

临床医疗护理常规

2012年版

胸外科诊疗常规

XIONGWAIKE ZHENLIAO CHANGGUI

李 简 主编

北京医师协会 组织编写



北京市各级各类医疗机构医务人员日常诊疗护理工作规范

各类专科医师**应知应会**的基本知识与技能

北京市执业医师定期考核**唯一指定**用书

中国医药科技出版社

胸外科诊疗常规

李 简 主 编
北京医师协会 组织编写

中国医药科技出版社

内 容 提 要

本书是根据卫生部《医师定期考核管理办法》的要求,由北京医师协会组织北京市胸外科专家、学科带头人及中青年业务骨干共同编写而成。体例清晰、明确,内容具有基础性、专业性、指导性 & 可操作性等特点。既是专科医师应知应会的基本知识和技能的指导用书,也是北京市胸外科领域执业医师“定期考核”业务水平的惟一指定用书。

本书适合广大执业医师、在校师生参考学习。

图书在版编目 (CIP) 数据

胸外科诊疗常规/李简主编. —北京:中国医药科技出版社, 2012. 11

临床医疗护理常规

ISBN 978 - 7 - 5067 - 5567 - 2

I. ①胸… II. ①李… III. ①胸腔外科学 - 诊疗 IV. ①R655

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 174088 号

美术编辑 陈君杞

版式设计 郭小平

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100082

电话 发行: 010 - 62227427 邮购: 010 - 62236938

网址 [www. cmstp. com](http://www.cmstp.com)

规格 787 × 1092mm $\frac{1}{16}$

印张 7 $\frac{3}{4}$

字数 142 千字

版次 2012 年 11 月第 1 版

印次 2012 年 11 月第 1 次印刷

印刷 北京地泰德印刷有限责任公司

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978 - 7 - 5067 - 5567 - 2

定价 45.00 元

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

《临床医疗护理常规》

编委会

名誉主任	方来英				
主任	金大鹏				
执行主任	邓开叔				
常务副主任	吕 鹏				
副主任	王澍寰	高润霖	邱贵兴	赵玉沛	邱大龙
	项小培	吴少楦			
办公室主任	许 朔				
办公室副主任	路 明	赵艳华			
办公室成员	陈 平	许东雷	李 尊	徐殿祥	
编委	(以姓氏笔画排序)				
	马 辛	王 杉	王茂斌	王宝玺	王保国
	王贵强	王澍寰	邓开叔	申文江	邢小平
	吕 鹏	许 朔	孙 正	李 简	李汉忠
	李仲智	李春盛	李淑迦	杨仕明	杨庭树
	吴 念	吴永浩	邱大龙	邱贵兴	何权瀛
	应 岚	张兆光	张奉春	张国安	陈 杰
	林三仁	金大鹏	周纯武	项小培	赵玉沛
	赵艳华	赵家良	赵继宗	胡大一	姜玉新
	高润霖	黄晓军	崔 巍	崔丽英	湛贻璞
	路 明	魏丽惠			

《胸外科诊疗常规》

编委会

主 编 李 简 (北京大学第一医院)

副主编 侯生才 (首都医科大学附属北京朝阳医院)

龚 民 (首都医科大学附属北京友谊医院)

初向阳 (中国人民解放军总医院)

编 委 (按姓氏笔画排序)

于长海 (中国人民解放军第304医院) 李 辉 (首都医科大学附属北京朝阳医院)

王 伟 (中国人民解放军海军总医院) 李 鲁 (中国人民解放军第306医院)

区颂雷 (首都医科大学附属北京安贞医院) 杨 跃 (北京大学肿瘤医院)

龙志强 (北京顺义区医院) 陈克能 (北京大学肿瘤医院)

闫天生 (北京大学第三医院) 张向华 (中国人民解放军第309医院)

任 华 (中国人民武装警察部队总医院) 张诗杰 (北京大学第一医院)

朱金如 (中国人民武装警察部队总医院) 张 毅 (首都医科大学宣武医院)

朱彦君 (中国人民解放军空军总医院) 苗劲柏 (首都医科大学附属北京朝阳医院)

