

慢性脓胸\_呼吸内科疾病库 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\\_\\_E6\\_85\\_A2\\_E6\\_80\\_A7\\_E8\\_84\\_93\\_E8\\_c22\\_609890.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E6_85_A2_E6_80_A7_E8_84_93_E8_c22_609890.htm) 急性脓胸治疗不彻底，病程超过6周，脓液粘稠并有大量纤维素，这些纤维素沉积在脏壁两层胸膜上，形成很厚的胸膜纤维板，限制肺组织的膨胀，脓腔不能进一步缩小，即形成慢性脓胸。【诊断】根据病史体征，可作出初步判断。x线：患侧胸膜肥厚，肋间隙窄，大片密度增高的毛下班样模糊阴影。纵隔向患侧移位，横膈升高。高电压片或体层片可显示肥厚的胸膜、脓腔和肺组织的情况。如有液平面，表示曾有肺漏气，或仍有支气管胸膜瘘。结合正侧位胸片可明确脓腔的大小，部位。当有液平存在时，应用健侧卧位水平投照可显示脓腔底部的位置。ct检查：能进一步明确肺组织是否有病变，如结核、支气管扩张、囊肿或脓肿，对制定手术方案有极大帮助。如有肺内病变常需作胸剥脱加肺叶甚至全肺切除，或加胸廓成形术。b型超声检查：在胸腔积液的液性暗茫茫然中因为液体内细胞成分多，常互相聚集，形成絮状物，故声像图上见有强弱不等、分部不均的细小回声，并稍有浮动现象。如患者迅速移动体，则见液体内回声浮动增强，甚至上下翻滚，极易识别。脓胸与单纯胸膜肥厚的超声检查所见不同之处是，提高增益后液性暗区内仍无回声，而胸膜肥厚区则回声增强，呈现实质性组织的特征。慢性脓胸如未作过胸穿或胸腔闭式引流，应该作胸穿，抽取脓液确定诊断，并作细菌培养和药物敏感试验，以便明确致病菌及选择有效抗生素。慢性脓胸的诊断并不困难，根据症状、体征、x线表现、b型超声，特

别是胸穿结果，均能明确诊断。【治疗措施】（一）慢性脓胸多需手术治疗 清除异物，消灭脓腔，尽可能多的保存和恢复肺功能。术前应适当补充营养，纠正低蛋白和贫血，少量多次输血，增强肌体抵抗力，选用有效抗生素，控制感染。

（二）高速引流管，充分引流脓液 待全身中毒症状减轻，肺恢复膨胀，脓腔缩小或闭合，脓胸可痊愈。如脓腔不能闭合消失，充分引流也是手术根治的必要准备。慢性脓胸脓液极少时，可将闭式引流管剪短，改为开放引流。开放引流后，引流管要用安全别针固定，以免落入脓腔，在逐渐将引流管退出的同时更换较细的引流管，以利于脓腔闭合。（三）慢性脓胸的脓腔引流要求

1.位置要合适 要选在脓腔的询问，但又不能过低，以免脓腔稍缩小就将引流管口堵塞，影响进一步引流。2.引流管的口径要足够大 内径要达到1~1.5cm，深入脓腔约2~3cm，引流管须有侧孔，以利引流。慢性脓胸时肋间隙已缩窄，因此，用前述方法安入引流管有一定困难。

需采用肋床切开法行胸腔闭式引流，即安放引流管时切开约5cm，切开筋膜及各层肌肉，并切除一段肋骨，再切开肋床，切下一小块胸壁组织，作病理检查，然后穿过胸膜纤维板将引流管插入脓腔，调整合适位置后，逐层缝合胸壁切口。这样才能保证引流管不被肋骨压瘪，保持引流通畅，也不致因引流管刺激，而引起过重的疼痛。（四）胸膜纤维板剥脱术

是剥脱壁层及脏层胸膜增厚的纤维板使肺组织从纤维板的束缚下游离出来，重新复张，胸壁恢复呼吸运动，消灭脓腔，保持胸廓的正常形态的手术。1.手术适应证 慢性脓胸脓液已经得到基本控制，每天脓液量在50ml以内，但脓腔依然在下，脓液持续不断；肺内无广泛病变，无广泛纤维化改变

