

肺科临床读片

(上册)

许学受 编著

人民卫生出版社

肺科临床读片

(上册)

许学受 编著

人民卫生出版社

1958年5月第1版 1958年5月第1次印刷 14018·2611

肺科临床读片

肺科临床读片

(上、下两册)

许学受 编著

人民卫生出版社出版

文物出版社印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米16开本 11 $\frac{1}{2}$ 印张 43插页 258千字

1978年10月第1版第1次印刷

印数：1—50,100

统一书号：14048·3617 (上、下两册) 定价：3.05元

前 言

在英明领袖华主席抓纲治国伟大战略决策指引下，我国各条战线揭批“四人帮”的斗争已经取得伟大的胜利，国民经济新的跃进局面已经展现在人们面前。全国亿万人民意气风发，斗志昂扬，决心为加速实现四个现代化的宏伟目标而努力奋斗。

面对我们的祖国正在飞速前进的大好形势，在英明领袖华主席关于科学要兴旺发达起来，要捷报频传的伟大号召鼓舞下，我将自己从事医学卫生教育事业实践的成果，写成《肺科临床读片》这本书，目的是想与全国医学卫生教育战线的同志们交流一下心得体会。

从我多年的实践中，深深感到：胸部疾病，未经X线检查，往往难以诊断，因此，胸部X线检查，在肺部疾病的诊断、鉴别上以及观察疾病的好转与恶化程度上，都占有重要位置。

努力提高读片水平，这是确诊疾病的重要一环。人们皆知首先要熟悉各种疾病的形态特点，但对同病异影，同影异病，却往往难以判断，而这在X线检查中又是常见的。我的体会是：胸片必须密切和临床相结合，只有这样，才能提高读片水平，减少误诊。

我在临床教学中，曾采取启发式的读片方法，培养各级医生。参加读片的同志，一致反映这种读片方式，重点突出，生动活泼，印象深，记得牢，认为是一种较好的读片教学法，很多同志曾要求整理成册，以供参考。为此，以肺科临床常见病为主，将资料完整者选出三十五篇，其中肺结核病方面十三篇，非结核性肺病方面二十二篇。肺结核病方面有：干酪性肺炎、原发性肺结核、肺下叶结核病、支气管内膜结核病、结核病的分类、结核性肺不张以及几种类型的胸膜炎等。非结核性肺病方面有：肺脓肿、支气管扩张症、肺炎、肺癌、胸腔肿瘤、矽肺、肺霉菌病、慢性肺原性心脏病、胸部外伤以及胸腔寄生虫病等。绝大多数是一篇用一个病例，亦有一篇以一个病例为主，同时介绍同一病种的几种不同类型。

书中各例所提治疗意见，是根据当时的具体条件和具体情况采取的一种措施，可能不很全面，读者在阅读时，请予注意。

本书的得以出版，要感谢人民卫生出版社党委的重视和支持；感谢我这几年工作的单位党组织和同志们的关怀和支持。

限于作者水平，错误之处，请读者批评指正。

许 学 受

1978 年于合肥

目 录

例一	吸入性肺脓肿	1
例二	血原性多发性肺脓肿	6
例三	左下支气管扩张症	11
例四	支气管肺囊肿病	17
例五	甲型链球菌性肺炎	21
例六	原发性非典型性肺炎	27
例七	干酪性肺炎	33
例八	结核性阻塞性空洞	38
例九	左肺门淋巴结结核	45
例十	肺原发综合征合并肝肿大	51
例十一	支气管内膜结核	57
例十二	肺结核空洞人工气胸治疗	62
例十三	肺下叶结核	67
例十四	结核性肺不张	74
例十五	肺结核病的分类	77
例十六	左侧胸膜炎积液	81
例十七	包裹性胸膜炎	86
例十八	结核性基底胸膜炎	92
例十九	前上纵隔胸膜炎	95
例二十	肺腺癌	100
例二十一	肺细支气管癌	105
例二十二	癌性空洞	109
例二十三	鳞癌合并肺气肿	113
例二十四	绒毛膜上皮癌肺转移	117
例二十五	胸膜间皮瘤	120
例二十六	胸腺瘤	123
例二十七	肺错构瘤并发肺化脓	128
例二十八	矽肺	133
例二十九	慢性肺原性心脏病	138
例三十	肺毛霉菌病	144
例三十一	外伤性血胸	149
例三十二	胸膜阿米巴病	152
例三十三	肺吸虫病	158
例三十四	肺血吸虫病	162
例三十五	肺包虫囊肿	170

例 一

主持人 现在读片开始，请同志们读胸片 1 后发表意见。

甲 本例右肺上部有很多病灶，右肺中部也有，我看是严重的肺结核病。

主持人 我们读片要有一定顺序，养成了习惯，就自然地成了常规似的，这对提高诊断质量，减少误诊率，有好处。不要粗看一下就下结论。

首先让我们看看胸片拍得好不好，它和能否正确诊断的关系很大，请同志们对胸片拍摄的条件，先作一个衡量。

乙 这病人的胸廓大部拍进去了。但部分软组织没有拍进去，这是美中不足。

丙 本例的两侧肋膈角已拍进去，基本上可以看了。

甲 本胸片第四胸椎隐约可见，心脏后面的肋骨也看到一、二厘米，可见本片曝光尚适中，拍得还比较满意。

丁 本胸片黑白分明，肺纹理清晰，清晰度和对比度都不差。

主持人 是的。各位讲得都很好。读片之前，首先要看一下胸片的拍摄条件如何。拍摄条件过度的胸片，病灶被透过的多了，比条件适中的胸片病灶显得小而少些；条件不足片子，相对地病灶显得大而多些。本胸片第四胸椎椎体隐约可看得出，以下的椎体看不见，肺纹理清晰，边缘锐利，黑白对比鲜明，拍摄的条件良好，可以作为诊断之用。近年来认为胸部高千伏加滤线器摄片的优点较多，可提高胸片质量。

