

胸腔积液

pleural effusion

胸膜腔

(pleural space)

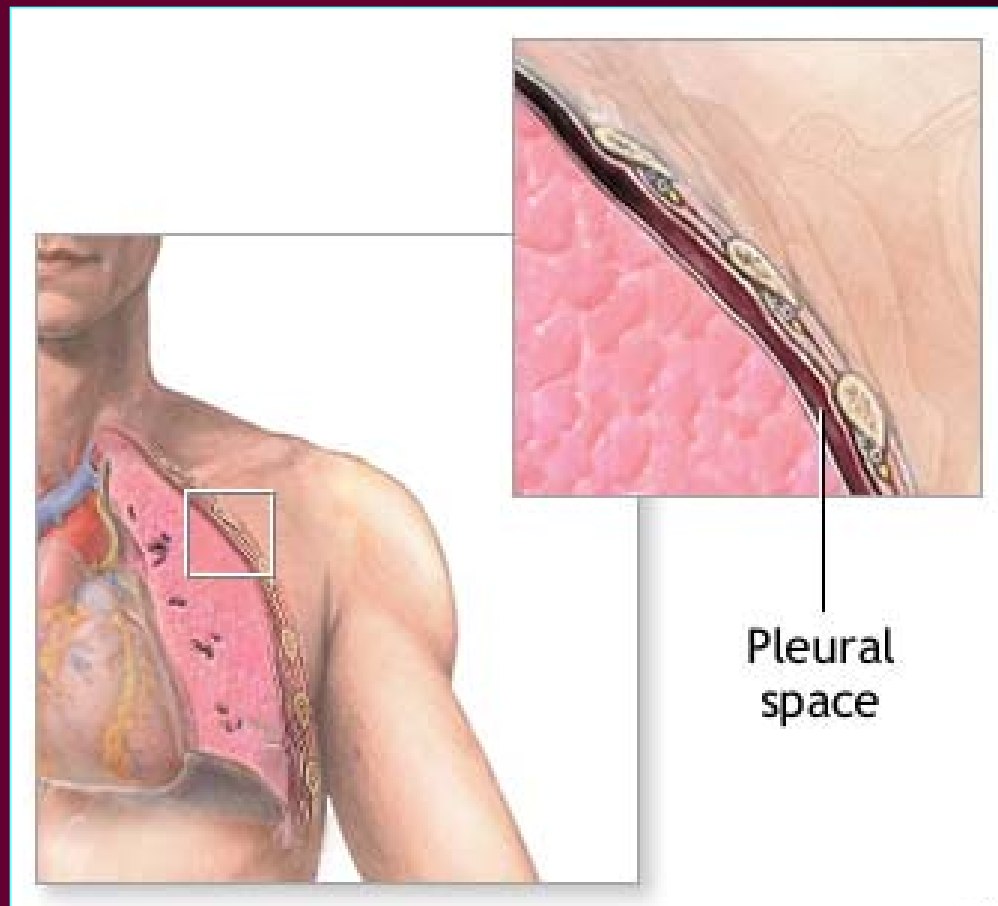
是位于肺和胸壁
之间的潜在腔隙。

胸液

—胸膜腔内的少量液体

正常：13~15ml

润滑作用



胸膜腔示意图

胸水的循环机制—正常情况下

- 产生——壁层毛细血管的滤过
- 排出——壁层胸膜淋巴管的重吸收（泵）
- 脏层胸膜对胸水循环的作用较小

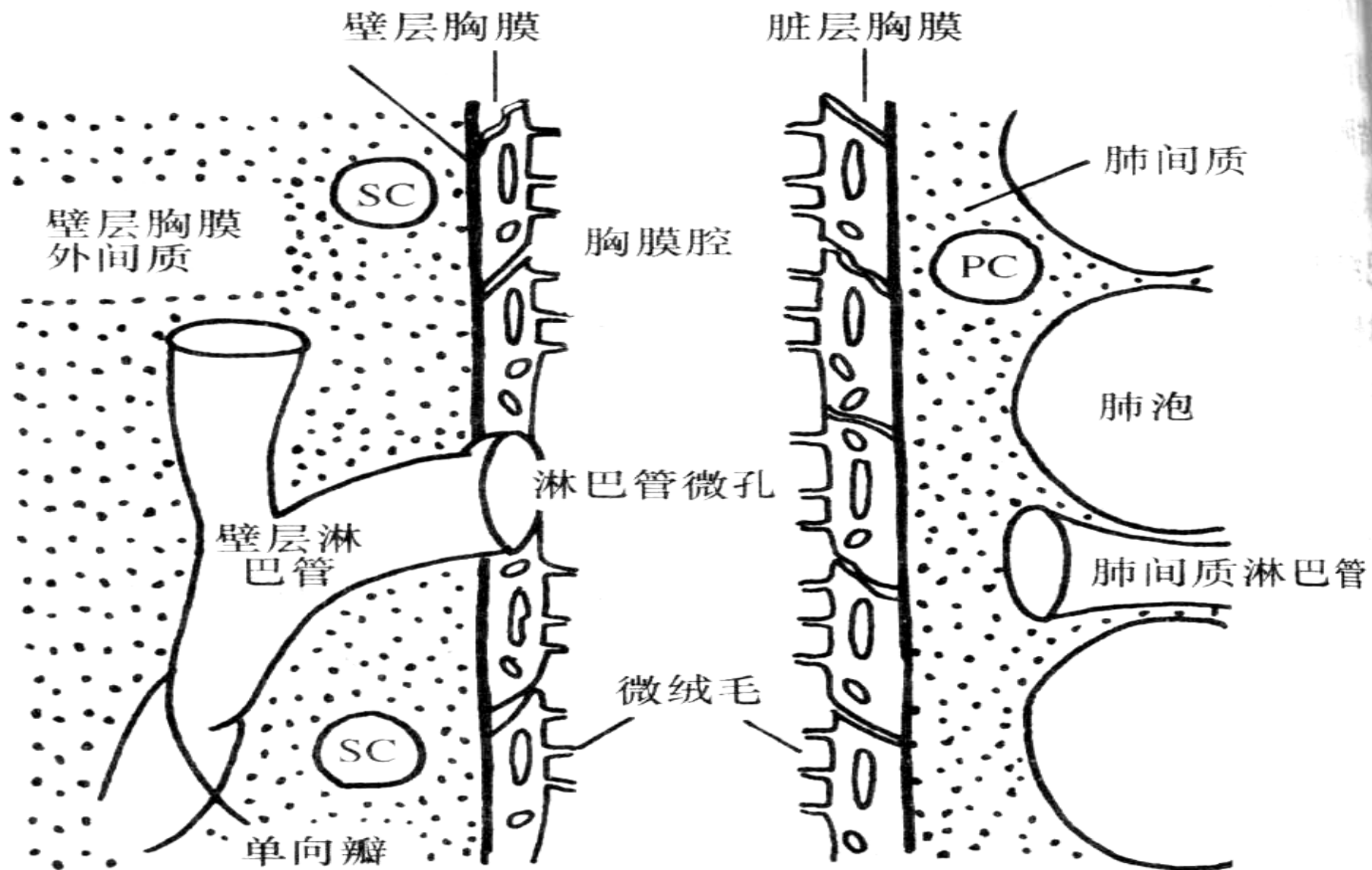


图 2-11-1 胸膜腔结构模拟图

SC: 体循环毛细血管; PC: 肺毛细血管

胸腔积液的病因

- 胸膜毛细血管内静水压增高——漏出液
如充血性心衰，上腔静脉受阻
- 胸膜毛细血管内胶体渗透压下降——漏出液
如肝硬化等低蛋白血症
- 胸膜渗透性增高——渗出液
如胸膜炎症
- 壁层胸膜淋巴回流障碍——渗出液
如肿瘤引起淋巴管阻塞
- 胸膜损伤——血液、乳糜液、脓液
如外伤引起血管、食管或胸导管破裂

★临床表现

症状：取决于积液量和原发病

- 呼吸困难 程度与积液量成正比
- 胸痛 单侧锐痛，随呼吸、咳嗽加重，放射
- 伴随症状：
 - 发热、咳嗽——结核性胸膜炎
 - 消瘦——胸部恶性肿瘤
 - 心功能不全——充血性心衰表现
 - 肝区疼痛、发热——肝脓肿

★临床表现

体征

少量积液 胸膜摩擦音或无明显体征

中～大量积液

- 视：患侧呼吸运动受限，胸廓饱满，气管偏向健侧
- 触：语颤减弱或消失
- 叩：积液区叩诊为浊音或实音
- 听：积液区呼吸音减弱或消失

