



慢性阻塞性肺疾病并发气胸患者住院时间和复发的相关因素的临床分析

杨 威

(中南大学湘雅医院呼吸与危重症医学科 湖南长沙 410008)

摘要：目的：探讨影响 COPD 并发气胸患者的住院时间延长及气胸复发的相关因素。方法：收集该院 2015 年 1 月~2017 年 1 月 67 例 COPD 并发气胸患者的临床资料，随访并回顾性分析评估肺大疱、既往气胸发作史，气胸肺压缩程度、自体血支气管封堵术是否是延长 COPD 气胸患者住院时间及气胸复发的危险因素。结果：在随访期内出现气胸复发的有 21 人 (31.3%)，纳入的所有患者的平均住院时间是 11.4±9.7 天。多因素的回归分析结果显示其中其中肺大疱是住院时间延长的危险因素，其 OR 值是 3.46 (95%CI 1.23-8.72)。肺大疱和既往有气胸发作是气胸患者复发的危险因素，其二者的 OR 值分别是 2.45 (95%CI 1.32-6.69) 和 2.86 (95%CI 1.15-5.37)。结论：肺大疱和既往有气胸发作是影响 COPD 并发气胸患者预后的重要因素。

关键词：慢性阻塞性肺疾病 气胸 复发

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187 (2018) 14-085-02

慢性阻塞性肺疾病 (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) 是一种以不完全可逆气流受限为主要临床特征的慢性气道疾病。气胸是 COPD 患者常见并发症之一，其可导致 COPD 患者出现严重呼吸困难，呼吸衰竭，延长患者住院时间，甚至导致死亡。COPD 患者并发气胸的治疗结局及住院时间与 COPD 疾病的严重程度及患者的总体健康状况等多种因素有关。因此，确定影响 COPD 并发气胸患者住院时间及复发的相关因素对于临床诊疗策略及预后判断十分重要。鉴于此，本研究旨在探讨 COPD 并发气胸患者预后的危险因素，期望为临床 COPD 并发气胸患者的诊疗策略提供一定参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集 2015 年 1 月~2017 年 1 月我院病房收治的 COPD 并发气胸患者作为本研究的研究人群。纳入标准：(1) 符合《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》中的相关诊断标准[1]；(2) 不合并有可能导致气胸的其它呼吸系统疾病；(3) 不合并有可能影响本研究结果的疾病；(4) 入院资料齐全者；

1.2 资料收集及纳入方法

收集符合研究纳入标注的我院内科病房的 67 例患者的病例资料，将患者临床资料包括：患者基本资料 (性别、年龄、职业等)，患者疾病资料 (既往有无气胸发作史，近 1 年内 COPD 急性发作次数)。患者生命体征及实验室相关检查治疗 (心率，血压，呼吸频率，血常规，动脉血气分析，X 线片及胸部 CT 等)，患者的治疗及出院情况 (胸腔闭式引流，自体血支气管封堵术，胸膜固定术，住院时间等)。

1.3 评价方法及随访：气胸肺压缩程度采用相关 CT 测量方法对气胸肺压缩百分比进行评价[2]；随访时间为 12 个月，对患者进行电话调查。复发的诊断标准是经治疗后肺完全复张 30 天后，气胸再次发作且经影像学确诊者。

1.4 统计学方法：采用 SPSS 19.0 统计软件进行数据的录入及统计分析。计量资料的描述采用 ($\bar{x} \pm s$)，比较采用 t 检验；计数资料的描述采用百分比，比较采用卡方检验；相关性分析采用非条件 Logistic 回归分析， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般情况

在 2015 年 1 月~2017 年 1 月共有 67 例 COPD 并发气胸住院纳入研究，其中男性 57 人 (85.1%)，女性 10 人 (14.9%) ($P < 0.01$)，所有患者的平均年龄为 66.8±10.3 岁。不同部位气胸患者中所占的比例分别是右侧 40 (59.7%)，左侧 24 (35.8%)，双侧 3 (4.5%)。气胸患者中肺压缩程度大于 50% 的患者为 38 人 (56.7%)，肺压缩程度小于 50% 的为 29 人 (43.3%)。所有气胸患者均进行了胸腔闭式引流。其中 15 人 (22.4%) 进行了自体血支气管封堵术，3 人 (4.5%) 进行了胸膜固定术。所有患者的平均住院时间是 11.4±9.7 天，复发的气胸患者为 21 人 (31.3%)。(详见表 1)

