组胸痛发生率仅11.7%,结果提示COPD合并气胸患者治疗中胸痛患者敏感性甚低。

综上所述,COPD合并自发性气胸患者年龄偏大,病情重,变化快,临床表现多样复杂。临床医生应提升对COPD合并自发性气胸的认知,诊断应及时、准确、细致,以免漏诊。根据患者病情以综合措施治疗为主,尽早排气以缓解病情,提高治愈率的同时降低死亡率。

### 参考文献

- [1] 孟丹. 双水平气道正压通气治疗COPD合并OSAHS效果分析[J]. 海南医学, 2015, 26(12): 1741-1744.
- [2] 牛欢. VEGF在COPD发病机制中的研究进展[J]. 海南医学, 2015, 26(8): 1183-1186.
- [3] 孙颖新. 慢性阻塞性肺疾病合并自发性气胸临床分析[J]. 临床医药文献杂志, 2014, 1(5): 786-789.
- [4] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2007年修订版)[J]. 中华内科杂志, 2007, 46(3): 254-261.
- [5] Agappan VK, de Boer WI, Misra VK, et al. Angiogenesis and vascular remodeling in chronic airway diseases [J]. Cell Biochem Biophys, 2013, 67(2): 219-234.
- [6] Kim V, Criner GJ. Chronic bronchitis and chronic obstructive pulmonary disease [J]. Am J Respir Crit Care Med, 2013, 87(3): 228-237.
- [7] Chiu CL, Morgan CT, Lupton SJ, et al. Parent of origin influences the cardiac expression of vascular endothelial growth factor (Vegfa) [J]. BMC Med Genet, 2013, 14: 43.
- [8] 宋秀婧. 影响COPD生活质量相关因素的研究[J]. 临床肺科杂志, 2014, 19(3): 508-510.

(收稿日期:2015-05-26)