刘 军 (北京大学人民医院) 高 志 (首都医科大学附属北京友谊医院)

刘 阳 (中国人民解放军总医院) 黄乃祥 (中国人民解放军第307医院)

刘吉福 (中国人民解放军北京军区总医院) 黄 诚 (中国医学科学院北京协和医院)

刘志东 (首都医科大学附属北京胸科医院) 董 兵 (中国人民解放军第305医院)

刘德若 (中日友好医院) 甄文俊 (卫生部北京医院)

孙克林 (中国医学科学院肿瘤医院) 赫 捷 (中国医学科学院肿瘤医院)

李单青 (中国医学科学院北京协和医院) 薛志强 (中国人民解放军总医院)

李建业 (首都医科大学附属北京同仁医院)

序 言

我非常高兴地向各位推荐北京医师协会亲力亲为与北京地区35个医学专科的专家们具有历史意义合作的一个象征——北京市《临床医疗护理常规》正式出版。其宗旨仍然是致力于全市医疗质量与患者安全的持续性改进和提高。

提高质量的医疗服务，需要有效的领导，这种领导支持来自于医疗机构的许多方面，包括治理层领导们、临床与管理部門的负责人，以及其他处于领导职位的人的支持；质量与安全更扎根于每位医务人员和其他工作人员的日常工作生活中，当医生与护士评估患者的需要并提供医疗服务的时候，本书的内容毫无疑问有助于帮助他们理解和如何做到切实改进质量，以帮助患者并降低风险。同样，管理者、辅助人员，以及其他人员通过北京市《临床医疗护理常规》的学习并应用于日常工作中，也有助于提高工作效率，改善资源利用率，从而达到质量持续改进与医疗安全的目的。

我们热切地展望未来，与我们的医学同道们一起合作，在朝着医疗护理质量持续改进的历程中互相学习，为首都乃至中国的医药卫生体制改革和促进人民的健康，不失时机地做出我们的努力！

金大鹏
2012年4月

编写说明

10年前,北京医师协会受北京市卫生局委托,组织北京地区几十家医院的数百名医学专家、学科带头人及中青年业务骨干,以现代医学理论为指导,参考国内外相关版本,结合临床实践经验,编写了北京市《临床医疗护理常规》,并于2002年正式出版。

10年来,《临床医疗护理常规》对规范各级各类医院的医疗质量,规范医护人员在医疗护理实践中的诊疗行为,保障患者的健康产生了重要的作用。但是随着医疗卫生改革的深化和临床医学的发展、临床学科的细化,北京市《临床医疗护理常规》已经不能充分体现北京地区的医疗水平。

北京医师协会根据卫生部有关专业分类的规定,组织本协会内34个专科的专家委员会对北京市《临床医疗护理常规》进行修编。在编写过程中,力求体现北京地区的医疗水平,尽量保持原来的体例和风格,经反复修改定稿。

尚需说明:

1. 北京市《临床医疗护理常规》修编是根据卫生部颁布的18个普通专科和16个亚专科分类,加上临床护理专业。18个普通专科是:内科、外科、妇产科、儿科、急诊科、神经内科、皮肤科、眼科、耳鼻咽喉科、精神科、小儿外科、康复医学科、麻醉科、医学检验科、临床病理科、口腔科、全科医学科、医学影像科。16个亚专科是:心血管内科、呼吸内科、消化内科、内分泌科、血液内科、肾脏内科、感染科、风湿免疫科、普通外科、骨科、心血管外科、胸外科、泌尿外科、整形外科、烧伤科、神经外科。

2. 北京市《临床医疗护理常规》的本次修编有较大幅度的调整,由2002版的11个分册调整为现行版的35个分册。其中由于外科与普通外科、儿科与小儿外科相通颇多故各自合并为一个分册,医学影像科以放射科、超声科和放射治疗三个分册分别论述。

3. 为进一步完善我市医师定期考核工作,保证医师定期考核取得实效,2012年,北京市卫生局将根据专科医师发展情况试点开展按专科进行业务水平测试的考核方式。修编后的北京市《临床医疗护理常规》旨在积极配合专科医师制度的建设,各专科分册独立程度高、专科性强,为各专科医师应知应会的基本知识和技能。

