

## 肺结核伴肺内及胸膜腔内多发结核性脓肿手术治疗 1 例

### Surgical treatment in 1 case of pulmonary tuberculosis with multiple abscesses in lung and pleural cavity

阚奇伟(KAN Qi-wei), 石 勇(SHI Yong), 刘泗军(LIU Si-jun), 刘应青(LIU Ying-qing)

(眉山市人民医院, 四川 眉山 620010)

(Meishan People's Hospital, Meishan 620010, China)

[关键词] 结核, 肺; 脓肿, 结核性; 肺脓肿; 胸膜腔脓肿; 抗结核治疗

[中图分类号] R521.7 [文献标识码] E [文章编号] 1671-9638(2012)01-0076-02

肺结核并发肺脓肿、胸膜腔脓肿常规治疗效果往往不佳, 手术可以很大程度清除病灶, 配合抗结核治疗能够收到明显效果。2011 年 3 月, 我们实施肺结核伴肺内及胸膜腔内多发结核性脓肿手术治疗 1 例, 疗效明显, 现总结报告如下。

#### 1 病例资料

患者, 女, 43 岁, 因“间断咳嗽、胸痛、盗汗 1 年余”入院。1 年多前出现咳嗽、胸部隐痛, 并偶有盗汗, 未予重视。3 个月前症状加重, 当地县医院根据影像学检查结果诊断为肺结核, 口服抗结核药物治疗 1 月余症状稍缓解, 患者自行停药。后因症状再次明显来本院就诊。体格检查: 消瘦, 右下肺呼吸音减弱, 余阴性。血沉 65 mm/h, 白细胞计数  $10.1 \times 10^9/L$ , 中性粒细胞百分比 71%。胸部 CT 提示双肺尖点结状密度增高影, 右下肺外基底段内一处及胸膜腔内多处低密度影, 彼此分隔, 增强 CT 提示脓肿壁厚且强化(图 1~2), 脓肿大小  $(3.0 \times 4.0 \times 5.0) \sim (6.0 \times 7.0 \times 9.0)$  cm。入院诊断: 肺部感染伴右下肺、胸膜腔脓肿(结核?)。在抗结核准备的基础上手术治疗。术中对脓肿以外闭锁的胸膜腔不予分离, 在保护切口及术野的情况下逐一行脓壁小切口, 吸除黏稠脓液、剥除脓壁, 右下肺脓肿作减压后肺叶 V 形切除病变。以 12 000 mL 生理盐水反复冲洗术野, 再以稀释碘伏液 4 000 mL 重复冲洗。伤口每层均以稀释碘伏液冲洗 3 遍再缝合。在第 7 肋

间腋前线和腋后线分别置 1 根引流管, 充分引流。术中及术后 3 d 均静脉滴注异烟肼, 0.3 g, 1 次/d。病理检查结果证实为结核(图 3~4), 之后经传染科会诊改为口服异烟肼、利福平、吡嗪酰胺和乙胺丁醇。术后 2 d 切口局部少量积液, 予拆开 3 针换药 4 d 后二期缝合, 2 周后切口愈合, 拆线; 其余段切口均术后 10 d 愈合拆线。术后 5 d 复查 CT 情况良好, 拔除胸腔引流管, 引流口缝线于拔管后 12 d 拆除。术后 2 周咳嗽、盗汗及既往胸痛症状均消失。病理诊断: 肺结核伴右下肺、右胸膜腔结核性脓肿。随访至术后 2 月, 症状无复发, 切口无脓肿及窦道形成, 胸部 CT 示双肺无渗出及脓肿, 无胸腔积液, 肺尖部病变同术前。

#### 2 讨论

虽然随着抗结核药物的发展, 对肺结核采取外科治疗已大大减少, 但对于部分病例, 药物治疗难以达到满意疗效, 外科手术治疗仍然是不可缺少的方法<sup>[1]</sup>。本例患者右下肺及胸膜腔内多发结核性大脓肿, 仅靠化学治疗难以彻底消灭结核菌及促进广泛病变的吸收。而且右下肺内脓肿位置深在, 胸膜腔内脓肿又壁厚、多个、彼此分隔, 对此难以行穿刺或引流治疗。我们在抗结核治疗的基础上采取开胸脓肿清除治疗, 取得满意疗效, 此不失为一积极而彻底的治疗方案。

