

[文章编号] 1000-2200(2008)01-0066-02

· 临床医学 ·

## 支气管肺囊肿 20 例诊治分析

高 峰<sup>1</sup>, 刘学刚<sup>2</sup>, 王 刚<sup>1</sup>, 杨晓松<sup>1</sup>, 王 彬<sup>1</sup>, 王安生<sup>1</sup>

**[摘要]** 目的:总结支气管肺囊肿的诊断和治疗体会。方法:回顾分析 20 例外科治疗支气管肺囊肿的临床资料。其中单肺叶切除 14 例,双肺叶切除 2 例,右中叶加上、下叶切除各 1 例,左全肺切除 2 例,左下叶加舌段切除 1 例,囊肿切除 1 例。结果:全组无手术死亡病例,术后胸腔引流量较多的 3 例 100~150 ml/d,分别于术后第 7 或第 8 天胸腔注射 2%利多卡因 20 ml、50%葡萄糖注射液 20 ml 和红霉素 0.75 g 1 次,胸腔积液逐渐减少,术后第 10~12 天拔除胸管,无其它术后并发症。均痊愈出院,20 例随访 0.5~3 年,恢复良好,无复发病例。结论:手术是治疗支气管肺囊肿的首选方法,既明确诊断,又避免误诊误治。

**[关键词]** 支气管疾病;肺疾病/外科手术;支气管肺囊肿;诊断,鉴别

**[中国图书资料分类号]** R 562.2;R 655.3 **[文献标识码]** A

### Diagnosis and treatment of 20 patients with bronchopulmonary cyst

GAO Feng<sup>1</sup>, LIU Xue-gang<sup>2</sup>, WANG Gang<sup>1</sup>, YANG Xiao-song<sup>1</sup>, WANG Bin<sup>1</sup>, WANG An-sheng<sup>1</sup>

(1. Department of Cardiothoracic Surgery, The Second Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu Anhui 233040;

2. Department of Cardiothoracic Surgery, The First Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu Anhui 233004, China)

**[Abstract]** **Objective:** To summarize the learning from experience of diagnosis and treatment of bronchopulmonary cyst. **Methods:** The clinical data of diagnosis and treatment of 20 patients with bronchopulmonary cyst were retrospectively analyzed. The single pulmonary lobectomy was performed in 14, double pulmonary lobectomy in 2, the right middle plus upper or lower lobe pneumonectomy in 1 respectively, the left lung resection in 2 patients, the tongue section plus the left lower lobe resection in 1 patient, and excision of . **Results:** There was no surgical mortality in this group. The postoperative chest drainage was 100 to 150 ml every day in 3. 20 ml of 1% lidocaine and erythromycin 1.0 g were injected into the chest cavity once on the 7th or 8th day to reduce pleural effusion. The drainage was removed 10 to 12 days after operation. No other postoperative complications occurred. All of patients were cured and discharged from hospital, and were followed up for 6 months to 3 years. The patients recovered well and no recurrence occurred. **Conclusions:** The surgery is the preferred treatment for bronchopulmonary cyst, because it can confirm the diagnosis and avoids misdiagnosis.

**[Key words]** bronchial diseases; lung diseases/surgery; bronchopulmonary cyst; diagnosis, differential

支气管肺囊肿是较为少见的先天性支气管肺发育异常,临床医师对本病认识不足,易误诊而延误治疗。2003~2005 年,我们经手术治疗支气管肺囊肿 20 例,均经病理证实,现就其诊治体会作一分析。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 20 例中男 11 例,女 9 例;年龄 4~70 岁。术前经临床症状、胸部平片及胸部 CT 检查诊断为支气管肺囊肿 12 例;误诊其他疾病 8 例,其中误诊为肺癌 2 例,炎性假瘤、支气管扩张症、脓胸、肺大疱、肺脓肿、毁损肺各 1 例。病史 5 天~20 年。咳嗽 17 例,咳脓痰 15 例,反复发热 13 例,咯血 4 例,胸痛 3 例,气喘 1 例,体检发现 1 例,胸闷 3 例。左肺 11 例,其中下叶 8 例,上叶 1 例,左全肺 2 例;