，无空洞，无支气管扩张及狭窄，无大的支气管胸膜瘘的慢性脓胸可以行胸膜纤维板剥脱术。

2.手术方法 手术全麻气管内插管下进行，取后外侧切口，切开皮肤、皮下、肌肉后，切开骨膜，去除第5或第6肋骨，切开肋骨床，沿胸膜外间隙钝性剥离胸膜纤维板，剥开一定范围以后，用胸廓牵开器撑开切口及肋间隙，地一步剥离胸膜纤维板，直到将全部胸膜纤维板剥除，脏壁两层胸膜纤维板反折部位有时不易辨认，可以把脓腔切开，将脓液及纤维素等清除，再仔细将脏层纤维板剥除，脏层纤维板的剥除往往比较困难，原发病灶部位剥离最为困难，为避免损伤肺组织可将部分纤维板剩下后，仅用刀刃将其余部分纵横划开呈网格状，减少对肺组织的束缚，以利且肺的膨胀。手术中应仔细止血并缝合较大的肺漏气部位。手术失败的主要原因往往是血胸和肺漏气严重。术后放置两根粗大的引流管，一上一下，保持引流通畅，必要时术后引流管加负压吸引，可有效地预防或减少并发症的发生。

（五）胸廓成形术 胸廓成形术是将部分肋骨切除，使胸廓塌陷，压缩消灭脓腔的手术。治疗脓胸用的是胸膜内胸廓成形术，去除肋骨也切开胸用的是胸膜内胸廓成形术，去除肋骨也切开胸腔。

1.手术适应证 胸廓成形术适用于肺内有病变，如严重的肺纤维化改变、结核病变、支气管扩张等，以及有支气管胸膜瘘的患者。

2.手术方法 手术在全麻气管内插管下进行，如果有支气管肌膜瘘，应该插双腔插管，紧避免术中血液经瘘口进入支气管引起病变播散。手术切口根据脓胸范围和部位来确定，全脓胸时一般先切除第5或第6肋，经肋骨床切开增厚的胸膜纤维板进入脓腔，吸除脓液及坏死组织，根据脓腔的大小再去除相应的肋骨及壁层胸膜纤维板，

刮掉脏层胸膜纤维板上的肉芽组织，仔细止血并冲洗干净，根据脓腔大小安放1~2根甚至可放多根引流管，以利充分引流。松松地间断缝合切口肌肉和皮肤，然后用棉垫和多头胸带加压包扎，使胸壁的肌肉及肋间肌（包括肋骨骨膜及肋间神经血管）一起与脏层胸膜纤维板紧密贴合不留任何残腔。术后加强抗生素治疗，引流管要多放几天，至完全没有渗液外溢时再拔除，一般约在术后两周左右。加压包扎一般要求5周左右。过早解除包扎会使胸壁软组织浮起，而出现残腔，导致手术失败。这种改良的手术方法较原来的胸膜外胸廓成形术将胸壁肌肉、肋间肌及肋间神经血管一并切除的方法创伤小，术后仍有神经支配和血液供应，避免了术后胸壁麻木及畸形过于严重的缺点。由于胸膜外胸廓成形术不去除壁层胸膜纤维板，常常不能彻底消灭脓腔而使手术失败，已很少采用。胸廓成形术一般要求切除脓腔范围以外上下各一根肋骨，长度要求超过脓腔范围2~3cm，如果脓腔大，手术可分期进行，第一次手术只去除第2至第6肋，二期手术时再去除第7至第10肋，以免一次手术创伤过大，患者术后恢复困难。

（六）胸膜全肺切除术 慢性脓胸合并广泛肺内疾病如结核空洞、支气管扩张或支气管狭窄等时，胸膜剥脱术、胸廓成形术均不适用，反而会使肺内疾病恶化，此时如果健侧肺组织健康没有病变，则可施行胸膜全肺切除术。即把全肺及脓胸整块切除，一般不必先行胸膜剥脱，为了手术操作方便，也可先切除部分纤维板，仔细解剖游离肺门结构，注意勿损伤食管、上腔静脉等重要脏器，必要时可以打开心包，在心包内处理大血管。胸膜全肺切除手术技术复杂，出血较多，手术危险性大，需要较丰富的经验，因此，手术适应证应该严