《临床医疗护理常规》将成为在各专科领域内执业的临床医师“定期考核”业务水平测试的内容。

4. 北京市《临床医疗护理常规》的修编出版仍然是一项基础性的工作,目的在于为各级医护人员在诊疗护理工作中提供应参照的基本程序和方法,有利于临床路径工作的开展,并不妨碍促进医学进展的学术探讨和技术改进。

5. 本次修编仍不含中医专业。

Preface

前言

随着专业的细化，绝大多数医院的心胸外科已经逐渐分成胸外科和心外科，并且在北京医师协会的领导下成立了胸外科专科医师分会。新版《胸外科诊疗常规》分册由北京医师协会胸外科专科医师分会组织北京各大医院胸外科专家在 2002 版本的基础上更新编写而成。例如对于胸外伤，由于在诊疗常规方面进展不多，只进行了有限的更新，并增加了有关胸腔镜的内容；而对于肺癌，由于卫生部于 2011 年颁布了相应的规范，而且本诊疗常规的编委中也有人直接参与卫生部规范的编写，所以本诊疗常规有关内容是以卫生部规范为基础进行编写，对旧版内容进行了较大的改动。

本书还将一些相关内容以附件的形式添加在相应章节后面，不作为诊疗常规的内容，但可作为读者扩充信息量之用。

最后，感谢所有参与编写工作的各位专家。对于书中可能出现的一些纰漏，恳请读者指正。

编者
2012 年 6 月

第一章 胸部损伤	(001)
一、胸壁软组织损伤	(001)
二、肋骨骨折	(002)
三、胸骨骨折	(003)
四、创伤性气胸	(004)
五、创伤性血胸	(005)
六、胸导管损伤	(006)
七、肺挫伤	(007)
八、创伤性窒息	(008)
九、外伤性气管损伤	(009)
十、支气管损伤	(009)
十一、食管损伤	(010)
十二、膈破裂	(011)
十三、胸部异物	(012)
十四、支气管异物	(012)
第二章 胸廓疾病	(014)
一、漏斗胸	(014)
二、鸡胸	(015)
三、胸廓出口综合征	(015)
四、肋软骨炎	(016)
五、胸壁结核	(017)
六、胸壁肿瘤	(017)
第三章 胸膜疾病	(019)
第一节 脓胸	(019)
一、急性脓胸	(019)
二、慢性脓胸	(020)

