



胸腔镜下胸膜固定术治疗肺癌伴恶性胸腔积液的临床疗效分析

徐伟 (常德市第一人民医院胸心外科 湖南常德 415000)

摘要: **目的** 对胸腔镜下胸膜固定术治疗肺癌伴恶性胸腔积液的临床疗效进行分析和探讨。**方法** 在我院2015年5月-2016年7月期间收治的肺癌伴恶性胸腔积液患者中选取90例作为本次研究对象,按照随机数表法将患者分为两组,每组45例,观察组患者接受胸腔镜下胸膜固定术的治疗,对照组患者接受胸腔闭式引流术治疗,比较两组患者临床治疗效果。**结果** 观察组患者引流管留置时间以及住院时间显著短于对照组患者、治疗后的总蛋白定量、白细胞计数显著优于对照组患者($P<0.05$)。此外,观察组患者不良反应总发生率为6.67%,低于对照患者的26.09%($P<0.05$);治疗总有效率为95.56%,高于对照患者的75.56%($P<0.05$)。**结论** 胸腔镜下胸膜固定术是治疗肺癌伴恶性胸腔积液的有效途径,可缩短患者治疗时间、提高治疗安全性和有效性,推荐使用。

关键词: 胸腔镜 胸膜固定术 肺癌 恶性胸腔积液 疗效

中图分类号: R734.2 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2017)11-061-02

对于肺癌伴恶性胸腔积液的患者而言,通过手术有效控制胸腔积液产生,最大限度的防止营养物质丢失并行肺复张是关键^[1-2]。本研究以我院收治的90例肺癌伴恶性胸腔积液患者为对象,通过分组给予患者不同治疗方法,分析探讨了胸腔镜下胸膜固定术治疗本病的临床效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

使用随机数表法将90例肺癌伴恶性胸腔积液患者随机分为两组,观察组45例,男29例,女16例,平均年龄(55.19 ± 5.23)岁;对照组45例,男30例,女15例,平均年龄(55.28 ± 5.14)岁。两组患者各项基线资料的比较差异不显著($P>0.05$),有可比性。

1.2 方法

术前给予两组患者常规宣教和心理干预,详细告知患者手术方法、目的以及可能存在的风险,获取患者信任,帮助患者缓解因无知而产生的焦虑、恐惧等负性情绪,增加患者配合度和依从性,确保手术顺利完成。

观察组患者接受胸腔镜下胸膜固定术治疗:双腔气管插管全麻,取健侧卧位;麻醉成功后于患者腋中线的第7肋间行长度为1.5cm的切口手术入路,将Trocarr通过该切口置入,在胸腔镜的辅助下,对患者胸膜肿瘤以及胸膜粘连情况进行详细探查;完成上述操作后,于患者腋前线的第3、4肋间以及腋后线的7、8肋间作操作孔,电刀或超声刀通过操作孔松解粘连、剥除脏层胸膜表面的纤维膜;膨胀肺,对患者肺的复张情况进行详细观察,然后在电刀的辅助下将患者膈肌以及壁层胸膜上的病灶去除,同时尽可能的减灭肿瘤细胞;将多侧孔导管通过操作孔内置入患者体内,连接冲洗器,多角度挤压冲洗器球囊,充分复张肺,保证患者肺部与胸膜形成有效粘连,将胸管留置在患者体内,缝合切口;将100ml注射用水与20mg顺铂混合制成混合液,于术后第2d、4d将混合液灌注至患者胸腔内,夹闭胸管1h后开放,连续引流2d,若2d后患者引流液在100ml以下,则及时拔除引流管;否则继续引流至引流液小于100ml。

对照组患者接受胸腔闭式引流术治疗:气管插管全麻,取健侧卧位;于患侧胸腔肋膈角积液较低的位置置入多孔胸腔引流管并连接水封瓶,持续闭式胸腔引流至肺基本复张;根据患者实际情况,将滑石粉胶浆以及10-20ml的2%利多卡因注入多孔胸腔引流管内;术后处理与观察组患者一致。

1.3 观察指标与评价标准

①记录两组患者各自的引流管留置时间、住院时间,计算平均值。②分别于治疗前1d以及治疗结束后1d测定患者总蛋白定量和白细胞计数,计算平均值;同时观察护理期间患者不良反应发生情况,如发热、胸痛、感染等,计算不良

反应总发生率。③参考相关文献^[3]制定疗效评价标准,将患者临床治疗效果分为3个等级,分别为痊愈、有效以及无效,划分标准如下,痊愈:各项临床症状完全好转,胸片等检查结果显示胸腔积液完全消失,4周内未复发;有效:各项临床症状显著好转,胸片等检查结果显示胸腔积液减少1/2以上;无效:各项临床症状未见好转或加重,胸片等检查结果显示胸腔积液减少幅度不足1/2或增加。患者临床治疗总有效率为痊愈率与有效率二者之和。

1.4 统计学分析

Excel对患者进一步整理后,使用SPSS19.00分析处理数据,(%)表示计数资料,数据之间的比较差异用检验;表示计量资料,数据之间的比较差异用t检验。若 $P<0.05$,则认为数据之间的差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者引流管留置时间以及住院时间比较

