

肺脓肿 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_82_BA_E8_84_93_E8_82_BF_c22_304979.htm 名称肺脓肿所属科室心胸

外科病因肺脓肿的发生和发展，常有以下三个因素： 细菌感染； 支气管阻塞； 全身抵抗力减低。临床常见的病因有两大类：血源感染和气管感染。血源感染，主要由败血症及脓毒血症引起，病变广泛常为多发，主要采用药物治疗。气管感染主要来自呼吸道或上消化道带有细菌的分泌物，在睡眠、昏迷、酒醉、麻醉或癫痫发作、脑血管意外之后，被吸入气管和肺内，造成小支气管阻塞，在人体抵抗力减低的情况下，就会诱发肺脓肿。病理支气管阻塞远侧端的肺段发生肺不张及炎变，继而引起肺段血管栓塞产生肺组织坏死及液化，四周的胸膜肺组织发生炎性反应，终于形成一个有一定范围的脓肿。脓肿形成后，经过急性和亚急性阶段，如支气管引流不通畅，感染控制不彻底，则逐步转入慢性阶段。在感染的反复发作，交错衍变的过程中，受累肺及支气管既有破坏，又有组织修复；既有肺组织的病变，又有支气管胸膜的病变；既有急性炎症；又有慢性炎症；主要表现为肺组织内的一个脓腔，四周有肺间质炎及不同程度的纤维化，相关的支气管产生不同程度的梗阻和扩张。慢性肺脓肿有以下三个特征： 脓肿部位开始时多居有关肺段或肺叶的表浅部； 脓腔总是与一个或一个以上的小支气管相通； 脓肿向外蔓延扩展，到晚期则不受肺段、肺叶界限的限制，而可跨段、跨叶、形成相互沟通的多房腔的破坏性病灶。临床表现慢性肺脓肿由于胸膜粘连，粘连中形成侧支循环，血流方向是自血压较高的胸壁体循环流向血压较低的肺循环。临床在

其体表部可听到收缩期加重的连续性血管杂音。凡有此杂音者术中出血量较大，应有充分补血和止血技术方面的预备。慢性肺脓肿病人经久咳嗽、咯血、脓痰，全身有中毒症状，营养状况不良，呼吸功能受损、贫血、消瘦、浮肿、杵状指等。肺脓肿发病急剧，往往有上呼吸道感染、肺炎、支气管炎以及口腔病灶等经过。初期症状包括发冷发烧、全身不适、胸痛、干咳等。经药物治疗，急性症状有好转，但未能全部消除，逐步转为慢性肺脓肿，主要症状为咳嗽、咳脓痰、咯血、间断发热及胸痛等。其咳痰量多、粘稠、脓性、有臭味。体格检查患者肺部叩诊呈浊音，听诊有各种罗音及管性呼吸音，少数病例可听到胸膜粘连血管杂音。病程较久者常有杵状指。站内相关链接诊断除分析病史、症状及体格检查，必须进行X线检查。胸部平片可见肺部空洞性病灶，壁厚、常有气液面，四周有浸润及条索状阴影，伴胸膜增厚，支气管造影对有无合并支气管扩张及病变切除的范围都有很大帮助。对有进食呛咳者应行碘油或钡餐食管造影检查，明确有无食管气管瘘；若需与肺癌鉴别时需做支气管镜取活组织检查。治疗治疗肺脓肿病期在三个月以内者，应采用全身及药物治疗。包括抗生素全身应用及体位引流，局部滴药、喷雾及气管镜吸痰等。经上述治疗无效则考虑外科手术治疗。手术适应症：1.病期在三个月以上，经内科治疗病变未见明显吸收，而且持续或反复发作有较多症状者。2.慢性肺脓肿有忽然大咯血致死的威胁，或大咯血经积极药物治疗仍不停止者，应及时手术抢救。3.慢性肺脓肿如因支气管高度阻塞而感染难以控制者，应在适当预备后进行肺切除。4.慢性肺脓肿与其他病灶并存，或不能完全鉴别，如结核、肺癌、肺

霉菌感染等，也需要肺切除治疗。术前预备：包括改善病人全身情况，加强营养，间断输血，全身用抗生素，体位排痰，局部喷雾，气管内滴药等。经住院3~6周预备，痰量减少至天天50ml以下；痰由黄脓稠变为白粘稀薄；食欲、体重有所增加；血红蛋白接近正常，体温脉搏趋于平稳，则可进行手术。手术范围：肺脓肿的手术难度大、出血多，病变往往跨叶，手术范围不宜太保守，尽可能不做肺段或部分肺叶切除，而多数是超过肺叶范围，甚至需要全肺切除。手术并发症：常见的有失血性休克，支气管瘘及脓胸、吸入性肺炎、食管瘘等。其预后，大多数慢性肺脓肿经外科治疗疗效满足，症状消失，并恢复正常工作。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