戊 本例病人有多大年龄了？

主持人 你看有多大了？看片子要学会看年龄，从年龄上可以区别哪些疾病的可能性大些。例如青壮年人肺结核病多些；40 岁以上的病人，肺癌就应当考虑多些。

从胸片上推测病人年龄，是根据病人的肋软骨骨化程度和主动脉弓延长和凸出的程度来估计的，肋软骨的骨化，平均 23 岁开始，主要是看第一肋的肋软骨，如第一肋的肋软骨已开始骨化，则估计本病人是 23 岁左右了。本例没有肋软骨骨化迹象，可能不满 23 岁，结合胸廓已基本发育完成，胸壁软组织较丰满，所以也不象儿童，可能是 20 岁左右。

主管医生 本例 21 岁。

甲 主动脉弓延长又有什么意义？

主持人 肋软骨骨化可以鉴别 20~30 岁左右的年龄，年纪更大一些，主动脉弓就延长、凸出，根据主动脉弓延长凸出的情况，估计 40~50 岁人了。本例主动脉弓没有明显凸出，更说明年龄不会很大。

从胸片上看，本例是男性，还是女性？

乙 男性和女性，在胸片上怎样鉴别呢？

主持人 成年男女二者的胸片不同点，主要是乳房阴影和乳头阴影。女性乳房阴影在两肺下部的外侧，一般在第五前肋间或第六前肋间，多数是对称的。但有的人，一侧乳房大些，一侧小些。另外与病人拍片时站立的位置也有关系，位置不正，可以不对称。至于乳头阴影，没有哺乳过的妇女，乳头可以不明显。

乙 本例两侧下部有乳房阴影，是女性。

主管医生 是的。

主持人 本例为什么拍胸片？她有什么症状呢？

甲 从胸片看来，右肺上部及右肺中部有病，范围很广，可能是严重的肺结核病，因此我推想病人可能有发热，咳嗽，胸痛或者有大口咳血等症状。

乙 胸片上右肺的病灶是均匀的大块炎症样的阴影，可能是肺炎，因此我推测可能有高热，胸痛和呼吸困难。

主持人 病程估计有多久了？

甲 可能已几年或几个月。

乙 可能只有一、二个月或一、二十天。

主持人 你们二人的看法不同，甲医生认为是肺结核，乙医生认为是肺炎，所以病程和症状推测，也就不同。先要把X线胸片上的病灶形态搞清楚，然后再推测症状，就会比较符合病理变化的客观发展规律。

本例的X线表现炎症？还是象结核？

丙 本例第五后肋间的浓密阴影很均匀，象是炎症。

主持人 有没有空洞？

丙 我们刚学着看片子，不大认识。

主持人 肺组织溃烂破坏之后，由于肺组织弹性的收缩，就出现一个空腔，这叫做空洞。肺结核病造成的组织破坏，叫做肺结核空洞，如果由化脓性细菌引起的肺组织破坏，这个空腔叫做肺脓肿。所以肺脓肿和肺空洞，都是肺组织溃烂破坏的现象。不过致病的细菌不同而已。

本例的主要X线表现，是右肺上部的一个巨大空洞，你们二位都没有提出这个特点，因此，肺结核和肺炎就分不清楚了，见图1。

本例的空洞特点是空洞上部的洞壁薄，下部有浓厚的炎变层，这个空洞的洞腔直径占两个肋间。直径大约有六个厘米，洞底有一个明显的液平面。这样一个形态，不是肺炎，也不是一般的肺结核空洞，肺结核空洞这样大的比较少，洞底有这样厚的一层炎变的也很少，这是肺脓肿的X线胸片表现。

甲 这样的肺脓肿是急性的，还是慢性的？

主持人 本例脓肿周围的纤维化不多，所以象是急性的，慢性的肺脓肿一般不呈液平面。周围也不会有这样一层浓密的炎变层。纤维化的改变应该比较多。现在请你们再判断一下，临床上可能有什么症状？

丙 肺组织破坏如此之大，可能有高热，有呼吸困难。

丁 可能有发热、咳嗽、吐大量脓性痰。

主持人 我同意丁医生这样看法，病人主要的症状应该是咳大量脓性痰。在病的早期，也就是化脓性肺炎的早期，主要是中毒症状，可能有高热，当有大量脓性痰咳出之后，发热也就下降。当拍此片时，脓液已排出不少，是否还有高热，我认为“未必”。且

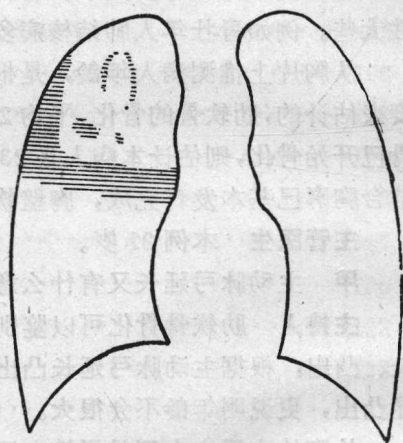


图1

听主管医生报告病史。

主管医生 病史已十五天了。十五天前突然发高热， 39.8°C ，不出汗，头痛，全身无力，胃口减退，不思饮食。口唇干裂，高热持续四、五天，在某门诊检查，白细胞 $21000/\text{立方毫米}$ ，嗜中性粒细胞占85%，淋巴细胞15%，胸部透视右上有大块肺炎。给注射青霉素和链霉素，发热稍下降，以后咳出大量脓性痰，一昼夜达几大杯，有臭味，病人认为“肺烂掉了”，但症状却大见缓解。体温下降了，胃口也好转。但咳脓痰和发热二项，反复发作，有几天好些，有几天又不大好。

