

自發性氣胸

一、何謂自發性氣胸：

氣胸是因為臟層或壁層肋膜，因自發性或外傷導致其破裂，所引發肋膜腔內過多空氣積聚，而產生對正常肺組織之壓迫所造成之病症。簡單地說，氣胸是指胸膜腔內出現了氣體。氣胸可分為

1. 自發性氣胸：

(1) 原發性自發性氣胸：病灶大部分位於肺尖部位的肺小泡自行破裂，而導致肺部空氣逸入肋膜腔所致。一般好發於二十歲至三十歲的年輕成人，發生率，男性:女性約為 6:1；身裁高而瘦者，吸煙者較易(92%)發生。常見原因為肺上葉接近尖端之囊泡(bleb)破裂，約有百分之二十之病人可在X光上看見此囊泡，而在開胸手術中，則約有百分之八十五的病人可發現。

(2) 續發性氣胸：最常見的基本病因為慢性阻塞性肺病，其它則為肺結核、壞死性肺炎、氣喘，原發性或轉移性肺癌，肺纖維化…等。

2. 創傷性氣胸：創傷性氣胸顧名思義為創傷所引起。常見情況為刀傷及槍傷造成肺部破裂，空氣漏出；胸壁開放性傷口，空氣直接進入肋膜腔內；或胸壁鈍傷造成肋骨骨折及肺部破裂。

二、臨床症狀：

大部分自發性氣胸患者發作時，都正處於休息或日常生活狀態，只有不到10%的患者是處於運動狀態，所以氣胸並沒有在特定的狀況才會發生。自發性氣胸的症狀，突發性單側胸痛並且合併呼吸困難及咳嗽症狀。以胸痛(90%)和呼吸困難(80%)為主。胸部刺痛在數小時後，會逐漸轉為悶痛，部分患者會自覺患側有空氣進出的感覺。呼吸困難往往起因於大範圍的氣胸，嚴重者甚至形成危及生命的張力性氣胸。少數(5%)自發性氣胸的患者，會同時合併自發性血胸。成因是肋膜層之間不正常增生的小血管在氣胸發生的同時被肺尖向下扯斷，若持續出血量大甚至會有休克的危險。自發性氣胸一年內復發的可能性為30—60%，第二次發作後再發的機率为50%。根本解決自發性氣胸復發的方法就是開刀並確實戒煙。

三、診斷檢查：

1. 理學檢查：患側呼吸聲降低，叩診回響強，tactile fermitus降低。若有壓力性氣胸時，可能會有氣管位移，盜冷汗等情形。

2. Chest X-Ray：立姿的胸部X光為良好的工具。臥姿的胸部X光因空氣堆積不同，有時不易判斷。

3. 電腦斷層：原發型自發性氣胸之病患不需安排電腦斷層。次發型自發性氣胸之病患則視情況而定，CT對於肺氣泡(bullae)之定位及其他肺部疾病之了

解有幫助。而創傷之病人，CT 對於受傷之程度的評估（associated injury）有其角色。

四、治療方式：

自發性氣胸的臨床處置，包括有觀察、胸管引流及手術治療等幾種方式，主要的考慮在於氣胸的程度、吸收恢復的情形、有無合併症、以及手術的風險評估等。事實上，自發性氣胸經保守治療後，復發的機率很高，兩年內平均可達四分之一以上，尤其是再患者，更有一半以上的復發機會。此乃因為大部分患者的肋膜上多多少少可發現肺氣泡，通常分佈在肺尖附近。所以手術的目的，即是在找出這些造成氣胸的病灶將其切除，並視情況加上肋膜粘黏術，期使肋膜腔完全粘黏，使氣胸不致再發。通常手術後，我們可控制復發率在百分之五以下。

1. 保守觀察：適用於第一次發作，沒有症狀，胸部 X 光片氣胸範圍小於 15%，且後續追蹤沒有繼續擴大。可給予氧氣，等待一至兩個禮拜自行吸收。
2. 胸腔引流：放置胸管，接胸腔引流瓶，治療成功率約 50-80%。不適合全身麻醉的氣胸患者，可選擇胸管引流加上化學性肋膜粘黏術。
3. 胸腔鏡手術：患者有 2 次以上氣胸發作或出現氣胸的合併症，最好能以手術治療。目前的手術方式為內視鏡，在二至三個小傷口（2cm）之下，用內視鏡的特殊器械，完成肺小泡切除和肋膜粘黏術。這種手術的優點是減少患者疼痛，降低高復發率，減少致命性張力性氣胸的危險性，且手術後的住院日數縮短。