[收稿日期] 2011-07-22

[作者简介] 阚奇伟(1975-), 男(汉族), 四川省眉山市人, 主治医师, 主要从事肺癌的基础与临床研究。

[通讯作者] 阚奇伟 E-mail: kan\_qw@yahoo.com.cn

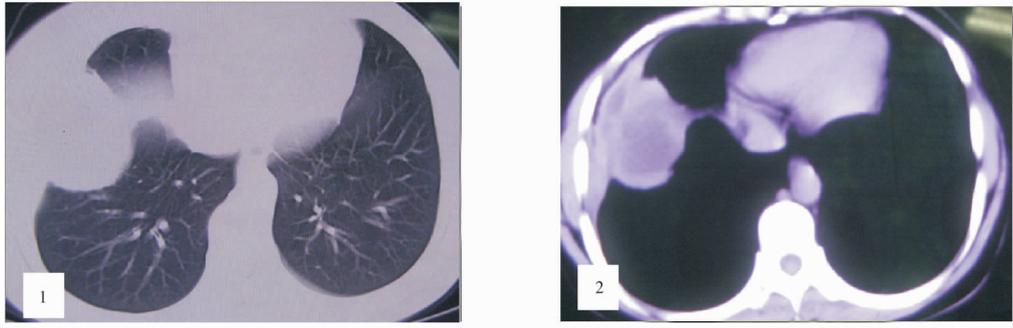


图 1~2 右下肺及右侧胸膜腔厚壁脓肿

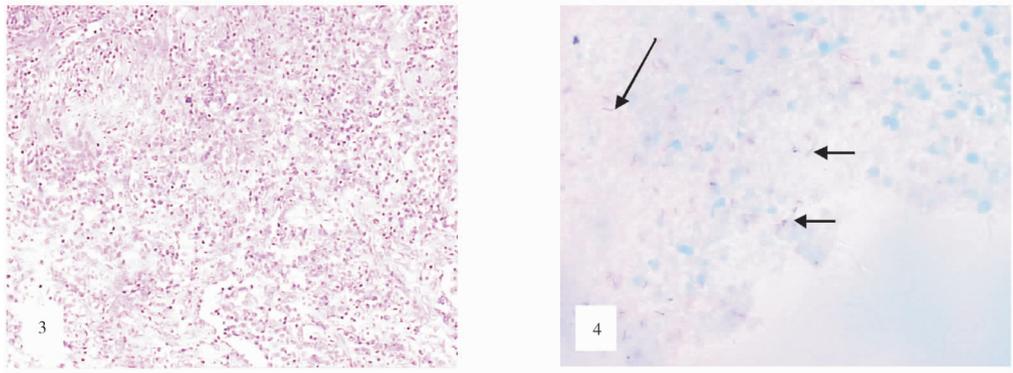


图 3 HE 切片镜下见较多朗汉斯细胞、干酪样坏死及增生样结节

图 4 抗酸杆菌染色阳性(箭头所示)

但是此类病变手术治疗常常有病变扩散、切口感染、窦道形成及术区再次形成脓肿等风险。要预防这些并发症,除了抗结核治疗以外,我们有如下体会:(1)此类患者胸膜腔多已闭锁,术中尽量只在病变附近作必要的胸膜游离,保持其余部位胸膜粘连,以减少污染范围,减轻毒素吸收;(2)在保护术野的情况下作脓腔减压,以避免切除病变时造成脓肿破裂、脓液外溢加重污染;(3)以大量无菌液体反复冲洗术野,必要时加压冲洗,尤其是对于相对潜在的腔隙部位;(4)必须保持术后引流充分,可以在术区的最高和最低位分别留置引流管,如此还可以在术后

必要时作胸膜腔冲洗。如果病变在上肺,还可以加做胸廓成形术<sup>[2]</sup>,本例患者因病变位于下肺及胸膜腔底部,不宜行胸廓成形术。

[参考文献]

[1] 韦鸣,廖勇,许建荣,等. 肺切除术联合化疗治疗耐多药肺结核 51 例[J]. 中国胸心血管外科临床杂志, 2010, 17(4): 341 - 342.  
 [2] 齐凤鸣. 肺结核空洞的外科手术治疗[J]. 临床医药实践杂志, 2007, 16(6): 435 - 436.