主持人 我们推测她咳大量脓性痰，是根据她的病理变化来的。请各位再分析一下，这病人会有什么体征？

丁 右上肺有水泡音。

丙 右上肺有空洞音。

主持人 体征不宜单提水泡音或空洞音，要养成视、触、叩、听四诊顺序进行的习惯。这样才能避免遗漏阳性体征。

戊 视诊右上肺呼吸运动减低，叩诊呈浊音，听诊有湿性罗音。

主持人 右上肺部呼吸音的性质有无改变？

戊 可能有支气管肺泡呼吸音。

主持人 听诊要注意两点，一是呼吸音的性质，一是罗音的有无，一般都只注意罗音，忽略了呼吸音的性质。呼吸音性质在诊断上有重要意义，在大块肺炎或肺实变时，呼吸音性质的改变，比罗音的出现为明显。这么大的一个空腔，大家都推想有空洞音，实际上空洞音的出现，和空洞的大小固然有关系，但与洞壁的实变程度，引流支气管的畅通与否有关。所谓空洞音，也就是支气管呼吸音，支气管呼吸音，在空洞内获得共鸣而增强，空洞周围的肺组织实变，有利于音响的传导。

本例这么大的空洞，但洞壁上部的实变却不多，支气管有半阻塞，所以未必有明显的空洞音。

主管医生 病人的胸部体征是这样的：视诊呼吸运动无明显改变，叩诊右上有浊音，语颤增强。听诊有支气管肺泡呼吸音及湿性罗音，在右肺背部肩胛间区比较明显。

主持人 各位既了解了病史，作了体格检查，又看了胸片，还要做什么检查否？

甲 化验白细胞总数和分类。

乙 验痰找结核菌。

主持人 你估计痰中结核菌是多还是少？

乙 可能找不到，但检查一下，还是很必要。

丙 我认为本例诊断，肺结核还是不能排除的，如果这个空洞是结核性的，那就痰里有很多结核菌了。

主持人 这些都是一般常规，是应该检查的。还应该做什么检查呢？

甲 观察24小时的痰是否分为三层？

主持人 24小时的痰液分为三层，在诊断上未必有什么价值，有很多病有这种现象，如支气管扩张症、肺囊肿、肺脓肿都有此种现象。这一现象，仅说明病人有大量的粘液脓痰而已。请主管医生介绍化验结果。

主管医生 入院时白细胞总数 $18500/\text{立方毫米}$ ，嗜中性粒细胞82%，淋巴细胞

28%，痰中浓缩法找结核菌三次均为阴性。

甲 痰的涂片检查是否必要？

乙 没有什么意思，可能都是杂菌。

丙 我看有必要，如果都是肺炎杆菌，我们的治疗方针就不同，用药也不同。如果起初都是肺炎球菌，以后是杂菌，也说明病初是肺炎球菌性肺炎，后来混合感染成了肺脓肿。

主持人 要重视痰涂片和培养的检查，这在治疗上可起一定指导作用。虽然肺脓肿多数是混合感染，但球菌和杆菌的感染，在治疗上有不同，如果治疗效果不好时，就应该考虑药物对致病菌不敏感。

丙 这么大的空洞，我急于想知道如何把它治好，以及能否把空洞关闭？

主持人 肺脓肿的治疗，办法较多。我们的经验，肺脓肿的治疗，以青霉素为主，每天肌注青霉素 160 万~200 万单位，一般用一个月左右；从气管内直接滴青霉素到肺脓肿的脓腔中，可以提高局部青霉素的浓度。方法是用 10 万~20 万单位的青霉素加生理盐水 6~8 毫升，作气管滴入。如浓度更大，对支气管粘膜有刺激，反而不好，所以不必用更高的青霉素浓度了。滴入以一日一次或隔日一次即可。我们曾用青霉素气管滴入合并青霉素肌肉注射治疗肺脓肿 41 例，治愈率是 78.1%，其余的也都有好转。

丁 除青霉素外，还有其他药物可以治疗肺脓肿的？

庚 安徽的白毛夏枯草治疗肺脓肿，一度很风行，效果很好。以后用白毛夏枯草治疗气管炎，证明有消炎祛痰作用，这个药已列为全国治疗慢性支气管炎的药物之一，实际上，在应用之初，是用来治疗肺脓肿的。

己 鱼腥草在农村，遍地皆是，也是治疗肺脓肿和慢性支气管炎的药物之一，现在已提出它的有效成分，药名叫“癸酰乙醛”，制成片剂供临床应用，方便多了。此药消炎祛痰效果好，治疗肺脓肿也有良效。

主持人 治疗肺脓肿的中草药，种类很多；有关各中草药的适应证、用量、用法、持续应用时间等，均有待于总结经验。千篇一律用一种中草药想把肺脓肿治愈，那是不合乎辩证法的。中医中药重视辨证论治，肺脓肿的辨证，多属气分大热、肺内蕴热、热毒入营入血、痰热侵袭肺络等，根据不同的症，用不同的处方，如：白虎汤、千金苇茎汤、鱼腥草桔梗汤、牡丹皮败酱散汤等，均是常用之剂。