第二节 胸膜肿瘤	(021)
----------------	-------

第四章 肺部疾病	(022)
----------------	-------

第一节 先天性肺疾病	(022)
------------------	-------

一、肺发育不全	(022)
---------------	-------

二、支气管肺囊肿	(023)
----------------	-------

三、肺动静脉瘘	(024)
---------------	-------

四、肺隔离症	(025)
--------------	-------

五、肺大疱	(026)
-------------	-------

第二节 肺部感染性疾病	(027)
-------------------	-------

一、支气管扩张	(027)
---------------	-------

二、肺结核	(029)
-------------	-------

三、肺脓肿	(031)
-------------	-------

四、肺真菌病	(033)
--------------	-------

五、肺棘球蚴病	(035)
---------------	-------

第三节 肺良性肿瘤	(037)
-----------------	-------

一、错构瘤	(037)
-------------	-------

二、肺炎性假瘤	(038)
---------------	-------

三、肺硬化性血管瘤	(038)
-----------------	-------

第四节 气管疾病	(039)
----------------	-------

一、气管狭窄	(039)
--------------	-------

二、气管肿瘤	(040)
--------------	-------

第五节 肺恶性肿瘤	(042)
-----------------	-------

一、原发性肺癌	(042)
---------------	-------

二、肺转移瘤	(063)
--------------	-------

第六节 慢性肺疾病的外科治疗	(065)
----------------------	-------

一、肺减容	(065)
-------------	-------

二、肺移植	(067)
-------------	-------

第七节 肺部术后并发症的处理	(072)
----------------------	-------

一、支气管胸膜瘘	(072)
----------------	-------

二、肺不张、肺部感染	(073)
------------------	-------

三、肺栓塞和下肢静脉血栓形成	(074)
----------------------	-------

第五章 食管疾病	(077)
----------------	-------

一、食管损伤	(077)
--------------	-------

二、自发性食管破裂	(078)
-----------------	-------

三、先天性食管闭锁及食管气管瘘	(079)
-----------------------	-------

四、反流性食管炎	(079)
----------------	-------

五、食管裂孔疝	(080)
---------------	-------

六、贲门失弛缓症	(081)
七、食管憩室	(082)
八、食管良性肿瘤	(083)
九、食管（贲门）癌	(084)
第六章 纵隔疾病	(099)
第一节 纵隔感染	(099)
一、急性细菌性纵隔炎	(099)
二、肉芽肿型纵隔炎	(099)
三、纤维化性纵隔炎	(100)
第二节 纵隔肿瘤	(100)
一、胸内甲状腺	(100)
二、胸腺肿瘤	(101)
三、重症肌无力	(102)
四、畸胎类肿瘤	(103)
五、心包囊肿	(103)
六、神经源性肿瘤	(104)
七、纵隔支气管囊肿	(104)
八、食管囊肿	(105)
九、纵隔淋巴源性肿瘤	(105)
十、纵隔淋巴管肿瘤	(106)
十一、纵隔血管瘤	(106)
第三节 原发性手汗症	(107)
第七章 膈肌疾病	(109)
一、膈疝	(109)
二、膈膨升	(109)
三、膈肌肿瘤	(110)

第一章 胸部损伤

一、胸壁软组织损伤

胸壁软组织损伤在胸部损伤中非常多见，包括皮肤肌肉挫伤、皮肤裂伤、肌肉撕裂伤、皮肤皮下肌肉贯通伤等。

【诊断标准】

1. 临床表现及体征

- (1) 有较明确的外伤史。
- (2) 局部疼痛 与暴力的强度、性质、持续时间及受伤部位的神经分布有关，疼痛程度可以随呼吸幅度或咳嗽、打喷嚏而改变。
- (3) 肿胀 由局部软组织内炎性反应渗出、淤血或皮肤损伤所致。
- (4) 创面 不同的创伤性质和强度可以造成皮肤表面伤痕、破损等。
- (5) 功能障碍 严重损伤患者可因疼痛限制咳嗽而引起排痰障碍，导致肺不张等合并症。
- (6) 心率、血压、呼吸多正常。
- (7) 严重、大面积软组织损伤可以有心率加快、血压升高或降低、呼吸幅度变浅、呼吸频率加快。疼痛剧烈时面色苍白、出冷汗。

2. 检查

拍摄后前位X线胸片，应该正常，可以排除肋骨骨折和其他并发症。

【治疗原则】

- (1) 对症止痛 依据伤情严重程度给予活血、化瘀、止痛的中、西药物。
- (2) 局部理疗 受伤早期（6小时内）局部冷敷，无继续出血迹象后热敷或选用其他理疗方法。
- (3) 清创缝合 有皮肤破损的患者，必须给予彻底清创，清除异物及坏死组织，充分止血，一期修复神经、血管，缝合伤口。污染严重的伤口，妥善止血后，开始换药。
- (4) 其他 酌情应用抗生素及破伤风抗毒血清。

【常用药物】

- (1) 抗炎镇痛药如吲哚美辛和布洛芬等，必要时也可使用阿片受体激动剂如曲马多和吗啡等。
- (2) 破伤风抗毒血清（TAT）。
- (3) 抗生素可使用青霉素类如阿莫西林和哌拉西林等，及一代头孢菌素如头孢氨苄和头孢拉定，二代头孢菌素如头孢呋辛、头孢克洛等。