鉴别渗出液与漏出液

鉴别要点	漏出液	渗出液
原因	非炎症所致	炎症/肿瘤/理化刺激
外观	淡黄，透明	浑浊，血性/脓性/乳糜性
凝固	不自凝	能自凝
细胞计数	$< 500 \times 10^6/L$	$> 500 \times 10^6/L$
细胞组成	淋巴/间皮细胞	中性粒/淋巴细胞
PH	7.6左右	< 7.6
糖含量	=血糖	$< 血糖$
蛋白含量	$< 30g/L$	$> 30g/L$
胸液蛋白/血清蛋白	< 0.5	> 0.5

胸水常规

- 一般性状检查
- 颜色（血性-恶性肿瘤、急性结核、风湿及出血性疾病、外伤等；淡黄色脓性-化脓菌感染；绿色-铜绿杆菌；乳白色-真乳糜胸，及假乳糜胸；黑色-曲霉菌）
- 透明度（漏出液-清晰透明；渗出液-浑浊）
- 比重（小于1.018-漏出液，大于1.018-渗出液）
- 凝固性

- 红细胞

- 淡红色： $5 \times 10^9/L$ ，（结核或肿瘤）
- 肉眼血性： $100 \times 10^9/L$ ，（创伤、肺梗死、肿瘤）

- 脱落细胞：找癌细胞

- 寄生虫检测：找微丝蚴，阿米巴滋养体

胸水生化

粘蛋白定性试验（Rivalta试验）：浆膜上皮细胞受炎症刺激分泌增加

漏出液多为阴性；渗出液多为阳性。

蛋白定量试验：

- 含量：漏出液 $<25\text{g/L}$ ；渗出液 $>30\text{g/L}$ ；
胸液/血清比值 漏出液 <0.5 ；
渗出液 >0.5

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/858054131003006076>