

结核性干性胸膜炎 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/307/2021_2022__E7_BB_93_E6_A0_B8_E6_80_A7_E5_c22_307665.htm 名称结核性干性胸膜炎所属科室呼吸内科病因 胸膜充血、水肿，白细胞浸润并有多数内皮细胞脱落，胸膜面失去其原来的光泽。胸膜表面有少量纤维蛋白渗出，致使胸膜增厚粗糙。愈合后形成胸膜粘连，但有时也可吸收而不留痕迹。病理 干性胸膜炎对肺功能的影响，依发生部位、有无胸膜粘连及其程度而定。炎症初期，脏层胸膜与壁层胸膜彼此摩擦所产生的刺痛，使潮气量减低，呼吸频率增加，形成浅速呼吸。炎症消散后，如无胸膜粘连，肺功能可完全正常。肺尖部胸膜粘连对肺功能影响不明显，胸下部胸膜粘连，肋膈角闭塞，呼吸时膈活动度减低，可引起肺活量减低。最大通气量大多正常或稍减低，因支气管无炎变，通气无障碍。临床表现 起病往往较急，症状轻重不一。起病时常有畏寒，轻、中度发热，干咳。主要症状为胸痛，由于壁层和脏层胸膜摩擦所引起。胸痛多发生于胸廓扩张度最大的部位，如胸侧腋下部。如病变在膈肌的中心部、可放射至同侧肩部；如在膈肌的周缘部，可放射至上腹壁和心窝部。疼痛性质为剧烈尖锐的针刺样痛，深呼吸及咳嗽时更甚。浅吸气、平卧或卧于患侧，胸廓的扩张度减低，胸痛可减轻。由于胸痛患者多不敢深吸气，故呼吸急促表浅。患侧呼吸运动受限制，局部有压痛及呼吸音减低。胸侧腋下部常有局限、恒定的胸膜摩擦音。呼气及吸气均可听到。听诊器紧压胸壁时摩擦音增强；患者闭口掩鼻作腹部起伏运动也可听到。咳嗽后摩擦音不变，可与罗音鉴别。诊断 根据

病史发热，干咳，剧烈尖锐的针刺样胸痛和胸膜摩擦音及结核菌素试验阳性等特点，可作出诊断。干性胸膜炎胸痛应与下列疾病鉴别。

（一）带状疱疹 肋间带状疱疹与干性胸膜炎均有胸部刺痛，但带状疱疹的胸痛沿肋间神经分布，受累神经分布区有成簇的水泡，可资鉴别。

（二）流行性胸膜痛（Epidemic pleurodynia）由柯萨奇（Coxsackie）B组病毒感染引起，呈小流行。常先有发热、咽痛、乏力、胃纳差。胸痛常骤起，随呼吸、咳嗽或转动体位而加剧，并可放射至颈、肩及上腹部。胸部肌肉可有压痛。X线检查无异常发现或肋膈角变钝。胸痛可在1周左右自行缓解。确诊靠咽拭子或粪便中病毒分离，以及有关血清学检查。

（三）支气管癌伴胸膜转移 多缓慢起病，常无发热、有进行性消瘦，持续性针刺样胸痛。胸液常呈血性，可找到癌细胞。

（四）肺炎球菌肺炎 仅于发病的早期可能与干性胸膜炎相混淆。先有发热、胸痛，随即有咳嗽、咳铁锈色痰，并有肺实变体征。如肺炎合并浆液纤维蛋白性胸膜炎，渗液中白细胞数增高，以中性粒细胞为主，有时可找到致病菌。治疗主要针对病因，进行对症治疗。胸痛可局部热敷或用镇痛剂如可待因、安乃近等。根据肺结核病灶性质及范围给予抗结核药物治疗。如肺部无病变者可给异烟肼治疗，一般在1年左右，并定期作胸部X线检查，随访至少2年。

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