表 1 患者一般情况、治疗方式及结局

病人总数

67

性别 n (%)

男

57 (85.1%)

$P < 0.01$

女

10 (14.9%)

平均年龄

66.8±10.3

气胸部位

右侧

40 (59.7%)

$P < 0.01$

左侧

24 (35.8%)

双侧

3 (4.5%)

肺压缩程度

<50%

38 (56.7%)

$P = 0.53$

>50%

29 (43.3%)

治疗方式

胸腔闭式引流

67 (100%)

自体血支气管封堵术

15 (22.4%)

胸膜固定术

3 (4.5%)

平均住院时间 (天)

11.4±9.7

复发

21 (31.3%)

2.2 患者住院时间延长和气胸复发的危险因素的多因素回归分析

我们对影响患者住院时间和气胸复发的危险因素采用多因素回归分析，其中肺大疱是住院时间延长的危险因素，其 OR 值是 3.46 (95%CI 1.23-8.72)。肺大疱和既往有气胸发作是气胸患者复发的危险因素，其二者的 OR 值分别是 2.45 (95%CI 1.32-6.69) 和 2.86 (95%CI 1.15-5.37)。(见表 2)，

表 2 住院时间长于 12 天的多因素回归分析

	住院时间		复发	
	>12 天			
	OR 值	95% CI	OR 值	95% CI
肺大疱	3.46	1.23-8.72	2.45	1.32-6.69
既往有气胸发作	0.58	0.25-3.43	2.86	1.15-5.37
肺压缩 (>50%)	2.35	0.56-12.51	0.92	0.27-6.38
自体血支气管封堵术	0.84	0.34-8.45	1.18	0.44-4.53

3.讨论



• 论 著 •

气胸是 COPD 患者常见的并发症之一,其治疗方式包括休息治疗,胸腔引流,胸膜固定术,自体血支气管封堵术以及手术[3]。COPD 患者气胸的严重程度,治疗方式以及一般健康状况等因素均可影响患者的治疗方式、预后及住院时间等。有临床研究认为,在不同种疾病所导致的继发性气胸患者研究中,肺压缩程度、肺气肿程度,胸膜黏连及纵膈偏移都可能影响气胸患者的住院时间[4]。有学者发现气胸肺压缩>50%是患者住院时间延长的重要危险因素[5]。该学者分析认为肺压缩程度严重的患者可能需要入住 ICU,从而增加患者的住院时间。此外还有学者研究发现胸膜黏连是气胸患者复发和住院时间延长的危险因素[6-7]。本研究在 COPD 并发气胸的研究人群中经过多因素 Logistic 回归分析发现肺大疱和既往有气胸发作均是 COPD 患者气胸复发的危险因素,二者的 OR 值分别是 2.45 (95%CI 1.32-6.69) 和 2.86 (95%CI 1.15-5.37)。这表明 COPD 患者出现肺大疱或既往气胸病史是气胸复发的重要因素。同时我们的研究还发现肺大疱是影响 COPD 并发气胸患者住院时间延长的重要危险因素,其 OR 值是 3.46 (95%CI 1.23-8.72)。在我们的研究中发现气胸肺压缩程度对住院时间延长没有显著性影响,分析其原因可能是全部患者均及时有效的进行胸腔闭式引流,从而一定程度减小了肺压缩程度对患者住院时间及气胸复发的影响。

综上所述,肺大疱和既往有气胸发作是 COPD 患者气胸复发的重要危险因素。此外,肺大疱还是 COPD 并发气胸患者住院时间延长的重要危险因素。但由于本研究是回顾性研究且研究样本量有限,此次

研究结果还需要通过大样本量的研究或前瞻性研究进一步论证。

参考文献:

- [1] 慢性阻塞性肺疾病诊治指南[J]. 中华结核和呼吸杂志. 2013;36(4): 67-80
- [2] 梁树生,李伟钦,等. 气胸肺压缩比的 CT 测量研究[J]. 临床放射学杂志. 2017;36(1):60-64
- [3] Igai H, Kamiyoshihara M, et al. Surgical treatment for elderly patients with secondary spontaneous pneumothorax[J]. Gen Thorac Cardiovasc Surg. 2016;64:267-72.
- [4] Saito Y, Suzuki Y, et al. The outcome and risk factors for recurrence and extended hospitalization of secondary spontaneous pneumothorax[J]. Surgery Today. Springer Japan; 2017:1-5.
- [5] Sayar A, Kök A, et al. Size of pneumothorax can be a new indication for surgical treatment in primary spontaneous pneumothorax: a prospective study[J]. Ann Thorac Cardiovasc Surg. 2014;20:192-7.
- [6] Isaka M, Asai K, et al. Surgery for secondary spontaneous pneumothorax: risk factors for recurrence and morbidity[J]. Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2013;17:247-52.
- [7] Jeon HW, Kim YD, et al. Air leakage on the postoperative day: powerful factor of postoperative recurrence after thoracoscopic bullectomy[J]. J Thorac Dis. 2016;8:93-7.

(上接第 77 页)

表 2 两组构音障碍疗效比较比例(%)

组别	例数	痊愈	显效	好转	无效	总有效率
对照组	30	4 (13.3)	7 (23.3)	9 (30.0)	10 (30.3)	66.7%
观察组	30	6 (20.0)	9 (30.0)	13 (43.3)	2 (6.7)	93.3%

3 讨论

言语吞咽障碍是常见的脑卒中后并发症,超过 78%的脑卒中患者会出现言语及吞咽障碍[6],其中构音障碍的发生率可达 40%左右[7],给卒中患者带来了较大的困扰,严重影响患者功能的恢复,同时增加了肺部感染、营养不良等并发症的发生率,患者的病死率也因而上升。采用综合康复训练治疗的患者康复治疗总有效率显著高于采用常规康复治疗的患者,主要是由于综合康复训练治疗中低频电刺激仪治疗对患者的中枢神经进行刺激,建立运动投射区,使与吞咽相关的肌肉尽快恢复,加强吞咽功能的恢复,对患者进行的进食训练有利于鼓励患者进行独立完成进食,一方面有利于增加患者治疗疾病的信心,另一方面防止患者吞咽相关肌肉发生萎缩,进食得到改善后患者的营养状况正常,有利于患者疾病的改善[8]。

本研究结果显示,观察组吞咽困难总有效率明显高于对照组($P < 0.05$)。观察组构音障碍总有效率明显高于对照组($P < 0.05$)。因此,

针对脑卒中患者言语及吞咽功能障碍,采用综合康复训练可有效提高患者治疗效果,可以显著改善患者的构音障碍及吞咽障碍,具有临床推广意义。

参考文献:

- [1] 肖树芳,常红,武剑,等. 中文版 GUSS 吞咽功能评估量表的信效度研究[J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19(34):4189-4191.
- [2] 邓树荣,王贤明,李洪韬,等. 中西医结合治疗对急性缺血性脑卒中的临床综合干预效果评价[J]. 海南医学院学报, 2013, 19(4):470-477.
- [3] 王海桥,黄涛,谭峰,等. 电针配合吞咽障碍治疗仪治疗急性脑卒中吞咽障碍的疗效观察[J]. 中国现代药物应用, 2011, 5(13):9-10.
- [4] 刘艳萍,谢明,封蔚彬,等. 低频电刺激和吞咽训练配合康复护理干预治疗脑卒中后吞咽障碍的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2011, 33(8):616-617.
- [5] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管病诊断要点(1995)[J]. 临床和实验医学杂志, 2013, 12(7):559.
- [6] 柏慧华,姚秋近,祝晓娟,等. 脑出血患者术后早期吞咽障碍筛查及康复护理[J]. 中华护理杂志, 2013, 48(4):299-301.
- [7] 魏爱翔,安玉兰. 针刺配合吞咽功能训练治疗中风后吞咽障碍 50 例临床观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2012, 7(5):415-417.
- [8] 中华神经科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-380.