丁 方剂种类很多，究竟用哪一种为好？是否用一种方剂就可以治好肺脓肿了？肺脓肿的治疗基本原则是什么？具体的还请谈一下。

主持人 任何脓肿的治疗原则都是切开引流，主要是把脓排出去，脓排出了，症状就好转了，对脓腔愈合也有利。肺脓肿也是这个原则，要让肺脓肿内的脓，有一个出路，让脓从支气管排出来，咳出大量脓痰，中毒症状就会大为减轻。所以所有的支气管解痉剂、祛痰剂，都可以用来治疗肺脓肿。如果脓不从支气管排出，破入胸膜腔，就成为脓胸，治疗就困难得多。

为了达到排脓目的，有几点值得重视。一是消炎，也就是控制感染，把支气管粘膜上的炎症控制了，支气管粘膜不红肿不充血了，支气管管腔通畅了，痰就容易排出，用支气管滴入青霉素治疗，目的就在此，全身给抗菌素，也是为此；二是支气管扩张剂的使用，可以局部支气管滴入用药，也可以口服给药；三是体位排痰，这一点很重要。先

要确定脓肿位置，把脓肿腔内的脓“倒出来”，所谓把脓“倒出来”，也就是用改变体位的办法，让脓肿腔在上，让脓沿着支气管咳出来，这样治疗的效果会更明显。一般体位排脓，一日三次，一次15~30分钟，可以咳出不少脓痰。如果要靠抗菌素来消灭这些脓痰，那该用多少抗菌素才能达到这样效果？！总之，要重视应用抗菌素，但又不能单纯地依靠抗菌素。脓痰引流不通畅，单用抗菌素是解决不了问题的。

现在且听主管医生给我们介绍本例的治疗经过。

主管医生 本例住院后仍有不规则低热，咳脓性痰，每日有200~300毫升，无臭味。我们给病人肌注青霉素，每日160万单位，分二次注射。一面给气管滴入青霉素，每隔一日给20万单位，一面加强体位排脓，六天后脓痰显著减少，不发热，半个月后脓痰基本上消失，体重增加，胸部透视肺脓肿显著吸收。继续治疗一个月后，胸透时肺脓肿吸收消散，病者全愈出院。

主持人 很好，讲出治疗过程，肺炎脓腔的形态，我们就不必再提了。主管医生，您刚才说，脓腔的形态，我们就不必再提了。小支气管干个的的本，管来小大的肺脓肿，丙丙，似乎都讲过了，都有了。

肺脓肿的形态，我们就不必再提了。主管医生，您刚才说，脓腔的形态，我们就不必再提了。小支气管干个的的本，管来小大的肺脓肿，丙丙，似乎都讲过了，都有了。

主持人 您刚才说，脓腔的形态，我们就不必再提了。主管医生，您刚才说，脓腔的形态，我们就不必再提了。小支气管干个的的本，管来小大的肺脓肿，丙丙，似乎都讲过了，都有了。

这样一个脓腔出来以后，对空洞的形态，我们就不必再提了。主管医生，您刚才说，脓腔的形态，我们就不必再提了。小支气管干个的的本，管来小大的肺脓肿，丙丙，似乎都讲过了，都有了。

主管医生，您刚才说，脓腔的形态，我们就不必再提了。主管医生，您刚才说，脓腔的形态，我们就不必再提了。小支气管干个的的本，管来小大的肺脓肿，丙丙，似乎都讲过了，都有了。

主管医生，您刚才说，脓腔的形态，我们就不必再提了。主管医生，您刚才说，脓腔的形态，我们就不必再提了。小支气管干个的的本，管来小大的肺脓肿，丙丙，似乎都讲过了，都有了。

主管医生，您刚才说，脓腔的形态，我们就不必再提了。主管医生，您刚才说，脓腔的形态，我们就不必再提了。小支气管干个的的本，管来小大的肺脓肿，丙丙，似乎都讲过了，都有了。

主持人 你们讲到的形态，我们就不必再提了。主管医生，您刚才说，脓腔的形态，我们就不必再提了。小支气管干个的的本，管来小大的肺脓肿，丙丙，似乎都讲过了，都有了。

主管医生，您刚才说，脓腔的形态，我们就不必再提了。主管医生，您刚才说，脓腔的形态，我们就不必再提了。小支气管干个的的本，管来小大的肺脓肿，丙丙，似乎都讲过了，都有了。

主管医生，您刚才说，脓腔的形态，我们就不必再提了。主管医生，您刚才说，脓腔的形态，我们就不必再提了。小支气管干个的的本，管来小大的肺脓肿，丙丙，似乎都讲过了，都有了。