二、肋骨骨折

肋骨骨折是最常见的胸部损伤，骨折多发生于第4~7肋，第9~12肋骨骨折可能伴有潜在的腹内脏器损伤。肋骨骨折分为单根单处肋骨骨折、多根单处肋骨骨折、多根多处肋骨骨折和单根多处肋骨骨折四种。多根多处肋骨骨折（一般4根以上）是最严重的肋骨骨折，可形成胸壁软化，引起反常呼吸运动，严重影响呼吸功能。间接暴力引起的肋骨骨折，骨折端常常向外折断，而引起开放性骨折，直接暴力引起的肋骨骨折，骨折端向胸腔内折断，常导致血胸、气胸和肺损伤等并发症。老年人骨质疏松更易发生骨折。

【诊断标准】

1. 临床表现及体征

- (1) 有车祸、坠落产生的胸部撞击、挤压伤史。
- (2) 胸部疼痛明显、深呼吸、咳嗽、打喷嚏、变动体位时疼痛加剧。
- (3) 局部肿胀、压痛或伴有淤血斑，胸廓挤压试验（间接压痛试验）阳性，有时可触及骨擦感或骨折断端。
- (4) 多根多处肋骨骨折常伴发胸壁软化，胸壁反常运动，引起低氧血症、发绀。
- (5) 疼痛限制咳嗽动作幅度，影响气道分泌物排出，加重肺水肿及肺不张，胸壁反常运动会在伤后数小时逐渐明显起来，呼吸音减低，也可闻及啰音。
- (6) 伴有血胸、气胸的患者，呼吸音可以消失，叩诊可以发现浊音区和鼓音区。

2. 检查

- (1) X线片较易确定肋骨连续性中断或错位的部位，并可以了解是否有血胸、气胸，纵隔或皮下气肿、肺损伤或肺不张等合并症的存在。
- (2) 肋软骨骨折或肋软骨与硬骨连接处骨折，不能在胸片上显示，X线需在3~6周后发现骨痂形成时才能确诊，必须根据病史、体征来明确诊断。

【治疗原则】

1. 闭合性肋骨骨折

- (1) 镇静止痛 可口服或注射止痛药，必要时可以采用骨折部位和肋间神经封闭术及“止痛泵”硬膜外或静脉持续给药止痛。有效控制疼痛有助于改善呼吸障碍。
- (2) 帮助患者咳嗽，雾化吸入，更换体位，排除分泌物，必要时经鼻导管或纤维支气管镜吸痰，预防肺不张及肺炎的发生。
- (3) 多头胸带固定胸部，有助于止痛和控制反常呼吸。
- (4) 抢救过程中要注意避免过多输入晶体液，一般不应超过1000ml，如果伤情严重，应该适当使用胶体液或血液制品，避免进一步加重肺水肿。
- (5) 多根多处肋骨骨折，造成胸壁反常呼吸运动范围较小者，通常不做特殊处理，也可用棉垫加压包扎。当反常呼吸运动范围较大，胸壁严重塌陷时，如果患者条件允许，可以考虑手术固定肋骨，减少呼吸功能不全的时间。严重的胸壁软化及合并头部

