

小儿结核性胸膜炎_儿科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式
，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E5_B0_8F_E5_84_BF_E7_BB_93_E6_c22_609156.htm 结核性胸膜炎

(tuberculous pleurisy) 是结核菌由近胸膜的原发病灶直接波及胸膜，或经血液、淋巴道途径传染至胸膜而引起的渗出性炎症。多见于较大儿童，发病与全身过敏性增高有关。原发灶往往不能被发现，多在肺内病灶同侧。【诊断】(一)结核接触史。(二)临床表现?1.症状(1?)起病多较急，有发热，咳嗽，早期有胸痛，又称干性胸膜炎。待胸腔积液增多，胸痛消失，出现气促，称渗出性胸膜炎。(2)结核中毒症状：有乏力，消瘦，食欲不振，盗汗等。(3)可能同时存在结节性红斑，疱疹性结膜炎及其他浆膜炎等过敏现象。2.体征(1?)早期：部分患儿可听到胸膜摩擦音，或无体征。(2)积液量少者仅有肺底部叩浊和呼吸音减低。(3)积液量多者，患儿喜卧患侧，有呼吸急促，鼻翼扇动，患侧呼吸运动减弱，胸廓膨隆，肋间隙饱满，气管向健侧移位，叩诊实音，语颤减低或消失，肩胛间区可闻管状呼吸音。3.ot或ppd试验阳性或强阳性反应。(三)x线检查?.小量积液患侧显示肋膈角变钝、消失。1.中量积液由腋下向内上方，上缘凹陷显示弧形阴影。2.大量积液病侧呈弥漫致密阴影，气管、纵隔、心脏向对侧移位。(四)实验室检查?1.胸水(1?)常规检查：为渗出液，外观为草黄色。比重大于1.018，细胞计数多在? $1 \times 10^9/l$ ($1000/mm^3$) 以下，以淋巴细胞为主，蛋白量大于30g/l。涂片或培养不易找到结核菌。(2)tb-pcr阳性，tb-ab阳性。2.血沉增快。(五)超声波检查有助于胸腔穿

刺定位及判断有无包裹性积液存在。【鉴别诊断】（一）化脓性胸膜炎 多为细菌性肺炎的合并症，胸水混浊，渗出液中以中性粒细胞或脓细胞为主，涂片及培养均有化脓菌。（二）反应性胸膜炎 右上腹炎症如肝脓肿或膈下脓肿，常引起同侧胸膜反应，渗出液以多核粒细胞为主，胸透有膈肌运动受限。（三）风湿性胸膜炎 较少见。积液少，吸收快，患儿有风湿热的其他表现。（四）胸腔漏出液 多由肾病、心力衰竭以及肝脏疾病等引起胸腔积液，外观清或微混，比重低于1.017，蛋白含量小于30g/l，细胞小于 $0.1 \times 10^9/l$ （100/mm³）。（五）恶性肿瘤 较少见，胸水为血性渗出液，积液增长快，胸水中可找到瘤细胞。病情恶化迅速，颈部及锁窝上可触及肿大的淋巴结。胸水溶菌酶、血管紧张素转化酶及腺苷脱氢酶测定（结核性It.1，有助于结核性与癌性胸水的鉴别。【治疗】（一）一般治疗 卧床4周，加强营养，给予各种维生素。（二）抗结核治疗联合用药：1.inh sm:inh: 10 ~ 20mg/(kg?d)，总疗程1 ~ 11/2年.sm: 20 ~ 30mg/(kg?d)，同原发综合征.最大剂量0.6g/d.2.停sm后加用:emb: 10 ~ 15mg/(kg?d)，或疗程视病情而定。pas: 200 ~ 300mg/(kg?d)，?（三）肾上腺皮质激素治疗早期在足量抗结核药的同时应用，可减轻中毒、过敏症状，促进积液吸收，防止胸膜粘连。1.泼尼松1mg/(kg?d)，疗程4 ~ 6周。2.氢化考的松胸腔注入，第1次做胸腔穿刺排液后，氢化考的松5 ~ 10mg注入胸腔1次。（四）胸腔穿刺 第1次诊断性穿刺及排液后，如无压迫症状，不需要再穿刺。目前多不主张胸腔内注入抗结核药。但如有结核性脓胸，可考虑反复穿刺并注入10% ~ 25%pas1ml,inh25mg或sm 25mg。（五）积液吸收后，拍x线胸片找原发病灶。

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