右肺 9 例,其中下叶 5 例,上叶 1 例,中叶 1 例,中、上、下叶复合 2 例。

1.2 影像学检查 本组 20 例胸部平片及 CT 显示:液囊肿 5 例,气液囊肿 8 例,气囊肿 3 例,多发囊肿 4 例。其中圆形或卵圆形致密均匀阴影,边界清楚 9 例,最小 1 cm × 2 cm × 2 cm,最大 12 cm × 15 cm × 15 cm,有炎性浸润征象 10 例,多发肺囊肿伴肺毁损 1 例。

1.3 手术方法 本组均在常规气管插管全麻下经后外侧斜切口单肺叶切除 14 例,双肺叶切除 2 例,其中右中叶加上、下叶切除各 1 例,左下叶加舌段切除 1 例,左全肺切除 2 例,囊肿切除 1 例。

### 2 结果

全组病例无手术死亡,术后胸腔引流量较多 3 例 100~150 ml/d,分别于术后第 7 或第 8 天胸腔注射 1%利多卡因 20 ml、50%葡萄糖注射液 20 ml 和红霉素 0.75 g 1 次,胸液逐渐减少,术后第 10~12 天拔除胸管,无其它术后并发症。均痊愈出院,随访 0.5~3 年,恢复良好,无复发。

[收稿日期] 2006-12-08

[作者单位] 1. 蚌埠医学院第二附属医院 心胸外科,安徽 蚌埠 233040; 2. 蚌埠医学院第一附属医院 心胸外科,安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 高峰(1960-),男,副主任医师。

### 3 讨论

支气管肺囊肿是先天的支气管发育障碍所致,其性质的确定有赖于组织学上找到囊肿壁被覆的含有黏液腺的假复层纤毛柱状上皮,亦有时可含有软骨、弹力纤维和平滑肌等。本病多发于青壮年,本组平均发病年龄为 29.5 岁,10~35 岁 15 例占 75%,与有关报道相符<sup>[1,2]</sup>。其临床表现形式多样,根据肺囊肿的数目、大小、部位以及有无感染、破裂等并发症存在有不同的症状。单发或多发但数目少且无感染者一般无症状,多在健康体检时发现,本组仅 1 例,其余 19 例均因囊肿较大或合并感染而出现咳嗽、咳痰、发热、咯血、胸闷、胸痛等症状。

胸部 X 线及 CT 检查是诊断支气管肺囊肿的主要依据。支气管肺囊肿的 X 线表现既有单发也有多发,表现为液囊肿呈圆形或卵圆形阴影,密度均匀一致,边缘光滑锐利;液气囊肿可见边缘锐利、囊内有液气平面阴影;气囊肿呈边缘光滑锐利薄壁气囊肿阴影;多囊肿可见一个肺叶或全肺为多个薄壁囊腔所代替,大小不等、边缘锐利、相互重叠的环形透亮区似蜂窝状;支气管肺囊肿合并感染时,囊肿周围出现炎症浸润改变,囊壁增厚。支气管肺囊肿囊性阴影可多年不变,周围无肺结核播散灶、肺纤维化,肺气肿不明显。胸部 CT 见单发或多发囊内为水样密度或气样密度边缘锐利的圆形或椭圆形薄壁囊腔。典型的支气管肺囊肿易于诊断,有时虽有 MRI、支气管造影能清晰显示肺内病变,但确诊该病仍有困难。本组均行胸部平片、CT 检查,仍有 8 例误诊,误诊率达 40%。刘福升等<sup>[2]</sup>曾报道手术治疗支气管肺囊肿 51 例,误诊 49 例,误诊率 96.19%。我们认为,要提高支气管肺囊肿诊断准确率,必须认真与肺癌、支气管扩张、肺脓肿、脓胸、肺大泡、气胸、肺结核等疾病进行鉴别诊断。(1)当支气管肺囊肿合并感染时可出现高热,咳大量黄脓痰,胸片显示肺囊肿内有气液平面,囊肿周围肺组织炎性浸润,易误诊为肺脓肿,本组 1 例,女性,24 岁,发热伴咳嗽、咳黄脓痰 10 天、胸痛 3 天就诊。术前胸部 X 线及胸部 CT 显示右肺下叶后基底段见 8 cm × 10 cm 囊状块影,内见一液平,周围数个薄片状密度增高影,拟诊肺脓肿而手术治疗,术中见左下肺呈多个小囊泡状,内基底段见巨大囊肿 8 cm × 10 cm,内有脓液 100 ml,行左肺下叶切除术。术后病理证实支气管肺囊肿伴感染。先天性支气管肺囊肿合并感染时的全身中毒症状较肺脓肿轻,无咳出腐烂组织史,经过治疗容易控制,控制后其 X 线表现与感染前对比无明显改变<sup>[3]</sup>。(2)X 线气胸样表现易误诊为肺大疱或气

