

胸椎结核椎旁脓肿穿入肺腔 PDF转换可能丢失图片或格式，  
建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/304/2021\\_2022\\_\\_E8\\_83\\_B8\\_E6\\_A4\\_8E\\_E7\\_BB\\_93\\_E6\\_c22\\_304231.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/304/2021_2022__E8_83_B8_E6_A4_8E_E7_BB_93_E6_c22_304231.htm) 名称胸椎结核椎旁脓肿穿入肺腔所属科室骨科临床表现

病人除了脊椎结核特有的症状与体征外，半数病人有呼吸系症状，轻者如一般气管炎症状，重者有刺激性咳嗽，体位改变时加剧。痰多为白色泡沫时，时含有小干酪块，少数病例咳血或咳脓痰，偶见咳出死骨。近体表肺脏受累者，该处可听到小水泡音。大范围肺野可受侵，可出现肺实变的体征。 辅助检查1.胸部X线片 纵隔中隐约见扩大的椎旁阴影，从纵隔向肺野突出，边界清楚或境界模糊的团块状阴影模糊的团块状阴影。同侧或双侧肺野可有斑点状支气管揪散阴影。病变有时可累及一个肺叶，如受累面积小，胸片不能显示出者占12.7%。2.胸椎X线正 脓肿穿入肺部的病变与椎旁脓肿阴影相重叠构成的阴影归纳为：  
： 脓肿穿入肺相应部位的椎旁阴影显示边缘不清者占35%  
； 肺部病灶的斑块或索条状投影与一侧椎旁脓肿边缘相连或相重叠者占33%； 一侧椎旁脓肿阴影呈三角外形突出者占6.3%（图1）； 与通常椎旁阴影无明显差异者占25.4%。3.后纵隔正位体层摄片体层片对早期诊断，非凡是脓肿穿入左肺者诊断意义更大。X线片疑为本病不能确诊时，CT扫描明确诊断和鉴别诊断价值很大。诊断根据病史、体征和X线片，诊断一般多无困难。鉴别诊断应与大叶性肺炎、非典型肺炎、肺门淋巴结结核、肺癌以及纵隔肿瘤鉴别。并发症并发截瘫。治疗胸椎结核的治疗的原则是先经抗结核药物治疗，在肺部病变吸收好转后择期手术，并发截瘫者应酌情提早施

行手术。1.麻醉 支气管插管全麻，可防止术中病变播散至对侧肺脏。2.体位 侧卧位，患侧在上方。3.操作步骤（1）切口 胸部后外侧切口，应兼顾胸椎和肺部病变的部位，而选择适当剖胸切口水平。一般而论，处理肺上叶者可经第五肋骨切口，处理中叶或下叶者，多经第六肋床胸切口。（2）手术方法 进入胸腔多有广泛粘连，纤维素性膜状粘连易于分离，条索状粘连较粗者多含血管，应钳夹切断并予以缝扎，以防出血。粘连较重的纤维板粘连，需用血管钳逐步钳夹切断缝扎。肺尖部或后胸壁呈纤维板状粘连，有可能与锁骨下血管、臂丛、上腔静脉、奇静脉等粘连。左侧剖析胸时，应注重保护无名静脉、主动脉及左颈总、左锁骨下动脉。纵隔面及肺门四周的粘连多不甚紧密，膈胸膜粘连中多无大血管。一般从粘连弱处开始剥离，逐次向上、下、前、后分离。分离范围足以处理胸椎病灶和肺部病变为止，不必作广泛分离。椎旁脓肿穿入肺脏处不易分离，肺局部可有浸润块或空洞形成，严重者椎旁脓肿与扩张的支气管相通。肺部病变根据性质和范围，有下列四种方式处理方法：肺部病变不需非凡处理，肺局部炎症性团块的直径小于2cm，表面无脓无干酪或空洞形成者；肺部病灶清除：肺部炎症性团块病灶直径2cm左右，有脓液干酪或肉芽者，以病灶清除，局部形成小空洞非凡有漏气者，应用丝线间断全层缝合，注重肺脏勿残存死腔；肺楔形切除术适于肺边缘有小干酪块或空洞者；肺叶切除术应用于病变范围大或合并支气管扩张，或椎旁脓肿一支气管瘘者。（3）术后处理 注重病人呼吸道通畅，加强抗结核药物和一般化脓性感染的治疗。密切观察肺部支气管播散或支气管胸膜瘘的发生。保持胸腔引流管的通畅

，术后72 ~ 96小时拔除引流管，如胸腔仍有血性或淡黄色浆液性液体流出，保留引流管直至无液体流出时再拔除。其他处理同经胸椎结核病灶清除。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)