

原发性纵隔感染 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/305/2021\\_2022\\_\\_E5\\_8E\\_9F\\_E5\\_8F\\_91\\_E6\\_80\\_A7\\_E7\\_c22\\_305294.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/305/2021_2022__E5_8E_9F_E5_8F_91_E6_80_A7_E7_c22_305294.htm) 名称原发性纵隔感染

所属科室心胸外科病理原发性纵隔感染可分为三型：（1）肉芽肿型(granulomatous form)：主要由组织浆细胞病

（histoplasmosis）和结核引起，由淋巴结空洞性坏死和脓肿形成，而后播散至纵隔内。局限于结缔组织内受侵之淋巴结，也可侵蚀至邻近结构。感染局限于右支气管旁或气管支气管淋巴结时，能产生上腔静脉梗阻。隆突下淋巴结受侵，能波及食管前壁一旦淋巴结穿孔至食管则引起牵引型憩室，肉芽肿侵蚀食管环时，能导致狭窄。感染沿支气管播散，则产生支气管扩张，单独侵蚀气管者甚为少见。然而，儿童的结核性淋巴结能穿入气管而产生梗阻。肉芽肿型纵隔感染偶然能由真菌引起，诸如放线菌病（actinomycosis）、土壤丝病菌(nocardiosis)、芽生菌病(blastomycosis)、白霉病菌

（mucormycosis），感染可直接由肺侵蚀至纵隔内，则不经过中间淋巴结途径。（2）局限性纤维性变型（localized fibrous form）：无明显肉芽肿块表示为肉芽肿晚期病变。多数病因是组织浆细胞病及结核，有些则原因不明。此型多造成上腔静脉梗阻，气管变形狭窄。亦可并发肺动脉或肺静脉狭窄、缩窄性心包炎。正常状态下，主动脉与左主支气管、食管四周为疏松结缔组织，二者可以独立运动，但在纤维性纵隔炎时，造成组织的相互粘连。当食管钡餐检查作咽下动作时，主动脉弓和气管可一起抬高，所谓主动脉吞咽综合征（aortic swallowing sign）。局限性纤维性变型纵隔炎并发粘连

和缩窄性心包炎，除结核等病变外，多数病因不明。支气管狭窄也是此型纵隔感染常见的并发症。（3）慢性纵隔脓肿（chronic abscess）：慢性纵隔脓肿由于慢性纵隔淋巴结感染、急性纵隔脓肿引流不畅、支气管瘘、食管瘘等引起。来源于淋巴结或脊柱的慢性脓肿常为结核。支气管瘘、食管瘘经常为手术并发症，属继发性纵隔感染。慢性纵隔脓肿几乎难以与局部肉芽肿及纤维型纵隔炎鉴别，除非与食管或支气管沟通。纵隔内有液平或提示与食管相通，则证实脓肿由食管破裂引起，但也可能是脓肿破入食管内。临床表现原发性纵隔感染时造成纵隔收缩，故X线摄片不能发现异常。最严重的纵隔纤维化病可使上腔静脉受累，产生上腔静脉梗阻。假如有慢性脓肿存在，根据病变的位置和范围产生多种多样症状。如疼痛、发热、咽下困难、贫血、持续性白细胞上升、体重下降，甚至恶病质。慢性干咳也可能是纵隔病变扩展至肺脏而引起的症状。使病人长期处于慢性感染状态，其脓肿的压迫、组织的纤维，造成纵隔内器官的受压、破坏，产生相应的症状。诊断原发性纵隔感染早期诊断较为困难，一般症状有胸前疼痛、低热、全身无力、体重下降、咳嗽，呈慢性病的污泥生症状，甚至发展成恶病质。化验可发现有血红蛋白的降低，白细胞持续升高，X线摄片早期不能发现异常。当发现局限的肉芽肿型纵隔感染，X线片上产生局部纵隔影增宽。最常见的X线表现为右气管旁肿块突出，并有胸骨后间隙密度增高，病灶由肉芽肿块、炎症淋巴对、纤维组织混合。隆突下区有相似之肿块于侧位及斜位片上最易察见。如感染侵蚀后纵隔间隙，侵犯食管缘时，食管造影片可见局限性边缘不整。从后前位胸片上观察隆突下肿块仅仅是心影上

