

支气管扩张症

支气管扩张症

（进修学习报告）

杨荣贵

一、定义：简称支扩，是由于支气管及其周围肺组织的慢性炎症和阻塞,导致支气管管壁破坏，管腔形成不可逆性扩张、变形的慢性化脓性疾病。

二 病因：1 支气管—肺感染:感染-阻塞-感染（最常见）

2 支气管器质性阻塞：管腔内肿瘤、异物或管腔外肿大淋巴结造成管腔狭窄或部分阻塞（活瓣作用）

3 支气管外部的牵拉作用肺组织慢性感染、肺结核后纤维组织牵拉

4 支气管先天发育缺陷和遗传因素

三 临床表现

慢性咳嗽 与体位改变有关。

大量脓痰 痰静止后分三层，痰有臭味说明有厌氧菌感染。

反复咯血 部分病人以反复咯血为唯一症状，平时无咳嗽咳痰等症状，称为干性支气管扩张，多位于上叶支气管，引流较好，多见于结核性支扩。

继发肺部感染：反复感染，反复使用抗生素导致耐药菌出现率明显提高，如耐药性铜绿假单胞菌，给治疗带来困难。

5慢性感染中毒症状：发热、盗汗、纳差、消瘦、贫血等，小儿可影响发育。病程常者可有关节、杵状指。

6体征：病变部位可闻及固定、持久的湿罗音。



- 四并发症
支气管肺炎、肺纤维化、胸膜增厚、肺气肿、
肺心病、右心衰、呼吸衰竭等



5 辅助检查

1影像学检查：由于支扩的本质是不可逆性的解剖学改变，故影像学对于诊断具有决定性的价值：1)胸片，早期轻症（柱状）后前位胸片无特殊或仅有肺纹理增强，后期X胸片显示不规则环状透光影，或蜂窝状(所谓卷发影)甚至液平，可以确定囊性支扩存在。2)胸部高分辨率CT（金标准）:可确定病变范围、性质、程度，初诊有条件需进行。





纤维支气管镜检查：可达到3级支气管，窥见4级支气管，而支扩多发生于远端，故发现率不高，但对病因及定位有帮助，镜下取培养标本明确感染菌有帮助。



肺功能检查：病变局限，较轻者肺功能无明显异常，功能性损害加重时出现动脉血氧分压降低和氧饱和度下降，甚至出现肺心病、右心衰。



01

血常规、血沉、C反应蛋白

02

痰微生物检查：

六、诊断要点

慢性咳嗽、大量脓痰、反复咯血。

A

胸部X线显示有蜂窝样或卷发状阴影。

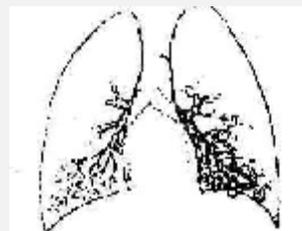
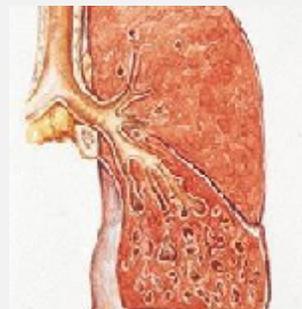
C

病变部位可闻及固定、持久的湿罗音。

B

高分辨CT或支气管碘油造影可确诊（怀疑）。

D





STEP1

对于临床怀疑支扩而后前位胸片无明显异常者，行胸部高分辨率CT可明确诊断。

STEP2

鉴别诊断

STEP3

慢性支气管炎：无咯血、CT不支持。

STEP4

肺脓肿：有大量咳痰，但起病急，有发热恶寒等症状。需注意的是肺脓肿常并发支扩，支扩也易发生肺脓肿，CT可明确诊断



肺结核：有慢性咳嗽、咳痰，常有午后低热、盗汗、消瘦等结核毒性症状。X线可发现病灶如卫星灶、可有钙化，痰可查见抗酸杆菌。

支气管肺癌

先天性支气管囊肿

七、体位引流的方法及护理

1 适应症

1. 支气管扩张、肺脓肿、慢支、肺结核等疾病有大量痰液而排除不畅者。
2. 支气管碘油造影术前、术后。

2 禁忌症

1. 呼吸功能不全，有严重呼吸困难及发绀者。
2. 近两周内有咯血者。
3. 有严重心血管疾病或老年体弱不能耐受者。

01

3、原则

病肺处于高位，引流支气管开口向下，引流时间，每次15~30min，每日2~3次。

02

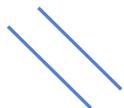
4、注意事项

- 1 引流易在饭前进行；
- 2 对痰液粘稠者，引流前予超声雾化吸入；
- 3 术中鼓励病人放松、适当咳嗽咳痰；
- 4 引流过程中密切观察病人反应。



8 预防

积极防治呼吸道感染，尤其是幼年时期的鼻窦炎、支气管炎、肺脓肿，积极预防、治疗肺结核对预防支扩发生具有重要意义。



呼吸衰竭

一、定义：是指各种原因引起肺通气和换气功能障碍，不能进行有效的气体交换，导致缺氧或伴二氧化碳潴留，引起一系列生理功能和代谢紊乱的临床综合征。



以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/525314232114012011>