例 二

主持人 请读胸片 2。

甲 阅读了胸片 2 后，我的初步印象，这是一个重症肺结核。病变很广泛，两肺普遍损坏了。

乙 本病例的胸片看来，是比较消瘦的一个男孩子，二十岁不到。

主管医生 本例是男性，32 岁。

乙 病变太广泛了，肋软骨骨化的影子和主动脉弓的形态都被病灶遮盖了。很难看出是 32 岁。胸壁外的软组织阴影很薄，所以我推想很瘦，个子还不小，有一百斤吧。

主管医生 体重 95 斤。

丙 从胸廓的大小来看，本例的个子确乎不小。但只有 95 斤，够瘦的了。是慢性长期消耗的后果。

丁 本例左上肺有一个大空洞，其它地方也有不少空洞。刚才甲医生说是重症肺结核，这么严重的肺结核？

乙 我仔细数了一下，本例右肺有 8 个空洞，也许可以算 9 个空洞，而且多数有液平。左侧更多更大。

主管医生 我们在透视之下，仔细数了一下空洞数目，大约有 20 个，有很多空洞互相重叠了，所以胸片上数不到那么多。

戊 我看不象肺结核空洞，那么多的液平。不象。

主持人 肺结核的空洞，怎样情况下才出现液平空洞？

戊 肺结核的空洞，如果空洞引流的支气管有病变，有阻塞，才出现液平。

主持人 是的，液平空洞是显示那个空洞相通的支气管有炎症，管壁粘膜有红肿，管腔狭窄了，空洞内的空气不能随呼吸而顺利的通气。支气管的生理提示我们，支气管在吸气时管壁伸长、扩大，呼气时缩短、变小。如果支气管壁有炎症，粘膜肿胀了，通气不畅，特别显示在呼气时，空洞内的压力就增大，空洞内的压力增大，出现二种情况。一种就是液平空洞，这个病人有大小不等的很多液平面，液平的大小，是根据空洞内积脓的多少而分的，积脓多，液平下的阴影就浓厚。积脓少，就呈淡淡的一层。另一种情况是张力空洞，所谓张力空洞是空洞的周围炎变很薄。也显示空洞内压力大，但因空洞无液体，所以不出现液平。本例的表现主要是很多个液平空洞。

甲 书本上说，液平空洞是支气管内膜结核。

主持人 是的，如果空洞是结核性，我们看到有液平空洞，就应当想到是支气管内膜结核。

甲 本例不就是广泛的支气管内膜结核吗？

主持人 “空洞”和“脓肿”的含意，从意义上讲，是一回事，空洞就是脓肿，脓肿就是空洞，都是在肺组织里有一个空腔，习惯上，结核性的，我们叫空洞，化脓性的，我们叫脓肿。

本例是否是结核性的？

戊 支气管内膜结核的液平空洞，不会那么多。我见到过的结核性液平空洞，只有一二个空洞，所以我说不能象结核性。

乙 结核性的液平空洞大小不一致。有大有小。液平的底不那么浓密。

丁 从部位来讲，结核性的液平空洞靠近肺门，和肺门支气管引流有关系，在肺的边缘或两肺的上部就少见了。这一点本例也不符合结核性的。

主持人 你们刚才所谈的支气管内膜结核引起的液平空洞的特点，讲得都很好。从数目、形态、分布部位，加以分析，加以鉴别，这样很好。本例还有哪些不符合结核性的？

甲 结核病灶是混合性的。本例是均匀的炎症样改变。

乙 结核性空洞是在结核菌干酪变性的病灶基础上，液化、干酪坏死排出，空洞出现，所以空洞周围有病变。本例的空洞周围边缘清楚，没有结核病灶可见。

主持人 很好，讲出些道理，描写结核性空洞的形态特点就更清楚了。还有什么X线的表现，值得注意的。

丙 似乎都讲过了，没有了。

主持人 还有一点值得注意。肺结核空洞继发了支气管内膜结核，支气管上有了结核病变，呛咳厉害，容易有支气管播散，本例的胸片，你们仔细找一下，有无播散病灶？

甲 啊，没有播散病灶！

主持人 画一个示意图，也许对诊断有帮助。

甲 我来画。见图2。

乙 这样一个一个画出来后，对空洞分布的部位、大小、形态有一个比较清楚的概念了。显然这不是结核性空洞，是多发性肺脓肿。

主持人 很好，通过形态上的观察，同志们进一步对结核性的空洞和化脓性的脓肿不同之点，认真加以分析，得出了比较正确的结论。

甲 从空洞的分布来看，总的印象是：外带比内带多。上部比下部多。这一点就不象支气管囊肿。支气管囊肿是沿支气管来的，是内带多，外带少，是肺的中部下带多，肺的上部少。

丙 脓肿的大小虽然不尽相等，但最小的也有2厘米那么大，绝大多数在2~3厘米，左上一个比较大，可能有几个脓腔混在一起。

乙 边缘都较清楚，有比较明确的边缘。

丁 绝大多数都有液平，液平下的积液则多少不等，但多少总有一点。

主持人 你们描述的形态表现都很对。多发性肺脓肿的形态表现就是这些，但还需要结合临床。

乙 多发性肺脓肿的边缘是否都和本例这么清楚？

丙 我看过一个多发性肺脓肿是象棉花球一团团的，和本例不同。

主持人 多发性肺脓肿的形态，按病期不同而异，第一阶段是多发性肺炎，这一阶段就如你看到过的，是一团团的肺炎，边缘不清楚。也可以是一个个球形病灶，边缘比

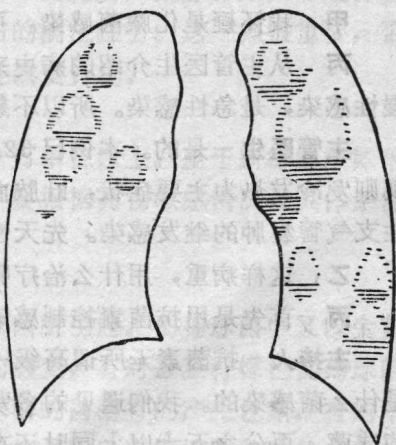


图2

较清楚了。从病理上讲是脓毒血栓子广泛转移的时期。第二阶段是脓腔形成期，由于肺组织发炎化脓，脓液积聚，组织坏死，液化，脓腔张力增加，向附近的支气管找出路，排出了一部分脓液，成为一个个有液平的脓腔。如果得到及时治疗，这种脓腔吸收也很快。有时脓腔周围炎变吸收了，残遗一个圈影，或成肺气肿泡。