部密度增高。大的肿块使双侧主支气管移位，气管隆突分叉角增宽，肿块轮廓不会十分具体清楚。如肿块中心坏死或干酪样变，则轻易钙化。钙化灶之轮廓多不规则，断层摄影（CT）可以显示。局限性纤维性变型X线诊断，以纵隔内某一器官之X线影像为突出，非凡常见者为上腔静脉综合征右上纵隔影增宽为突出。梗阻位于上腔静脉入口以下时，上腔静脉血管成为主侧支通路而扩大，在右支气管角处显示局部扩张。肺动脉狭窄显示肺野供血少及右心室肥大。肺静脉狭窄由于回流障碍而肺野充血。广泛纤维型纵隔感染，纵隔变硬，边缘锐利，失去正常曲度，双侧纵隔影变硬及毛糙。如是慢性纵隔脓肿继发于椎体感染，肿块影向双侧纵隔凸出。骨结核引起的纵隔脓肿在X线片上常可以看见。治疗（一）治疗原则 支持疗法，加强营养，提高自身抵抗力，抗感染。原发性纵隔脓肿以根除病因为主。静脉梗阻、受压引起的上腔静脉综合征、心包炎则需要手术治疗。（二）病因治疗在明确病人存在纵隔感染时，应积极寻找病因，查找引起纵隔感染的病原菌，再根据不同的病菌给予相应敏感的抗生素。（三）手术治疗由于纵隔脓肿和组织纤维挛缩引起的纵隔内器官受压、破坏则需要手术治疗。1.上腔静脉综合征的外科治疗（1）上腔静脉松解术：对感染引起的组织纤维化牵拉、挛缩所造成的上腔静脉综合征，松解上腔静脉四周的纤维组织，解除对上腔静脉的压迫。（2）上腔静脉壁部分切除术：当炎性肿块侵蚀部分上腔静脉壁，将肿块连同静脉壁作部分切除，然后补片。对小的肿块侵及上腔静脉内，前端超过炎性肿块部位，导管下段要做许多侧孔，使与右心房相通，用阻断带放在上腔静脉受侵位置的上下端，手术时予以阻断，

使血液从已阻断的上腔静脉，通过导管直接回流至右心房内。使受累的部分上腔静脉壁可以从容切除及重建，用静脉片或心包片做缝合修补。（3）侧支旁路手术：利用扩张的侧支循环间吻合，建立新的通路重建上腔静脉的回流。其方式有直接吻合、侧支静脉架桥、异体材料架桥等。上腔静脉旁路手术的途径较多：自上腔静脉或无名静脉移植到右心耳；自上腔或无名静脉移植到心包内上腔静脉；奇静脉直接与右心耳或心包内上腔静脉吻合；自颈内静脉到右心房；自上腔静脉到右心房；奇静脉远心端直接吻合到下腔静脉；大隐静脉颈内静脉吻合术。（4）上腔静脉移植术：目前上腔静脉移植还不是一个很成功的术式，主要在于术后栓塞率高，术中存在如何选择移植材料和移植技术问题。以上腔静脉完全闭塞为例，手术在常温（头部降温）或低温麻醉下进行。从胸骨正中锯开。颈部可碰到丰富的侧支血管。曲张静脉如蚯蚓状，必须小心地一一结扎止血。游离上腔静脉和左、右无名静脉，探查上腔静脉的阻塞程度及其范围。用无损伤血管钳阻断上腔静脉的近心端及左、右无名静脉，切除闭塞段。在右无名静脉和上腔静脉间置入人造血管。用3-0号无损伤缝线先缝合远心端血管口。右无名静脉和人造血管各放两根对角牵引线，结扎后，后壁做间断外翻缝合，于血管外打结，然后再缝前壁。用同样方法做近心端吻合。吻合完成后，先开放远端阻断钳，在人造血管壁上插入针头排气，再开放近端阻断钳，如有漏血，可补缝1~2针。（5）大隐静脉颈外静脉吻合术：大隐静脉颈外静脉吻合术是解除上腔静脉梗阻的旁路手术之一，亦是惟一的胸腔外静脉分流术。手术目的是：游离大隐静脉全长，倒转过来与颈部静脉吻合，使上腔血液流经

大隐静脉、股静脉途径回流到下腔静脉。2.缩窄性心包炎见缩窄性心包炎的外科治疗。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)