

# 自發性氣胸的 臨床回顧



■ 鍾威昇 衛生福利部台中醫院顧問醫師

## 前言

病人到胸腔科門診常見的主訴包括咳嗽、喘、胸悶、及胸痛。臨床醫師除需把可能危及生命的心血管疾病(心肌梗塞·主動脈剝離、心包炎)排除外，經問診、理學檢查、輔以胸部X光檢查，診斷出氣胸並不是件難事。因為張力性氣胸可能致命，加上自發性氣胸復發率高，可能在同側或對側；因此筆者藉由本文做一自發性氣胸的文獻回顧。

## 自發性氣胸的分類

氣胸依發生原因分成外傷性氣胸、原發性的自發性氣胸(primary spontaneous pneumothorax)、及繼發性的自發性氣胸(secondary spontaneous pneumothorax)。原發性的自發性氣胸及繼發性的自發性氣胸的區別在於有無臨床上明顯的肺部疾病。雖然原發性的自發性氣胸沒有臨床上明顯的肺部疾病導致氣胸，但是經過高解析度的胸部電腦斷層

(high resolution computed tomography, HRCT)可看到80%以上的原發性的自發性氣胸有肺氣腫現象或肋膜下氣泡(subpleural bleb)。繼發性的自發性氣胸因為肺部其他疾病所致，心肺功能已降低，因此繼發性的自發性氣胸有較高的罹病率及死亡率。

張力性氣胸是由於肋膜臟層破洞，吸氣時空氣經由破洞到肋膜腔，吐氣時空氣卻無法回到肺部，逐步累積壓力大到影響血液回流，降低心臟心輸出量，不立即處置會危及生命。

## 自發性氣胸的流行病學

在一個以臺灣全民健康保險資料庫住院檔的研究，2001年至2005年以自發性氣胸為主診斷住院共有19088筆資料，5年發生率約為每十萬人有83人次因自發性氣胸住院；15至44歲病患佔多數約58.6%，這年齡群男生每月平均發生率為每十萬人有1.98，女生每月平均發生率為每十萬人

有0.31。自發性氣胸住院者應屬氣胸較嚴重，輕微氣胸者可能於門診追蹤治療即可。原發性的自發性氣胸多發生在高瘦男性，常在20幾歲發病，較少大於40歲才發病。抽菸是一個重要的危險因子，有一研究顯示88%的自發性氣胸病人有抽菸；比起沒有抽菸者，女性抽菸者增加9倍的風險獲得自發性氣胸，男性抽菸者則增加22倍的風險獲得自發性氣胸。繼發性的自發性氣胸常見原因包括慢性阻塞性肺病、氣喘、囊性纖維化(cystic fibrosis)、肺結核、肺囊蟲肺炎(pneumocystis jiroveci pneumonia)、肺腫瘤、間質性肺病、肺的子宮內膜異位症。關於自發性氣胸的復發率，以繼發性的自發性氣胸、高瘦的人、持續抽菸的人比較容易復發，復發率從25%到54%不等，大多發生在第一年。有一研究顯示有使用過肋膜沾黏術者3年累計復發率為27%，只有使用胸管引流者3年累計復發率為50%。對於繼發性的自發性氣胸，若使用胸腔內視鏡輔助手術(video assisted thoracic surgery)者30個月復發率可減少到3%。

## 👤 氣胸的診斷

氣胸常見的主訴包括急性胸痛及呼吸困難。理學檢查可出現強反響性扣音(hyperresonance)及患側呼吸音降低，有時可摸到皮下氣腫(subcutaneous emphysema)；壓力性氣胸甚至出現心搏過速及低血壓。大多數的人藉由站立吸氣

