

巨大肺大疱 3 例

刘 涛¹ 王新岭²

(1. 江苏赣榆县疾病预防控制中心慢病科 赣榆 222100; 2. 江苏赣榆县人民医院 CT 室 赣榆 222100)

巨大肺大疱系指一侧或两侧肺上叶内出现至少占 1/3 胸腔范围的肺大疱,并对周围肺实质形成压迫。本病不多见。兹收集我们于 1992 年 11 月—1997 年 9 月间,经手术治疗 3 例,现报告如下。

例 1,男,34 岁。主因胸闷、气促 2 年,并半月前于外院诊断“右侧气胸”而来我院治疗。入院后行胸腔闭式引流术,6 d 后 X 线胸片复查,不见肺复张。体检:右胸部叩诊呈鼓音,听诊呼吸音消失。X 线胸

片:右侧胸腔透亮度增高,肺纹理消失,肋膈角闭塞,膈面消失。胸骨后间隙透亮度增高,心后间隙肺纹理增多聚拢,透亮度减低,肺门区无肺萎陷阴影(图 1)。手术所见:右上肺多个突出于肺表面的肺大疱,其中一个巨大,内有液体 20 ml,右上、中、下叶肺萎缩,向纵隔、心膈窝、膈面上及肋膈窝处靠拢。

例 2,男,34 岁。咳嗽、气喘 30 余年。体检:桶状胸廓,气管右移,左胸部叩诊呈鼓音,听诊呼吸音

消失,右肺闻及哮鸣音。X 线胸片:桶状胸廓,胸腔透亮度增高,肺纹理消失,左心膈角处数条弧线状阴影,长短不一相伴走行,呈分枝、交叉、汇合的相连关系。向内上方延伸消失于纵隔,向外倾斜延伸于肋膈角上方止于胸壁内缘。心膈角、膈面上肺纹理聚拢,透亮度减低,肋膈角混浊,气管、心影右移。右肺纹理多而乱,膈低平。胸骨后间隙透亮度增强,心后间隙透亮度减低且纹理增多聚拢。肺门区无肺萎陷影(图 2、3)。手术所见:左侧巨大肺大疱,并通过胸骨后间隙向健侧疝入。大疱蒂位于上叶肺外缘,其余之上叶、下叶肺萎缩,向纵隔、心膈窝、膈面上及肋膈窝处靠拢,上、下叶肺外侧同时可见 20 个 $2\text{ cm} \times 3\text{ cm} \times 3\text{ cm}$ 大小的肺大疱。左上、下叶肺组织慢性炎症、脆弱,部分肺组织纤维化。

例 3,男,31 岁。咳喘 20 余年,胸闷、气喘加重 10 余年。体检:气管左移,右胸部叩诊鼓音,听诊呼吸音消失,左肺呼吸音粗。X 线胸片:右胸腔透亮度普遍增高,肺纹理消失,第一前肋上缘区见有数条弧线影,于内侧相互合成粗条状阴影消失于纵隔内,为被压缩的肺组织边缘。膈低,膈面有两处幕状及条索状改变,肋膈角存在。气管左移。胸骨后、心后间隙透亮度增强,肺门区无肺萎陷(图 4)。手术所见:右侧胸腔—巨大肺大疱,起源于中叶外缘,并有多数较小的肺大疱,右肺上叶完全萎缩,位于肺尖区,中、下肺叶萎陷于纵隔内,中叶肺组织有变性、纤维化。

讨论:1939 年 BURKE 首先报告 1 例 35 岁男性患者,有呼吸困难,呼吸衰竭,胸片及病理见 2/3 胸腔为巨大肺大疱占据,他称之为“消失肺”,以后被称之为消失肺综合症(Vanishing Lung Syndrome)。也有人称为“大疱性肺气肿”。它是若干个肺泡破裂、溶合而形成扩大的气腔,由于活瓣作用逐渐膨胀而形成。多见于有小叶中心型或和间隔旁肺气肿的病人中^[1,2]。本病常见于青年人,多数人有吸烟史,但也可见于不吸烟者中。本文 3 例均系男性,年龄在 31—34 岁间,与文献报告一致^[1-2]。本病的特征性表现为出现巨大的进行性的上叶大疱,它可占据一侧胸腔的部分或大部分也有呈双侧性,其肺大疱大小多不对称。本文 3 例均为一侧性,但其中 1 例胸片及手术证实起源于右肺中叶,殊不多见。巨大肺大疱多发生于脏层胸膜下,压迫周围肺实质而形成压迫性肺不张,如本文所见。X 线胸片对发现本病

中的小叶中心型或/和间隔旁型肺气肿甚为困难,而 CT 特别是 HRCT 对此明显优于胸片。此外 Stem 在 9 例本病的 HRCT 上都见到患者肺内有多个肺大疱,其大小为 $1 \sim 20\text{ cm}$,但其直径多为 $2 \sim 8\text{ cm}$ ^[1]。本文例 1 术中见右上叶内有多个肺大疱,但术前胸片上未能分辨。例 3 中肺片上见肺大疱的下部可见幕状及条索状影,术中也见到多个肺大疱,但胸片所见仅能疑为部分肺大疱的投影。

巨大肺大疱胸片表现,大疱区透亮度增强,无肺纹理。而对本病有重要诊断价值的是肺萎缩的分布特点,据本组病历手术所见,肺大疱起源于不同的肺叶,引起的肺萎缩分布不同。起源于上叶的肺大疱,肺萎缩于心膈窝、膈面上、肋膈窝及纵隔内;起源于中叶肺大疱,肺萎缩于肺尖区、纵隔内。相应胸片表现为肋膈、心膈窝闭塞,膈穹隆变平及膈样抬高;肺尖区透明度减低。肺门区无肺萎陷影。CT 检查可了解萎缩于纵隔内肺组织以及肺大疱数量、范围。肺大疱多以一段弧线状影为代表,且可表现多条。大疱内液平少见,例 1 所见缘于胸腔闭式引流术。

巨大肺大疱的治疗为手术切除,胸腔闭式引流无效。本组病例术后复查,胸片显示萎缩肺再度膨胀,气喘症状解除。

在胸片上本病应与以下情况鉴别:(1)一侧重度气胸:本病萎陷肺位于肺尖内侧(或纵隔内),心膈角、膈面上及肋膈角处。气胸之萎陷肺局限于肺门区。若存在液平时,本病液体不填满肋膈角,气胸则液体堵塞肋膈角,并使之消失。(2)占据一侧胸腔含气支气管囊肿:本病可见有其他肺部改变,肺大疱单独存在者少见;而囊肿可单独存在。两者空腔壁均以一段弧线状阴影为代表。本病较薄,且可显示多条弧线;而囊肿则相对偏厚,且显示一条弧线。空腔内液平在本病中罕见;而在囊肿中并不少见。(本文图 1~4 见插页 2)

参考文献:

- 1 Stem Ej, Webb WR, Weinackerr A, et al. Idiopathic giant bullions emphysema (vanishinglungsyndrom): imagingfindingsin ninepatients[J]. AJR, 1994; 162: 279—282
- 2 Webb, mleeer Nc, Naidich OP. High - resotuiotr CT rofrthelung, znel etlt, philundelphia[J]. Lippincott, 1996: 239

(收稿日期:2005-06-06)