戊 请主管医生给我们介绍本例的病史。

主管医生 本例过去身体健康，20余天前开始有寒热，不规则的畏寒发热，出汗多。起初当作疟疾。服磷酸氯喹后未下降，因为白细胞总数15,000/立方毫米，嗜中性粒细胞占84%，给土霉素口服三天，不能控制。又给青霉素和链霉素肌内注射。病人情况不见好转，发热仍时起时降，吐脓血样痰。一天有一、二十口，胃口锐减，精神很差。

丙 体格检查有什么发现？

主管医生 两肺听诊有散在小罗音，所以在未透视拍片时拟诊为急性支气管感染。但有点比较特殊，呼吸次数频速，与一般上呼吸道感染不同。

丁 皮肤上有无出血点？

主管医生 没有发现出血点。

庚 有无黄疸？

主管医生 未发现黄疸。

主持人 你们怀疑他是什么感染？是链球菌感染？所以要看皮下出血点？

甲 我怀疑是化脓菌感染。可能是混合感染，也可能有链球菌感染同时存在。

丙 从主管医生介绍的病史来看，虽然不能确定是什么细菌引起的感染，但总不是慢性感染，是急性感染。所以不象先天性支气管囊肿。

主管医生 是的。本例已32岁，过去身体一贯健康，这次20天前突然发病，以不规则发冷发热为主要症状，吐脓血痰，量不多。这些都符合于多发性肺脓肿，不象先天性支气管囊肿的继发感染。先天性支气管囊肿可能自幼即有症状，反复吐脓性痰很多。

乙 这样病重，用什么治疗呢？

丙 首先是用抗菌素控制感染，这样重症的感染，要用高级一点的抗菌素。

主持人 抗菌素无所谓高级一点或低级一点的。主要要对症，要有的放矢。要看它是什么菌感染的。我们遇见的多发性肺脓肿，百分之八十可以从血培养证实是金黄色葡萄球菌。百分之五十以上同时还有原发病灶可以发现。

乙 原发病灶在哪里？

主持人 绝大多数是皮肤的疖肿或毛囊炎。

丁 本例皮肤上有没有感染病灶？

主管医生 本例的左下肢有蜂窝组织炎，入院时化脓病变仍存在，但已在好转中。

主持人 本例左下肢的皮肤感染还存在，有时皮肤感染已经全愈了好几天，只有一个疤痕了，所以多发性肺脓肿的病例，追溯他的过去史，有必要。

丙 所有的潜伏病灶，是否都可能成为多发性肺脓肿的源泉？

主持人 从理论上讲，所有的脓毒血症，都可能有肺部转移。但只是产生炎症，不一定产生脓肿。葡萄球菌的脓毒败血症引起的病理改变，最突出的特点是化脓的倾向，所以常呈多发性肺脓肿。

甲 肺破坏得这样厉害，还能治吗？治好肺功能也不行了吧！

主持人 多发性肺脓肿的病例，来势凶猛，很严重，但来得快，去得也快，治疗得法，治疗及时，恢复得也快。我们的经验，急性吸入性肺脓肿要二个月左右才完全吸收、消散。急性多发性肺脓肿则一般在一个月之内就全愈了。当然，这都是讲急性阶段就开始治疗。

乙 本例来诊时已发热二十天，还算急性期吗？

主持人 肺脓肿的分期，分急性、亚急性和慢性，三个阶段。原则上是从发病到接受合理治疗起算的。上述病程时间在二个月之内的为急性，二至四个月的为亚急性，四个月以上的为慢性。这种分法，是相对的，而不是绝对的。因为病理改变是逐步发展的，不能绝对划分。

丙 怎样治疗，效果就更快更好。

主持人 急性多发性肺脓肿重点是在控制感染。前面讲过，多发性肺脓肿是由金黄色葡萄球菌所引起的，对金黄色葡萄球菌敏感的药物，都行。至于给药途径，用静脉滴注的效果可能好些。我们前几年用金霉素静脉滴注治疗多发性肺脓肿十八例，效果比较满意。

我们的治法是：金霉素 500 毫克加 5% 或 10% 葡萄糖水 500 毫升，静脉滴注，一分钟 40~50 滴，滴得慢些，反应小些。一日滴二次。由于金霉素对静脉的刺激大，所以滴注要从小的臂静脉开始，逐步上升，左右两臂交互滴注，滴完后，做静脉热敷，这样避免静脉炎的产生，保证静脉管能够胜利完成一个月左右的滴注任务。这一点很重要，否则，滴了几天，静脉炎发生了，滴不下去了，治疗只能改变计划。

丙 用青霉素滴注是否也可以？

主持人 青霉素滴注也可以，用量至少每日在 160 万单位以上。至于新霉素或氨苄青霉素、红霉素也都可以。这些药物的效果也都很好。要根据药物敏感情况及具体条件决定。

丁 是否只有金黄色葡萄球菌产生多发性肺脓肿？

主持人 只能说多发性肺脓肿多数由金黄色葡萄球菌所引起。葡萄球菌中又以金黄色葡萄球菌为多见，有时白色葡萄球菌也可引起同样的病变，有时甚至柠檬色葡萄球菌亦具有金黄色葡萄球菌同样的致病力。有人认为葡萄球菌的菌落有的产生色素，有的不产生色素，与培养基的环境因素有关，没有什么绝对价值。所以多发性肺脓肿的病例，细菌培养可以是金黄色，也可以是白色，也可以是柠檬色，或者起初是白色，以后又转为金黄色的也有。

