# 急性纵隔炎

简介：急性纵隔炎是累及纵隔内结缔组织和(或)纵隔内脏器的严重感染，常可浸润胸膜间隙并包绕纵隔内脏器。由于纵隔内为重要的大血管及心脏，且相对密闭，不易引流，因此急性纵隔炎进展迅猛 ，病死率高 。急性纵隔炎并非罕见 ，但是由于很多医生对其认识不足，易发生误诊和漏诊。因此，及时的诊断与治疗是降低急性纵隔炎病死率的主要手段。

症状：急性纵隔炎早期无症状，逐渐出现纵隔器官受压或粘连的症状，表现为上腔静脉梗阻综合征，出现静脉压增高、头面部、颈部及上肢水肿、颈静脉充盈，胸壁上侧支循环静脉扩张。急性纵隔炎常见的症状为寒战、高热、气短及颈部疼痛，重者可伴有纵隔内积脓、积气、纵隔气肿及皮下气肿。感染的脓液也可破入胸膜腔引起急性脓胸及脓气胸。由于侧支循环的建立，梗阻可逐渐减轻，症状也可改善或消失。病变累及其他器官则可引起各器官梗阻的相应症状。如吞咽困难、咳嗽、气促、肺动脉受压引起肺动脉压增高;累及肺静脉可导致肺血管淤血，出现咯血;压迫膈神经引起膈肌麻痹;压迫喉返神经出现声音嘶哑等症状;若脓肿压迫气管可产生高音调性质的咳嗽、呼吸困难、心动过速、发绀，严重时出现休克，危及生命。查体可见上肢和颈部皮下气肿及捻发音，病情进展时皮下气肿可达胸部、腹部及下肢皮下，胸骨有触痛，纵隔浊音界扩大，颈部肿胀，心率增快。

影像学检查：胸部X线正位片示两侧纵隔阴影增宽，以上纵隔为明显，炎症累及周围胸膜致两侧轮廓模糊;侧位胸片示胸骨后密度增加，气管、主动脉弓的轮廓模糊。可于纵隔的一侧或双侧见突出的脓肿阴影，气管、食管受压移位。还可出现纵隔气肿、脓肿和液平、胸腔液气胸等征象。食管碘油或有机碘液造影可发现食管穿孔部位、食管支气管瘘或食管胸膜瘘。

急性纵隔炎是发生于纵隔的急性严重感染,由于纵隔腔隙局限·感染易沿纵隔间隙扩散,累及纵隔内重要脏器,病死率高。急性纵隔炎原发者罕见,以继发者多见。多由食管穿孔(后纵隔炎)及心外科手术或穿通性外伤(前纵隔炎),偶见于牙周感染、扁桃体感染等,以及颈部淋巴结活检、气管切开、甲状腺手术、纵隔镜等医原性因素等引起。由于解剖结构上颈部与纵隔经颈深筋膜中层沿气管前间隙相连续,故颈部感染可因重力作用及胸腔负压迅速扩散至纵隔内引起急性纵隔炎,即急性下行性纵隔炎(DNS),而此类感染较为隐匿。目前文献报道DNS动态神经肌肉稳定技术(:Dynamic Neuromuscular Stabilitation）的原因中最为常见的是牙源性感染。

影像学对纵隔疾病的诊断具有重要的作用DNS患者行颈部软组织X线检查时可见颈前及咽喉软组织增宽;反之当颈部软组织出现气体影时一定要注意纵隔炎的可能,进一步检查确定是否存在感染向纵隔播散。由于解剖结构上颈部与纵隔经颈深筋膜中层沿气管前间隙相连续,故感染侵破局部软组织甚至食管等实体器官、胸膜后，气体可迅速经破溃口进人负压的纵隔内，并形成纵隔气肿，脓气胸及皮下气肿。此外,急性纵隔炎致病菌多为混合性,并可有产气菌,因而在局部未见明显破溃时亦可出现纵隔气肿。急性纵隔炎行胸片检查可见气管旁软组织增宽,侧位像可见气管后壁向前膨胀，胸腔积液和下叶实变同样是常见表现。胸部CT可见纵隔边缘模糊不清,含气的纵隔脓肿形成及扩张的食管。有研究证实胸部CT能准确诊断纵隔炎还能明确病变范围,有助于外科引流部位的确定及随诊治疗效果。

参考文献

周晓明 冯学威 急性纵隔炎临床与影像学特征分析