

慢性脓胸 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/303/2021\\_2022\\_\\_E6\\_85\\_A2\\_E6\\_80\\_A7\\_E8\\_84\\_93\\_E8\\_c22\\_303093.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/303/2021_2022__E6_85_A2_E6_80_A7_E8_84_93_E8_c22_303093.htm) 名称慢性脓胸所属科室心胸外科病因 形成慢性脓胸的主要原因是：（1）急性脓胸治疗不及时不恰当：如未能及时诊断、早期选用抗菌素不当和药物剂量调整不及时，或没有及时穿刺抽脓或做引流术，更多者因引流位置不当，引流管不在脓腔的最低位置，引流管太细，位置过深或扭曲、管腔被坏死组织堵塞等造成引流不畅，脓液潴留，形成慢性脓胸。（2）手术后如有支气管胸膜瘘或食管瘘，经常有污染物和细菌进入脓腔；加之肺长期膨胀不全，胸内残腔久久不能闭合；形成慢性脓胸经久不愈。（3）胸腔毗邻有慢性感染病灶，如膈下脓肿、肝脓肿、纵隔脓肿及肋骨骨髓炎等感染源未能彻底清除，形成慢性脓胸。（4）胸腔内有异物存留：如外伤、金属异物、骨片、衣服碎屑等异物存留在胸腔引起继发感染。（5）结核性脓胸：有的是潜在的肺结核灶溃破，有的是胸壁结核内穿，未经有效的抗痨治疗或因胸膜增厚、钙化，抗结核药不能到达病灶，形成慢性脓胸，此类病人往往合并有混合感染。

病理 慢性脓胸病人因长期感染，体质消耗，胸膜高度增厚，非凡是壁层胸膜增厚尤为显著，有的达2厘米以上，由纤维结缔组织组成，呈灰白色，表面为肉芽组织，脓腔内有大量坏死组织及积脓并有分隔。结核性脓胸则可有干酪样物，以至钙化。脏层胸膜及肺为机化的瘢痕纤维板所限，影响肺的膨胀，使脓腔不能闭合。膈肌也由于增厚的纤维板相对固定，纵隔受瘢痕收缩牵引向患侧移位。胸壁因壁层胸膜纤维板的固定及瘢痕收缩而内陷，肋骨聚拢，肋间隙变窄，脊柱弯向

对侧，病人出现限制性呼吸功能障碍，部分病人有杵状指。慢性脓胸穿通肋间隙，与胸壁形成哑铃形脓肿，称为外穿性脓胸，多为结核性脓胸治疗不及时并发症。长期慢性脓胸病人可出现低蛋白血症和低血红蛋白血症以及肝肾功能减低。临床表现低热、消瘦、贫血、胸痛、咳嗽和食欲减退。体检：气管移向患侧，胸廓活动受限，肋间变窄。叩诊呈浊音，呼吸音减低和消失，有时可见杵状指（趾）。胸部溃破或引流者可见瘘管。胸部X线片可见胸膜增厚，胸廓收缩，肋骨增生，切面呈三角形，膈肌抬高。结核菌引起的脓胸可见肺内有结核病变和胸膜钙化。合并支气管胸膜瘘可见液平面，形成局限性脓胸或包裹性脓胸。诊断慢性脓胸的诊断并不困难，患者多有急性脓胸的病史及形成慢性脓胸的过程。但临床上要查明病人的全身和局部病情以及形成慢性脓胸的原因。病人往往有消瘦、贫血、血浆蛋白减低，以及不同程度的慢性全身中毒症状，如低热、乏力、食欲差等。查体可见患侧胸壁下陷、胸廓呼吸动度受限、肋间隙变窄、部分病人有脊柱侧弯、胸部叩诊呈实音，听诊呼吸音减低或消失。胸部X线片显示患侧胸膜增厚、肋间隙变窄、纵隔移向患侧、胸腔变小，如有金属异物或钙化均可清楚显示，如有气液平面则说明有支气管胸膜瘘或食管瘘，脓腔较小或仅存在窦道时可注入碘油后照正侧位片，以显示脓腔范围及有无支气管胸膜瘘；或经口吞碘油透视下观察有无造影剂进入胸腔，可证实有无食管瘘及瘘口的位置及其大小。如疑有支气管扩张时则应行支气管造影。慢性脓胸如未做过引流，须做胸腔穿刺，脓液细菌培养，以明确脓胸的致病菌种。由于使用抗菌素，培养可为阴性。如有支气管胸膜瘘时，向胸腔内注入美

兰不久可在咳出的痰中出现。治疗慢性脓胸的治疗原则是消除致病原因，闭合脓腔。绝大多数病人需手术治疗。在治疗过程中，必须注重全身情况，鼓励病人多活动，增强心肺功能。补充营养，提高血浆蛋白、纠正贫血，应俟其血红蛋白提高到10克以上，痰量及脓液排出减少至最低水平，方可进行较大的手术。

（一）改进引流 对于已做了引流但引流管过细，或引流管位置不合适，长期潴脓影响愈合，则应重新置管引流。如肺内或邻近器官无病变，脓胸病期不过久，部分病人可随引流的改进而获得治愈。

（二）胸膜纤维板剥脱术 范围较大的慢性脓胸，剥除脏、壁层胸膜上的纤维板，即彻底切除脓腔壁，解除纤维包膜对肺组织的束缚和对胸壁的固定，肺可重新扩张，脓腔消失，胸廓的呼吸运动亦可得以恢复。但手术时机的选择至关重要。对于病程太久、纤维组织已浸入胸膜下使脓胸壁不能从胸膜上剥除，手术损伤大、出血多，如有继发性肺组织纤维性变时，术后肺仍不能膨胀，手术就达不到预期效果。如肺内有广泛破坏性病变、结核性空洞或支气管扩张时均不宜施行胸膜纤维板剥脱术，因此该手术适用肺内无明显改变、胸膜增厚明显的慢性脓胸，早期进行，效果最好。

（三）胸膜内胸廓改形术（改良Schede术） 切除脓腔外侧壁的肋骨和增厚的壁层胸膜，使其余的胸壁软组织（包括肋骨膜、肋间神经血管）塌陷并与脓腔内侧壁对合，并清除脏层胸膜表面的肉芽组织，以促进脓腔消失，若脓腔较大还可利用背阔肌、前锯肌等带蒂肌瓣充填。术后放置引流管和加压包扎，是保证手术效果的重要措施之一。本方法适用于胸膜增厚比较严重的病例。对有支气管胸膜瘘的结核性或非结核性患者应用不锈钢丝缝合瘘口，再用肋间

肌加固，然后作胸膜内胸廓成形术。（四）胸膜外胸廓改形术：切除患侧部分肋骨和增厚的脏层胸膜纤维板，使胸壁塌陷脓腔闭合，而达到治疗目的。适用于胸膜增厚不太严重而肺内又有病变，如活动性结核，或作包膜剥脱后肺不能膨胀的病例。胸廓成形可造成一定的胸廓畸形，并对患侧肺功能造成长期损害，但对病期已久，肺部不易复原的慢性脓胸病人，不失为行之有效的根治方法。（五）胸膜肺切除术如慢性脓胸同时合并有肺内广泛严重病变，如有结核空洞、支气管扩张或高度狭窄等，其他手术方法还不能根治，则为施行胸膜全肺切除或胸膜肺叶切除的适应症。但此类手术较为复杂，出血多，危险性较大，手术适应症应严格把握。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)