损伤或严重呼吸功能障碍时，可以行气管插管，呼吸机辅助呼吸，待胸壁相对稳定，反常呼吸消失后，停止辅助呼吸，拔除气管插管。

(6) 合理选择使用抗生素，预防感染。

(7) 有气胸、血胸等合并症时要同时处理。

2. 开放性肋骨骨折

(1) 常规清创、彻底清除异物、碎骨及坏死组织，缝合伤口。

(2) 开放时间过长，或污染严重的伤口，清创后引流换药。

(3) 根据伤口污染程度及细菌培养结果选用敏感抗生素。

【常用药物】

(1) 抗炎镇痛药如吲哚美辛和布洛芬等，必要时也可使用阿片受体激动剂如曲马多和吗啡等。

(2) 开放性骨折使用破伤风抗毒血清（TAT）。

(3) 抗生素可使用青霉素类如阿莫西林和哌拉西林等，及二代头孢菌素如头孢呋辛、头孢克洛，三代头孢菌素头孢哌酮钠、头孢唑肟钠等。

三、胸骨骨折

胸骨骨折多见于发生车祸的机动车司机，骨折部位多在胸骨上部。在胸部损伤中少见，但是容易合并不同程度的心脏损害，有较大的潜在危险性。

【诊断标准】

1. 临床表现及体征

(1) 有胸部撞击伤或车祸、减速伤史。

(2) 局部明显疼痛，呼吸或活动时加重。

(3) 局部可扪及骨折摩擦或断端重叠畸形。

(4) 常伴多根肋软骨骨折。

(5) 有反常呼吸可发绀。

2. 检查

(1) X线片较易确定骨折部位。

(2) 要除外心脏、大血管或支气管损伤。

【治疗原则】

(1) 无移位或仅有轻度移位的胸骨骨折，对胸廓活动无明显影响，可以仅给镇静止痛，对症治疗。

(2) 重症，有呼吸困难、反常呼吸的患者，行气管插管，呼吸机辅助呼吸，待呼吸功能稳定后，停止辅助呼吸，拔除气管插管。

(3) 开放性胸骨骨折移位明显或伴有连枷胸，应该在全身麻醉下钢丝或钢板固定，纠正严重畸形，胸骨骨折处后放置纵隔引流管，保持引流管通畅。

(4) 合理选择抗生素，预防感染。

【常用药物】

同肋骨骨折。

四、创伤性气胸

气胸在胸外伤的患者中常见。气胸可以由各种锐器造成胸壁穿透伤，外界气体进入胸膜腔而形成，也可以由各种锐器伤、爆震伤、挤压伤、肋骨骨折损伤肺、支气管，因而气体进入胸膜腔而形成，还可因食管破裂而形成。可分为闭合性气胸、张力性气胸和开放性气胸三种。

【诊断标准】

1. 临床表现及体征

- (1) 有挤压伤、肋骨骨折或锐器伤、爆震伤等外伤史。
- (2) 少量气胸症状轻微，胸闷、憋气症不明显。
- (3) 大量气胸可以引起呼吸困难，甚至发绀。患侧呼吸音减弱或消失，叩诊为鼓音。
- (4) 张力性气胸时呼吸急促、极度困难，精神紧张，大汗淋漓，四肢湿冷，甚至发绀。
- (5) 患侧呼吸音消失，肋间增宽，皮下气肿，纵隔气管向健侧移位，血压下降，心率增快，处于休克状态。
- (6) 开放性气胸可以听到随患者呼吸有气体进出伤口的声音，同时有四肢湿冷，血压下降等休克症状。

2. 检查

- (1) X线胸片可确定气胸的程度及是否有肋骨骨折、肺不张、纵隔移位，皮下气肿、血胸等合并症。
- (2) 张力性气胸时肺完全萎陷，纵隔移向健侧，皮下气肿（紧急情况下先行闭式引流或粗针头第二肋间排气处理后再拍片）。

【治疗原则】

一般处理原则包括吸氧、镇静、止痛，化痰，排出分泌物，输血、补液，纠正休克，合理选择抗生素预防感染。

1. 闭合性气胸

- (1) 少量气胸（肺压缩 $<30\%$ ），症状多不明显，可密切观察，不做特殊处理。
- (2) 中等以上气胸（肺压缩 $>50\%$ ），应行胸腔穿刺抽气或胸腔闭式引流，酌情给予止痛和抗生素治疗。

2. 张力性气胸

- (1) 紧急情况下粗针头锁骨中线第二肋间刺入胸腔排气。
- (2) 条件允许时行胸腔闭式引流，管腔内径要粗。
- (3) 持续大量漏气，闭式引流不能缓慢解症状时，说明有较大的气管、支气管损

伤或有大面积肺撕裂伤，应该及时手术探查，必要时行肺切除术。

3. 开放性气胸

(1) 无菌敷料覆盖、暂时闭合伤口，变开放性气胸为闭合性气胸，再行胸腔闭式引流。

(2) 情况危急的患者需要气管插管，呼吸机辅助呼吸。

(3) 彻底清创、切除毁损组织、仔细止血、修复伤口。胸壁伤口缺损面积较大时，应及时手术，用带蒂肌皮瓣或人工代用品修补。

【临床操作标准】

1. 胸腔穿刺术

患者取坐位或半坐位，在预定的穿刺点局部消毒，麻醉后沿肋骨上缘刺入胸腔穿刺针，反复抽吸直至肺基本复张。

2. 胸腔闭式引流术

患者取半坐位，根据 X 线胸片定位，多取锁骨中线第二肋间，局部消毒，麻醉，切开皮肤，将引流管置入胸腔约 5~8cm，皮肤缝线固定引流管，连接水封瓶。在 X 线证实无残留液体、气体时，拔除胸腔闭式引流管。