胸。本组有 1 例,男性患儿,4 岁,因发热伴气急、咳嗽半月,拟诊支气管肺炎。经摄胸部正位片及胸部 CT 检查显示右肺见巨大囊性占位 10 cm × 10 cm × 12 cm,考虑右肺巨大气囊肿。经手术证实:右肺上叶巨大气囊肿显张力性与上叶紧密融合,压迫中下叶部分不张。行右肺上叶切除术,术后右中、下叶复张良好,避免了误诊误治。小儿先天性肺囊肿一经诊断,均需手术治疗。

支气管肺囊肿不能自愈,易发生各种并发症,而且会发生癌变,因此一旦诊断明确,且无手术禁忌证,多主张外科治疗<sup>[4]</sup>。手术方式按囊肿范围大小、部位深浅及周围肺组织受浸润情况,行开胸囊肿切除、楔形切除、肺叶切除或全肺切除,本组 1 例因胸腔粘连较重、肺门炎性粘连及肿大淋巴结而行心包内左全肺切除术。合并感染者在炎症控制 2 周后手术。本组有 13 例合并感染,经严格禁烟、抗感染、口服祛痰剂、超声雾化吸入、体位排痰等呼吸道准备,1~2 周后实施手术治疗。手术尽量双腔管插管麻醉,术中操作轻柔,避免痰液及囊内容物溢出影响气管通畅和波及对侧或术中囊肿破裂污染胸腔。对下叶支气管肺囊肿应该注意有无肺隔离症可能,对于张力性巨大囊肿应在充分准备的情况下急诊手术<sup>[5]</sup>。对病程较长亦反复感染者,胸腔内有不同程度粘连甚至完全闭锁,粘连索带内含有丰富血管,术中要仔细辨认,确切结扎或缝扎,慎用电刀切割。在处理支气管残端时,确保支气管残端严密缝合关闭,尽可能利用支气管残端周围的胸膜加以覆盖,是预防支气管胸膜瘘的关键<sup>[6]</sup>。肺粗糙面交叉褥式缝合避免肺漏气发生。放置胸腔引流管位置要适当,特别是上叶切除,上引流管要伸及胸腔上方以便充分引流;术后适当延长置管时间,常规鼓励患者加强咳嗽、排痰,利于肺叶扩张。对术后胸腔引流量较多者给予胸腔注射 2%利多卡因 20 ml、50%葡萄糖注射液 20 ml 和红霉素 0.75 g 1 次,胸液减少后顺利拔管。本组病例手术顺利,均无术后并发症。

#### [参 考 文 献]

- [1] 张林,陈景寒,孟龙,等.支气管肺囊肿 96 例[J].中国胸心血管外科临床杂志,2002,9(2):80.
- [2] 刘福升,尚跃红,徐建华.先天性肺支气管囊肿 51 例外科治疗[J].临床肺科杂志,2003,8(4):307-309.
- [3] 张明奎,李遂莹,袁五营,等.先天性支气管肺囊肿的诊断与外科治疗:附 42 例报告[J].临床医学,1998,18(4):13-14.
- [4] 顾恺时.顾恺时胸心外科手术学[M].上海:上海科学技术出版社,2003:767-771.
- [5] 吕凯声,席鸿钧.小儿先天性肺囊肿 94 例分析[J].中国误诊学杂志,2005,5(4):732-733.
- [6] 任光国,周允中主编.胸外科手术并发症的预防和治疗[M].北京:人民卫生出版社,2004:283-284.