格掌握，并做好充分的术前准备，手术当中也需非常仔细，严密止血，充分估计各个脏器受牵拉移位的可能性，避免手术意外。肺及胸膜纤维板切除后，要充分彻底地冲洗胸腔，术后还要加强抗生素治疗，术后胸腔感染是手术失败的主要原因，很难控制，常常需追加胸廓成形术，甚至开放换药，病期持久，患者极为痛苦。（七）带蒂大网膜填充术 近年来一些胸科医生用带血管蒂的大网膜填充到胸腔，治疗慢性脓胸和支气管胸膜瘘，效果很好。大网膜血液循环丰富，再生能力强，又具有吸收功能，极易与周围组织粘连并形成广泛侧支循环，因而能使手术获得成功。带蒂大网膜填充胸腔适用于治疗各种慢性脓胸，甚至是体质很差不适宜行胸廓成形术的患者，以及难以用其他方法治愈的脓胸，如两侧均有肺内病变的慢性脓胸。但曾经做过腹部手术或患过腹膜炎的患者，由于大网膜粘连较重不能游离，不适宜做此手术。过度消耗，大网膜菲薄的患者，手术较困难。手术方法是切除壁层胸膜纤维板后，刮除脓腔内的肉芽组织及坏死组织，反复冲洗脓腔，骨膜下切除前中段变形肋骨2~3根，经左侧肋膈角或者右侧皮下，将带血管蒂的大网膜上提至脓腔，有支气管胸膜瘘者，将瘘口周围清除干净后用大网膜将瘘口堵塞并缝合固定，剩余空腔用肋间肌及胸壁肌肉组织填塞，一般不放引流管，只在伤口内放两条橡皮引流条，缝合胸壁加压包扎。带血管蒂大网膜胸腔移植术的胸部变形较小，损伤少，有利于恢复，是其最大的优点。【病因学】（一）急性脓胸治疗不及时或处理不适当 急性脓胸期间选用抗生素不恰当，或治疗过程中未能及时调整剂量及更换敏感抗生素，脓液生成仍较多，如果此时引流管的位置高低，深浅不合适，管径

过细。或者引流管有扭曲及堵塞，引流不畅，均可形成慢性脓胸。（二）胸腔内异物残留 外伤后如果有异物，如金属碎片、骨片、衣服碎条等残留在胸腔内，或手术后异物等残留，则脓胸很难治愈，即使引流通畅彻底也因异物残留而不能清除致病菌的来源而不能治愈。（三）引起脓胸的原发疾病未能治愈 如果脓胸是继发于肺脓肿、支气管痿、食管痿、肝脓肿、膈下脓肿、脊椎骨髓炎等疾病，在原发病变未治愈之前，脓胸也很难治愈，形成慢性脓胸。（四）特异性感染 结核性感染、霉菌性感染、阿米巴性脓胸均容易形成慢性脓胸。

【病理改变】 慢性脓胸时由于长期积脓，大量纤维素沉积并逐渐机化，可形成2cm厚度，甚至更厚的纤维板，因而胸壁内陷，肋骨聚拢，肋间隙变窄，肋骨本身呈三角形改变，脊柱向健侧侧弯，膈肌也因增厚的胸膜纤维板的限制而被固定，因此呼吸运动受到极大的影响，严重减弱，同时因纤维板收缩的影响，纵隔被牵向患侧，影响血液循环患者可因长期缺氧而出现杵状指（趾）。慢性脓胸患者由于长期慢性感染，肝、肾、脾大、肾功能障碍。部分脓胸可侵犯肺，形成支气管胸膜痿，亦可直接穿破胸膜向外侵犯，穿过肋间，形成哑铃型型脓肿，甚至穿透皮肤形成胸膜皮肤痿。

【临床表现】 长期感染、慢性消耗，常使患者呈现慢性全身中毒症状，如低热、乏力、食欲不振、消瘦、营养不良、贫血、低蛋白血症等。有支气管胸膜痿者，咳大量脓痰，且与体位3有关。合并皮肤痿时，有脓液自痿口外溢。查体可见患侧胸廓下陷、肋间隙窄、呼吸运动减弱或消失，叩诊呈实音，纵隔心脏向患侧移位，呼吸音减弱或消失，脊柱侧弯，杵状指（趾）。

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)