【常用药物】

(1) 镇痛剂、抗生素和 TAT 同肋骨骨折。

(2) 祛痰 乙酰半胱氨酸、氨溴索等。

五、创伤性血胸

各种原因造成的胸腔内积血称为血胸。出血通常来源于肺裂伤、肋间血管或胸廓内动脉损伤，甚至大血管、心脏破裂出血均可引起血胸。轻度肺裂伤，出血常可自行停止。体循环的动脉出血常不易停止。血胸可以单独存在，也可以与其他胸部损伤同时存在。缓慢、少量出血多不凝固，大量迅速出血时就可以出现胸内血凝块，形成凝固性血胸，可不同程度影响呼吸、循环功能。受到污染的血胸如果治疗不彻底有转变为脓胸的危险。

【诊断标准】

1. 临床表现及体征

(1) 外伤后依出血量的多少，可以有不同程度的呼吸困难，出血量大而迅速时，血压下降、心率加快，出血超过 1000ml 时，可以有四肢湿冷、烦躁等休克表现，如果抢救治疗不及时会出现呼吸、循环衰竭而死亡。

(2) 患侧呼吸音减低，叩诊浊，合并气胸时叩诊可以发现鼓、浊音界面。

2. 检查

(1) 立位或坐位 X 线胸片 小量血胸仅见肋膈角变钝或消失，中等量血胸液面可从膈顶到肺门水平不等，大量血胸液面可达肺门水平以上。平卧位 X 线胸片患侧胸腔透过度减低，并可估计血胸的严重程度。

(2) 胸腔穿刺抽出血性液体即可确定诊断。

【治疗原则】

(1) 密切观察血压、心率，输血、补液，预防失血性休克，合理选择使用抗生素，预防血胸感染。

(2) 少量血胸动态观察或胸腔穿刺，中等量需做胸腔闭式引流术，大量血胸应及时行闭式引流，必要时开胸或电视胸腔镜（VATS）急诊手术探查，凝固性血胸在病情稳定后尽早（2周左右）开胸或 VATS 手术，清除血凝块和肺表面的纤维膜。

(3) 进行性血胸的判定

①脉搏逐渐增快，血压持续下降。

②经输血补液后，血压不回升或升高后又迅速下降。

③重复测定血红蛋白、红细胞计数和血细胞比容等，持续降低。

④胸膜腔穿刺因血液凝固抽不出血液，但连续多次 X 线检查显示胸膜腔阴影继续增大。

⑤闭式胸腔引流后，引流血量连续 3 小时超过 200ml，或一次引流量超过 1000ml。

如果有上述五项之一，就应该及时开胸探查，彻底止血。

(4) 手术探查要点

①根据伤情选择开胸手术或 VATS。

②仔细探查可能的出血部位，确切止血。

③修补肺撕裂伤，如果裂口过大过深，无法缝合止血，可以行肺段或肺叶切除。

六、胸导管损伤

外伤导致胸导管损伤、破裂可引起低蛋白血症及水电解质紊乱。大量乳糜液积存在胸腔，压迫肺组织引起呼吸困难，时间长久以后形成纤维板，严重限制呼吸。

【诊断标准】

1. 临床表现及体征

(1) 有颈、胸部外伤史或手术损伤史。

(2) 外伤后数日或数周出现闷气短、呼吸困难。

(3) 患侧呼吸音减弱，叩诊浊音。

(4) 胸腔积液反复出现，或者手术后胸腔引流管内持续有较多量的引流液。

(5) 可伴有电解质紊乱，营养不良。

2. 检查

(1) X 线显示大量胸腔积液。

(2) 胸穿抽出积液，典型表现为乳白色液体。

(3) 胸水乙醚、苏丹Ⅲ检查，乳糜试验阳性。