的胸部X光片就可看見肋膜線(pleural line)分開臟層肋膜和壁層肋膜並有空氣堆積及失去血管線條(圖一)。站立吐氣的胸部X光片也許更有幫助診斷氣胸。張力性氣胸可見大片空氣堆積並有縱膈腔位移(圖二)。躺著的胸部X光片在診斷氣胸可看見deep sulcus sign，表示空氣堆積在下方肋隔角(costophrenic sulcus)；continuous diaphragmatic sign，表示空氣堆積在心臟下方好像將左右橫膈連接再一起。胸部電腦斷層診斷氣胸具相當高的敏感度及特異性，可區別大型氣泡(bullae)或氣胸，也有助於診斷沾黏後的侷限性氣胸。

## 👤 氣胸的治療

原發性的自發性氣胸，如果範圍不大(英國胸腔醫學會指的是在肺門的高度上肺紋路與胸壁的距離 < 2公分；美國胸腔醫學會指的是在肺尖與塌陷肺頂部的距離 < 3公分)且沒有呼吸困難的話可持續觀察，靠肺部微血管自行吸收每天約2.2%，如果有使用氧氣則可增加4倍吸收的效果。比較大的氣胸(> 2公分)或有呼吸困難，則建議抽吸治療，至於單純手動抽吸或插管引流的治療，兩者成功率及復發率沒有差異，但是單純手動抽吸似乎可縮短住院天數。插管引流使用細針或粗針的治療結果也沒有差異，但是細針插管引流病人比較不痛苦。插管引流後並不建議接上負壓抽吸，除非肺無法擴張，則可接上-10至-20公分水柱抽吸。臺大醫院曾針對原

發性的自發性氣胸第一次發作> 2公分的患者採用豬尾巴插管抽吸引流(aspiration with pigtail drainage)，待肺部擴張後施打300毫克的minocycline進行肋膜沾黏術，結果追蹤一年發現復發率為29.2%，明顯低於沒有進行肋膜沾黏術的那組復發率49.1%。何時考慮外科手術介入？胸腔內視鏡輔助手術可考慮施行於復發性氣胸，明顯降低復發率到3%及減輕手術後的疼痛。氣胸病人若超過3天仍持續性漏氣或肺部無法擴張可考慮手術或施行支氣管內瓣膜(endobronchial valve)或施打每公斤1至2毫升自體血液(autologous blood)到肋膜腔內。

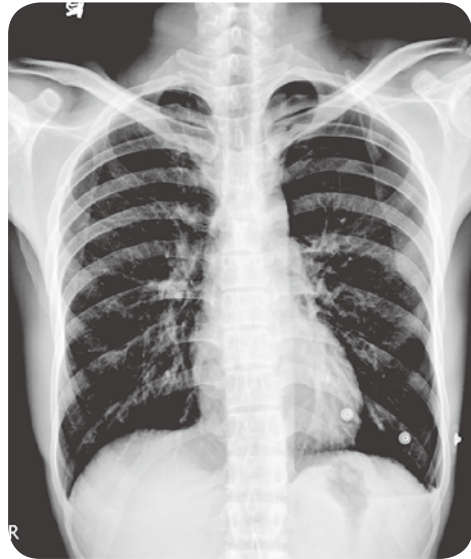
### 👤 氣胸病人的衛教

1. 所有氣胸病人發病後應追蹤2至4週，以確保其恢復併治療原本的肺部疾病。
2. 勸導病患戒菸，因為抽菸的人比較容易復發。
3. 避免潛水。
4. 英國飛安協會建議氣胸治療後兩週可搭飛機。

### 👤 結論

自發性氣胸不論是原發性的自發性氣胸或是繼發性的自發性氣胸可能會危及生命特別是壓力性氣胸必須盡快診斷及適當治療。對於原發性的自發性氣胸可考慮豬尾巴插管引流病後施打minocycline進行肋

膜沾黏術。復發性的氣胸則可考慮外科手術減少復發率。



圖一、左側氣胸，紅色箭頭所指肋膜線分開臟層肋膜和壁層肋膜並有空氣堆積及失去血管線條



圖二、右側壓力性氣胸可見大片空氣堆積及失去血管線條並有縱膈腔位移