

80例右肺中叶肺不张的 纤维支气管镜检查及治疗

浙江医科大学附属第二医院内科 林小莉 刘富光

摘要 对80例右肺中叶不张者行纤维支气管镜检查,发现病因中非特异性炎症占57.5%,肺癌31.9%,肺结核8.9%。纤维支气管镜下表现为充血水肿、狭窄、新生物、粘膜增厚等,诊断为炎症和肺癌者与最后诊断符合率分别为87.0%和88.0%。因此纤维支气管镜检查是右肺中叶不张病因诊断最有效的手段。对其中30例非特异性炎症引起者进行纤支镜下局部治疗,仅8例痊愈。建议对右肺中叶不张由非特异性炎症引起且病程超过3个月者,应及早手术切除。

关键词 肺不张/诊断;肺不张/治疗;支气管镜术

右肺中叶不张是一种常见的X线表现,既往多认为因右中叶支气管周围淋巴结的非特异性炎症或肿胀压迫所致,实则病因多种多样,其发病并非少见。本文报告经纤维支气管镜(以下简称纤支镜)检查右肺中叶不张80例,就检查结果及临床资料作一简介。

1 材料与方法

1.1 临床资料 1985年11月至1994年7月,共行纤支镜检查2228例,其中80例经X线胸片证实为右肺中叶不张,占同期纤支镜检查总数的3.6%。男59例,女21例,男女之比2.8:1。年龄17~86岁,平均49.9岁。17~39岁18例(青年组),40~59岁34例(中年组),60岁以上28例(老年组)。病程短者一周,长者20年,超过3个月者36例,占45.0%(其中病程超过一年者20例)。症状常见依次为咳嗽67例次;咳痰58例次;咯血28例次,发热22例次;胸痛21例次。有5例无明显症状,系体检中发现。

1.2 检查方法 采用Olympus BF B3R及附件,按常规操作,检查后在病变处取活检、刷检送病理检查,同时毛刷涂片做抗酸染色及革兰氏染色检查。

1.3 纤支镜下治疗 80例中有30例非特异性炎症(占38%)在纤支镜检查的同时行纤支镜下局部治疗。其中9例行2~9次纤支镜下治疗。治疗方法:先吸净脓性分泌物,分泌物较粘稠者用生理盐水冲洗,然后注入稀释后的抗生素。抗生素选择一般与全身用药一致,并对局部支气管粘膜刺激小,常用丁胺卡那或庆大霉素。如果右中叶支气管粘膜肿胀、狭窄明显,在纤支镜下加用地塞米松及高频氧气冲击。

2 结果

本组80例右肺中叶不张的病因,根据纤支镜检查所见、活检病理切片、细胞刷检及细菌学检查,同时结合临床过程确定。其中14例经手术切除证实。结果见表1。

表1 80例右肺中叶不张的最后诊断及纤支镜检查结果

最后诊断	例	纤支镜诊断(例)	符合率%
炎症	46	40	87.0
肺癌	25	22	88.0
结核	7	4	57.1
其他	2	0	0
合计	80	66	82.5

* 1例为炎症性假瘤,1例为错构瘤

纤支镜所见有6例无明显异常,74例窥见病变,占92.5%。各种病变纤镜下所见如表2。

表2 纤支镜下所见的各种病变(例)

最后诊断	充血水肿	狭窄	脓性分泌物	新生物	粘膜粗厚
炎症	25	19	13	2	2
肺癌	3	7	0	12	6
结核	1	5	1	3	0
合计	29	31	14	17	8

炎症共46例,在3个年龄组的分布无明显差异($P > 0.05$)。肺癌共25例,在青、中、老年组的发生率分别为9.5%(2/21);35.3%(12/34);44.0%(11/25)。经统计学处理,中老年组明显高于青年组($P > 0.05$)。

3 讨论

3.1 右肺中叶不张病因及纤支镜检查价值
右肺中叶不张病因较复杂,但非特异性炎症占首位,肺癌其次,结核占第三位。本组非特异性炎症57.5%,肺癌31.9%,肺结核8.9%,与文献报道一致^[1]。

纤支镜检查是右肺中叶不张病因诊断最有效的手段,尤其对炎症、肺癌的诊断阳性率较高。纤支镜与临床最后诊断比较,炎症和肺癌最后符合者分别为87.0%和88.0%。25例肺癌中,12例镜下可窥见新生物,另10例经粘膜活检或刷片亦均找到癌细胞而确诊。由于右肺中叶不张的病因复杂,且临床症状及X线表现亦无特异性,而纤支镜操作方便,痛苦小,可明显提高病因学诊断,故应及早采用。

46例炎症多可见到粘膜水肿、脓性分泌物及狭窄,支气管粘膜活检为炎症,但其中2例镜下呈新生物表现,酷似肿瘤,活检证实为炎症。因此,右肺中叶不张,病因为肺癌或炎

症不能确定时,作纤支镜检查有助于确诊。

3.2 右肺中叶不张非特异性炎症的治疗

本组46例非特异性炎症,30例经全身积极抗炎及纤支镜下局部治疗。有2例因脓栓阻塞引起的右中叶不张,经一次纤支镜下治疗后即复张,有9例经反复多次纤支镜下局部治疗(最多达9次),其中6例症状消失,肺完全复张。上述复张的8例病程均在3个月内(多数在1个月内)。另22例病程在3个月以上,经积极治疗后症状虽有不同程度好转,但右肺中叶不能复张。这些病例症状反复发作,影响生活质量。7例最终手术切除右肺中叶,病理诊断为慢性炎症纤维化。其中1例病程长达20年者,病变已累及右肺下叶,增加手术难度。因此,我们认为,右肺中叶不张由非特异性炎症引起者,病程超过3个月以上,经积极抗炎治疗后无好转,应及早行右肺中叶切除术。

3.3 纤支镜误诊 本组有6例非特异性炎症,纤支镜下无明显支气管粘膜炎症,可能由于中叶支气管周围淋巴结的炎症肿胀压迫所致。因此,纤支镜下无明显异常时,应作进一步检查。另有8例纤支镜下表现为非特异性炎症,活检病理阴性,有7例经手术切除后,确诊为肺癌3例,肺结核2例,错构瘤1例,炎性假瘤1例。另1例经其他方法检查确诊为结核。因此,右肺中叶不张纤支镜检查阴性或非特异性炎症者,积极抗炎治疗无效,又不能除外肿瘤或结核时,应以手术切除为宜,以免误诊及延误治疗。

参 考 文 献

1. 胡华成,等. 中华结核和呼吸杂志,1993,16(4): 211
(1995年2月25日收稿,同年6月28日修回)

(上接第28页)循环心内直视手术中作为常规止血药物使用,取得了令人满意的效果。

参 考 文 献

1. Blauhut B, et al. J Thorac Cardiovasc Surg, 1991, 101(6): 958
2. 董力,等. 中华胸心血管外科杂志, 1993, 9(1): 35

3. Havel M, et al. J Thorac Cardiovasc Surg, 1991, 101(6): 968
4. Lavee J, et al. Ann Thorac Surg, 1992, 53(3): 477
5. Dietrich W, et al. J Thorac Cardiovasc Surg, 1993, 105(4): 712
6. 陈良万,等. 中华胸心血管外科杂志, 1994, 10(1): 30
(1994年12月19日收稿, 1995年9月12日修回)