主管医生 本例病初给口服土霉素，一日四次，一次 0.5 克，一周后胃不舒服，有呕吐，停用。另给肌肉注射青霉素和链霉素，青霉素一日用 160 万单位，链霉素一日用一克，分二次注射。连续注射二十六天，拍胸片脓肿已基本吸收，乃停用（见胸片 3）。病人情况良好，体重增加八市斤。

甲 那些空洞都到哪里去了？

主管医生 我们对这许多肺脓肿的消失，也很怀疑，认为可能残留有很多囊肿，由于囊壁薄，所以看不出来。所以给他做了支气管造影。胸片 4 是支气管造影片。

主持人 从支气管造影片，显示支气管并无特殊改变。原先肺脓肿的部位，残留有肺气肿泡，造影剂是不能进入肺气肿泡的，所以都没有显示出来。

从造影片可见，二肺上部的脓肿所在部位，吸收还不够理想。右上尤著。以后又随访了没有？

主管医生 二个月后随访胸透，吸收很好。病人情况基本上已恢复正常。

乙 治疗的效果很满意，这么多空洞都消失了。我原先想，一个吸入性肺脓肿要治二个月，这么多空洞是够呛的了，肺结核空洞，2~3厘米的一个至少也要三个月才吸收啊！

丙 左下肢的蜂窝组织炎又怎么到血里去的呢？

主持人 蜂窝组织炎时或毛囊炎时，局部充血，血循环增加，局部的细菌因某种原因，随血流侵入血循环，引起全身的菌血症。肺毛细血管细小，如果细菌经肺循环，细菌被阻留在毛细血管引起栓塞、坏死，继发化脓，这就是多发性肺化脓的病理改变过程。至于局部皮肤的细菌感染，何以会到血循环，和病人的搔摸、挤压有关。有些小的毛囊炎，本来是小问题，挤呀、摸呀、搔呀的，搞到血循环去了，就变成这样严重的多发性肺脓肿。

甲 葡萄球菌肺炎是否都是多发性？X线上有何特点？

主持人 不一定都是多发性。葡萄球菌性肺炎大致分为二种，一种叫支气管源性葡萄球菌性肺炎，这种肺炎，可以是原发，也可以在病毒感染的基础上继发，可以呈大叶性肺炎，也可以呈支气管性肺炎，也可以呈肺气肿型。这是葡萄球菌所特有的一种表现，可以呈一巨大薄壁的气囊，周围无明显炎变。也可以在肺炎中出现肺气肿。发生率还是相当高的。另一类型就是本例的表现，可以是两肺多发散在的病灶，也可以是单侧多发的阴影。可以是小片状、云雾状、球状的外形，多数在肺的中外带。特点是多发性，容易出现脓腔。直径一般在3厘米以内，同样大小的脓肿可以有几个。两肺纹理常普遍增多，变粗，边缘较模糊，以外侧为显著，与一般支气管感染，肺充血，或淋巴管阻塞所引起的肺纹理增多不同，这种病变，双肺门阴影均无明显改变的。

乙 多发性肺脓肿的并发症比较多，本例有没有产生什么并发症？

主管医生 没有。

丁 我曾遇见一例多发性肺脓肿，治疗后发热下降，病灶好转，但过了几天，又继续发热了，白细胞总数又增高，嗜中性粒细胞又增多，那时治疗还在继续。我们再拍胸部片，多发性肺脓肿吸收好转，并无新病灶出现，询问病人有什么地方不舒服，仅诉右侧腰部酸痛，检查小便有脓球。右肾区有隆起，诊断为肾周围脓肿。经切开引流后才全愈。

主持人 多发性肺脓肿的并发症比较多，要重视。除上述肾周围脓肿外，我们常遇见的并发症是：化脓性骨髓炎，自发性气胸、脓胸、脑脓肿等。如果治疗后肺部病变有好转，但发热不退，就应考虑有无并发症的存在，我们遇见一例，那是二十年前的一个病例，那时我们的脑外科还不普遍。有一例多发性肺脓肿，肺部的病灶经治疗后已全部吸收了，所以从肺部来讲，可算已治愈了，但病人最后死亡了。主要是并发了脑脓肿，死于脑脓肿。

例 三

主持人 请各位读胸片 5。

甲 本例胸片拍得还好。条件似乎深了，第六、七胸椎都看得见，心脏后的肋骨也看得清楚。可能有些病灶被透过去了。左侧肩胛骨没拉出去。

乙 胸片拍摄的条件是高了点，清晰度良好，对诊断没什么影响。

丙 本例可能是女性，乳房的阴影不清，两肺的下部相当第五、第六前肋间有两个白色的阴影，像是乳房的阴影，可能这人的身体不好，消瘦，发育不良，所以乳房也发育不好，阴影也就不明显了。

甲 本例胸廓比较大，肋骨也比较粗，不像女同志的胸廓，可能是男性。

乙 我以为还是女的，因为只有第一肋骨比较粗大，其它都比较细小，另外第五、第六肋骨附近的阴影不像病灶，是对称的，而且延伸至胸廓以外，用乳房阴影来解释比较恰当。

主管医生 本例是女性，三十岁，体重一百一十斤。

甲 本例可能发烧，每天下午低热 38°C 左右，因为胸片上两肺尖有病灶，左中下有播散，所以，我以为有活动性肺结核。

乙 右肺尖的阴影，不像病灶，像是胸锁乳突肌阴影，因为那个阴影在右肺尖的内侧，边缘锐利，而且一直移向胸廓以外，左肺尖的阴影是否是结核，也难肯定，因为也在肺尖的内三分之一。

