

脓胸\_胸部外科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/611/2021\\_2022\\_\\_E8\\_84\\_93\\_E8\\_83\\_B8\\_\\_E8\\_83\\_B8\\_c22\\_611399.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/611/2021_2022__E8_84_93_E8_83_B8__E8_83_B8_c22_611399.htm) 脓胸是指胸膜腔被致病菌侵入，发生感染积脓。从新生儿到老年人，任何年龄均可发生。脓胸多由化脓性细菌所引起。多数脓胸继发于肺部感染。在小儿，金黄色葡萄球菌肺炎更是常见原因。部分也可因开放性胸外伤、胸内手术、膈下脓疡或败血症所引起。脓液占满整个胸腔者，称全脓胸；如脓液局限于部分胸腔内，则称为局限性（包裹性脓胸）。根据病程长短和病理反应，分为急性和慢性两类。事实上这两者无明确的界限。按病程长短分类不确切。在治疗上仍应根据病理反应和临床表现来分类比较符合临床实际。如排除脓液，肺能扩张的脓胸为急性脓胸，以内儿科治疗为主。如排除脓液，肺仍不能扩张的脓胸为慢性脓胸，则应由外科手术治疗。脓胸如为肺脓疡破裂所致，或并发支气管胸膜瘘，则有气胸同时存在，称为脓气胸。脓胸未进行引流，脓液可穿向胸壁皮下组织（称自溃性脓胸），溃破后形成脓窦，或向肺部穿破形成支气管胸膜瘘，脓液经支气管胸膜瘘流入对侧肺内引起感染。脓胸还可并发纵隔脓肿、肋骨或胸骨骨髓炎、败血症等并发症。急性脓胸大部分继发于各种肺炎。慢性脓胸绝大部分由急性脓胸转变而来的。慢性脓胸的主要原因有：(1)急性脓胸没有及时治疗或治疗不当；(2)脓胸合并支气管胸膜瘘或食管胸膜瘘，经常有污染物或细菌进入脓腔；膈下脓肿引起的脓胸，膈下感染如未彻底清除或胸内有异物残留等，均可因感染源未清除，而形成慢性脓胸；(3)合并特异性感染，如合并结核杆菌感

染的脓胸。临床表现1.急性脓胸: (1)高热、胸痛、气促、咳嗽、伴支气管胸膜瘘者有体位性咳痰；(2)患侧胸部呼吸受限，胸廓饱满，气管移向对侧，肋间隙增宽，叩诊浊音或实音（脓气胸叩诊上部鼓音，下部浊音），听诊呼吸音减弱或消失。

2.慢性脓胸：(1)反复发热（低热）、食欲不振、胸部隐痛，气促、咳嗽、伴支气管胸膜瘘者咳大量脓痰；(2)慢性消耗性病容、消瘦、贫血、营养不良（血浆蛋白降低），患侧胸壁塌陷，气管向患侧移位，肋间隙变窄，呼吸运动受限，叩诊实音，呼吸音减弱或消失，脊柱侧弯，杵状指（趾）。

诊断依据1.急性脓胸：(1)有肺炎、胸外伤或胸部手术史，发热、胸痛、咳嗽、气促，血液白细胞及中性粒细胞计数增多；(2)有胸膜腔积液体征，积脓多者可有纵隔移位；(3)胸部X线检查胸腔内有积液现象，纵隔推向健侧、伴支气管胸膜瘘时见肺萎缩及液平面；(4)胸腔穿刺抽出脓液可确诊，细菌培养可为阳性。胸穿后可注入美蓝（亚甲蓝）1毫升，确定有无支气管胸膜瘘。

2.慢性脓胸：(1)有急性脓胸处置不当或引流不畅，或有引起脓胸的原发病源未愈的病史，脓腔尚未闭合；(2)呈慢性消耗体质、低热、患侧胸膜增厚，胸壁下陷或有积液体征。常有杵状指（趾）；(3)胸部X线检查：胸廓下陷，胸膜增厚，肋间隙变窄，有积液或液气面。胸壁窦道碘油造影见有脓腔。有时可见胸膜钙化影；(4)胸腔穿刺抽出脓液，培养有细菌生长。胸内注入美蓝液检查，可确定有无支气管胸膜瘘。

治疗原则1.根据脓液细菌培养及药物敏感性试验选用有效抗生素控制感染。2.排尽脓液促使肺早日扩张。及早反复胸膜腔穿刺，抽除稀薄脓液，于胸腔内注入抗生素或溶纤维素药物（如胰蛋白酶、链激酶、脱氧核糖核酸酶）

。对经反复穿刺后效果不佳者应及早行胸腔闭式引流。对小儿葡萄球菌肺炎引起的脓胸多主张早期作胸腔闭式引流，可获较好效果。3.全身支持治疗包括加强营养、补充能量和蛋白，必要时可多次间断给予输血。4.根据具体情况调整改进脓腔引流，以利于控制感染和改善全身情况。5.手术治疗：消除致病原因，消灭脓腔和恢复肺功能。病程不长，肺内无病变，可行脓胸纤维板剥除术。病程长，肺内有病变或支气管胸膜瘘，可行胸膜肺切除，如一侧肺完全毁损，可行胸膜全肺切除。病程长，肺组织已严重纤维化或肺内有病变不宜膨胀者（如空洞型肺结核），以及胸膜剥除术失败者。如脓腔容量在1500毫升左右可用大网膜填塞，消灭脓腔。如脓腔较大，可行胸膜内胸廓成形术，消灭脓腔。用药原则1.急性脓胸根据脓液细菌培养及药敏试验选用有效抗生素、支持对症和其他辅助药治疗。2.慢性脓胸根据临床和药敏试验选用有效抗生素、术前术后加强全身支持治疗（包括新特药物）。辅助检查1.急性脓胸检查专案以检查框限“A”为主；2.慢性脓胸有其他并发症者，检查专案可包括检查框限“A”、“B”。疗效评价1.治愈：症状消失，术后X线检查脓腔消失。伤口愈合。2.好转：经治疗后，临床症状消失，但胸壁或切口残存窦道，分泌物少，脓腔基本消失。经数月观察伤口不愈，再行处置。3.未愈：症状体征未改善，脓腔仍存在。专家提示脓胸治疗的原则为控制病因，提高全身抵抗力，通畅引流及消灭脓腔。对于原发病源要根据脓液培养和药敏试验选用有效足量抗生素，同时，加强全身支持治疗。急性脓胸应及时排除脓液，以解除全身中毒症状，促使肺复张，消灭脓腔，防止形成慢性脓胸。急性脓胸早期，经反复

作胸腔穿刺抽脓及注入抗生素，多数病人可获痊愈。如经穿刺治疗效果不佳，尽早采用肋间或肋床胸腔闭式引流手术。小儿急性脓胸，宜多采用胸腔闭式引流。慢性脓胸经调整引流及全身情况改善后，根据其不同病理病变，可采取胸膜纤维板剥脱术、胸膜肺切除或胸膜全肺切除术、或胸膜内胸廓成形术。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)