

2009年外科辅导：吸入性损伤的诊断临床执业医师考试 PDF
转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/647/2021_2022_2009_E5_B9_B4_E5_A4_96_c22_647485.htm

吸入性损伤的诊断主要依据受伤时及临床表现，结合实验室检查、X线及特殊检查等，以明确有无吸入性损伤、损伤的部位及程度等。

- 1、病史 应详细询问受伤时的情况，如有密切空间烧伤史及吸入刺激性、腐蚀性气体病史者，应怀疑有吸入性损伤的可能。
- 2、临床表现 病人有头面、颈部烧伤创面，尤其是有口鼻周围烧伤创面，鼻毛烧焦，口腔、咽部粘膜充血、水肿，有水泡形成；咳嗽、咳痰、痰中带碳粒；呼吸困难，缺氧、烦躁；嘶哑，气管内膜脱落；肺水肿时有咳血性泡沫样痰，肺部可闻及呼吸音低、粗糙或干、湿罗音等。吸入性损伤时，由于喉气管水肿变狭窄而出现呼吸困难，则喉气音呼吸音变成高调，有时发出尖厉的鸣笛声，此时应行气管切开术。重度吸入性损伤早期即出现进行性呼吸困难，但在大面积烧伤时，即使无吸入性损伤，早期也可并发急性肌功能不全而出现呼吸困难，此点应注意。来源：www.examsda.com
- 3、X线检查 以往认为X线对吸入性损伤无诊断意义。但王天乙等（1980）和杨智义等（1982）通过动物实验和临床观察认为，取右前斜位X线摄片，伤后2~6小时出现明显的气管狭窄，气管内显示斑点状阴影，透光度减退，粘膜不规整，早期显示气管狭窄的特征，可作为吸入性损伤的X线改变。肺水肿时显示弥散的、玻璃片状阴影、叶间影象、肺门扩大、线形或新月形影象；肺部感染时可见中心性浸润影象或弥漫而稠密的浸润影象；有时可看到由于代偿性肺气肿所显示的气球样透明度增强，以及由于

肺泡破裂或气肿样大泡破裂所致的气胸影象。4、特殊检查

纤维支气管镜检查：纤维支气管镜可直接观察咽喉、声带、气管、支气管粘膜的损伤程度，确定损伤部位。因它可在气道内取材、引流、洗涤，它又是一种治疗工具。通过纤维支气管镜进行动态观察，可了解病变演变的转归。吸入性损伤的镜下所见：上气道吸入性损伤可见咽部水肿、充血、水泡形成、溃烂或出血，一般可见声门，重度损伤者粘膜高度水肿，梨状窦消失，室襞靠拢，可看不清声门。下气道吸入性损伤可见管壁粘膜充血、水肿，有粗大的血管网，管腔明显狭窄，软骨环模糊或外露，粘膜可逐渐脱落形成溃疡和出血，支气管开口红肿或闭合，开口处可被脱落的粘膜或分泌物堵塞。管腔内有异物存在，如烟雾微粒、分泌物、血液、坏死粘膜或脓性分泌物等。另外，还可发现气管、支气管功能失调的变化：正常吸气时气管、支气管横径变宽，长径变长，呼气时恰恰相反，当损伤后，呼气时管腔窄至闭合，咳嗽反向迟钝或消失。行纤维支气管镜检查时，视病情可经口、鼻插入，有气管切开者，可直接以气管切开处插入。纤维支气管镜检查时支气管可因刺激因发生痉挛致缺氧，3级支气管水平以下的气道及肺泡单位损伤时，此项检查无法进行。此外，此项检查有引起外源性感染的可能。

133氙肺扫描连续闪烁摄影检查：Moylan于1972年首先应用133氙扫描方法诊断吸入性损伤，认为是一种安全而可靠的早期诊断方法，其结果与尸体解剖结果间的误差仅为13%。此项检查一般于伤后48小时内进行，采用放射性同位素 ^{133}Xe $22 \times 10^7 \sim 74 \times 10^7$ 贝可（ $6 \times 10^{-3} \sim 20 \times 10^{-3}$ 居里）置于生理盐水中做周围静脉注射，每15秒做闪烁摄影一次，直到 ^{133}Xe 完全清除为止。正

常情况下， ^{133}Xe 注射后90～150秒钟，可完全从肺部清除，称为扫描正常；若150秒后仍未清除者称为扫描异常。延迟清除、清除不完全或 ^{133}Xe 呈现节段性潴留者，表示有吸入性损伤。有闪烁摄影上可见放射性密度增大的灶性区域。伤前有支气管炎、支气管扩张等慢性梗阻性肺部疾病者，可出现假阳性结果。通气过度发生假阴性率约为5%。伤后第14天，入院时扫描异常的80%左右可恢复正常，故伤后第3天后此项检查不能作为早期诊断的手段。此项检查的准确率可达87%，它只能判定有无吸入性损伤和受损部位，不能判断损伤的严重程度。来源：www.100test.com 脱落细胞计分法

：Ambiavagar在1974年首次报道关于观察支气管分泌物中各种细胞形态和结构的改变以及有无烟雾颗粒，诊断有无吸入性损伤的情况。吸入性损伤后，纤毛细胞的形态与结构产生变异包括纤毛脱落、终板消失、细胞浆呈蜡状石蓝染色、细胞核固缩，严重者破裂或溶解。方法：在局麻下经直接喉镜或经气管切开取标本，用2ml生理盐水滴注至气管内，30秒钟后吸管吸出气管内分泌物，立即涂片，固定，Papanicolaou染色。据观察纤毛细胞的形态，结构变化计分。纤毛完整记1分，有终板存在记1分，胞浆呈淡蓝色记1分，核结核和核大小各记1分，共计分（图11-8）。每张涂片观察200个纤毛细胞，总的细胞计分可得1200分。正常成人 1044 ± 89 分，儿童 754 ± 158 分；而严重吸入性损伤者仅为12～208分，轻者为276～446分，无吸入性损伤的烧伤病人为1068～1140分。

5、肺功能检查 血气分析：吸入性损伤后， PaO_2 有不同程度的下降，多数低于8kPa（60mmHg），烧伤面积相似而不伴有吸入性损伤者一般 $\text{PaO}_2 > 10.67\text{kPa}$ （80mmHg）。 $\text{PaO}_2/\text{FIO}_2$ 比

率降低（正常 $> 53.2\text{kPa}$ ），A-aDO₂早期升高，其增高程度可作为对预后的预测。如果进行性PaO₂低，A-aDO₂增高显著，提示病情重，预后不良。来源：www.examda.com 肺功能测定：对低位吸入性损伤较敏感。主要包括第一秒钟时间肺活量（FEV₁）、最大肺活量（FVC）、J最大呼气流速-容积曲线（MEFV）、高峰流速（Peakflow）、50%肺活量时流速和呼吸动力机能（肺顺应性、气道力、肺阻力等）。重度吸入性损伤后，累及小气道及肺实抽，气道阻力增加，50%肺活量时高峰流速可下降至 $41.6 \pm 14.3\%$ ，肺顺应性下降，肺阻力显著增高，MEFV显著低于正常值，FEV₁和FVC均较早出现异常。以上变化系气道梗阻所致，故肺功能测定对预计病情发展有一定意义。更多信息请访问：[百考试题医师网校](#) [医师论坛](#) [医师在线题库](#) [百考试题执业医师技能加入收藏相关推荐](#)：[2009年外科辅导：吸入性损伤的治疗措施](#) [2009年外科辅导：吸入性损伤的病理改变](#) [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