丙 本例胸片，两下肺纹理都增加，左侧明显，怀疑不是结核，是慢性支气管疾患。所以我推测病人有咳嗽、咳痰的症状。吐的痰性质主要是脓性痰。

丁 左肺尖的病灶，也在内带，也可以是胸锁乳突肌的阴影，但也可能是结核病。本例的肺纹增加很明显，右下的肺纹一直到中带和外带，右肺门的肺门阴影明显增加，所以我同意有慢性支气管病。但是我以为，慢性支气管病主要在右侧，而不在左侧。

甲 慢性支气管病的范围很广，可能是慢性支气管炎，也可能是肺结核继发的慢性支气管病，我是这样推想的，本例的症状是以肺结核的中毒症状为主要。

主持人 本例的诊断，上述几位的发言，归纳起来有三个可能：一是肺结核病，一是慢性支气管病，还有一个可能是肺结核和慢性支气管病同时存在。大家认为有慢性支气管病存在意见似乎是一致的，但慢性支气管病的性质和程度分析得都不够深入。

丙 本例的慢性支气管病由于仅见肺纹理增加。肺纹理的混乱不明显，书本上记载，如果有支气管扩张，肺纹理就混乱，就出现现象卷发样的阴影。本例没这方面的表现。所以我估计咳脓痰不一定很多，主要是慢性支气管炎。

主持人 会不会是支气管扩张？

丙 证据还不足。

主持人 两侧胸廓是否对称？

乙 似乎不对称。左侧胸廓小些，右侧胸廓比较大。

丙 正常的胸廓也不对称，因为心脏偏在左侧，所以左侧的胸廓比右侧小一些。本

例锁骨和胸骨柄的夹角不对称，可能拍片子时位置站得不端正，有点歪，所以更显得左侧胸腔小了，不一定是病。

乙 左肺下部的肋间比右侧要小些。肺纹理在左侧第五第六前肋间还很明显，阴影比较浓，不正常。

戊 心脏后面有条阴影，这条阴影很长，很深，在胃泡的后面，像是胸膜上的。

丁 本例两侧肺纹理增加，左下较明显，有些阴影和心脏后的索条状阴影相连，也是正常的阴影，见图3。所以我说右侧是慢性支气管炎，左侧下部可能有支气管扩张。病人可能经常咳大量的脓痰或者大口咳血。

主管医生 本例的病史很长。她从小开始，在某次害了麻疹之后，接着又害了肺炎，经常咳嗽，经常感冒，一旦感冒，即咳很多痰。经过打针服药，用各种抗菌素或消炎的药治疗。发烧咳脓痰有好转，但容易复发，不巩固。最近几年来开始咳

血，一次十几口，二、三十口不等。因经常咳血，身体很差。咳血停止之后，正常上班工作。病人曾去很多医院看过，有的医生诊断为肺结核病。吃过异菸肼半年多，注射过链霉素90克。效果不明显，仍旧咳血和发热。病人很痛苦，对治疗失去了信心。

丙 支气管扩张咳血的特点是：咳血量比较大，是鲜红的血，由于这血是来自支气管的小动脉，动脉内的血压比较高，所以血管破裂后，血流比较急，像喷出来似的，可一下咳一二十口或者吐半痰盂。但出血后，血管血压降低，血管收缩，出血自动停止。本例咳血的现象是否与此相仿。

乙 咳血后有没有发烧，这一点在疾病诊断上很重要，如果咳血后发烧，那就是肺结核咳血的可能性比较大，如果不发烧，那就是支气管扩张咳血的可能性比较大。

甲 那也未必，肺结核咳血后发热，是因为肺结核有活动性，活动性的肺结核有发热。但支气管扩张后咳血是因为支气管有感染，有感染时也可能发热。所以单凭发烧来鉴别肺结核或支气管扩张，那还是比较困难的。

主管医生 本例不发热。只感冒时有些发热，咳脓痰和咳血的关系不明显。感冒后就咳脓痰，治疗后就好转，咳脓痰不一定咳血，咳血时不一定咳痰。咳血多数突然来的，咳血后突然停止。病人找不到明显规律，有人说，是否心情不舒畅就咳血，是否过份疲劳就咳血。她病了这么多年，经常生病，经常治疗。病又治不好，心情怎会舒畅呢，所以心情不舒畅不是病因，而是病的结果。

至于疲劳和咳血关系不大，有时她休息在床上时也可突然咳血。真正在劳动时咳血，反而少见。

主持人 病人拍了片子，又问了病史，我们应当怎样进一步弄清诊断。

丙 支气管造影检查，才能明确有否支气管扩张。

主持人 支气管造影是诊断有无支气管扩张的重要步骤，我们是应当考虑做的。但有时条件有一定困难，不能做时又怎么办？你们考虑一下，能否在没做造影之前，能用

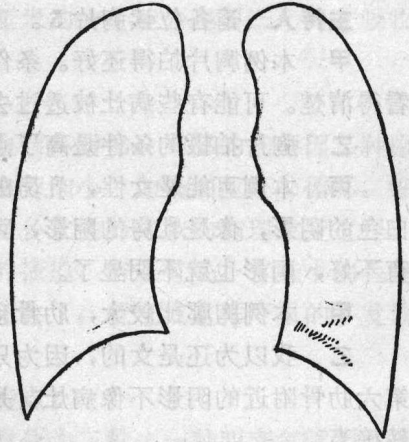


图3