相较于对照组患者,观察组患者引流管留置时间以及住院时间均明显更短,数据之间的比较差异有统计学意义($P<0.05$)。详见表1。

表1. 两组患者引流管留置时间以及住院时间比较表

组别	引流管留置时间	住院时间
观察组(n=45)	4.72±1.38	7.10±2.86
对照组(n=45)	7.59±2.69	12.94±4.53
P值	<0.05	<0.05

2.2 两组患者治疗前后总蛋白定量、白细胞计数变化及不良反应发生情况比较

治疗前,两组患者总蛋白定量、白细胞计数的比较不具有显著差异($P>0.05$);护理后,两组患者上述各项指标均得到优化,观察组患者优化幅度显著大于对照组患者,两组患者护理后各指标的比较差异有统计学意义($P<0.05$)。详见表2。此外,观察组中共3例患者发生不良反应,不良反应总发生率为6.67%,包括发热1例(2.22%)、胸痛2例(4.44%);对照组中共12例患者发生不良反应,不良反应总发生率为26.09%,包括发热6例(13.33%)、胸痛4例(8.89%)、感染2例(4.44%)。观察组患者不良反应总发生率显著低于对照组患者($P<0.05$)。

表2. 两组患者治疗前后总蛋白定量、白细胞计数变化比较表

组别	总蛋白定量		白细胞计数	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组(n=45)	56.71±10.18	22.78±4.17	7.80±2.14	1.42±0.23
对照组(n=45)	57.20±10.05	35.96±5.10	7.79±2.05	2.65±0.57
P值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 两组患者临床治疗有效率比较



观察组患者临床治疗总有效率为 95.56%，显著高于对照组患者的 75.56%，数据之间的比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 3。

表 3. 两组患者临床治疗有效率比较表 [n(%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效率
观察组	45	35(77.78)	8(17.78)	2(4.44)	43(95.56)
对照组	45	19(42.22)	15(33.33)	11(24.44)	34(75.56)
P 值	-	-	-	-	<0.05

3 讨论

作为晚期肺癌的一种最为常见的并发症，恶性胸腔积液多是由肺肿瘤导致^[4]。近年来，随着微创技术的不断发展下，越来越多的学者开始提倡使用胸腔镜下胸膜固定术对本病进行治疗^[5]。胸腔镜下胸膜固定术主要通过在胸腔镜下对患者胸腔内病变进行全面观察，再有效分离和清除粘连以及包裹性空腔，确保肺充分膨胀后再行进一步的胸膜固定术的方式来实现治疗效果，具有毒性小、刺激轻、创伤小、恢复快等优点。

本次研究数据显示，观察组患者在引流管留置时间、住

院时间以及总蛋白定量、白细胞计数的比较上均较对照组患者有明显优势 ($P < 0.05$)，且不良反应发生率更低、治疗总有效率更高 ($P < 0.05$)。研究结果表明，胸腔镜下胸膜固定术治疗肺癌伴恶性胸腔积液效果显著、安全可靠，在确保患者符合各项手术指征的前提下，可将胸腔镜下胸膜固定术作为临床治疗肺癌伴恶性胸腔积液的首选术式。

参考文献

- [1] 许鑫, 胡三莲, 陆颖等. 持续低负压吸引在四肢软组织损伤创面护理中的应用 [J]. 解放军护理杂志, 2013, 30(1):16-18, 22.
- [2] 赵佳莉, 冀云涛. 负压封闭引流术治疗踝部软组织缺损的护理 [J]. 内蒙古医学杂志, 2012, 44(8):1006-1007.
- [3] 蔡素梅. 负压封闭引流技术在肢体创面应用中并发症的原因分析及护理 [J]. 中国美容医学, 2012, 21(12):367-368.
- [4] 张学萍, 张燕, 周廷均等. 负压封闭引流治疗创伤与损伤感染 46 例护理体会 [J]. 中外健康文摘, 2012, (31):81-83.
- [5] 张丽华, 刘佳佳, 徐淑娟等. 负压封闭引流术治疗骨科创伤及感染创面的护理对策 [J]. 中华医院感染学杂志, 2012, 22(7):1384-1385.

(上接第 58 页)

与对照组 (4.48±1.57) 分相比显著较低，而观察组的切口愈合情况明显好于对照组，且组间对比差异 $P < 0.05$ ，具有统计学意义。因此可以看出，抗感染治疗在急诊外科创伤手术切口感染治疗中具有十分重要的临床应用价值和意义。

综上所述，抗感染治疗在急诊外科创伤手术切口感染治疗中的应用效果十分显著，即能明显降低切口感染发生率以及患者的 VAS 评分，同时还能显著增强患者的预后效果，因此值得推广于临床应用。

参考文献

- [1] 张艳. 急诊外科创伤手术切口感染的临床分析及预防研究

[J]. 中国医药导刊, 2013, 11:1785-1786.

- [2] 陈钢, 张德意, 程俊峰. 急诊创伤手术切口感染的临床分析与预防研究 [J]. 中华医院感染学杂志, 2015, 06:1344-1346.
- [3] 马瑞, 宋亚琪. 抗感染治疗在急诊外科创伤手术切口感染的临床研究 [J]. 现代实用医学, 2015, 04:508-509.
- [4] 潘晓立. 急诊外科创伤手术切口感染的预防及控制 [J]. 中国实用医药, 2012, 15:135-136.
- [5] 马冰. 急诊外科创伤手术切口感染的预防和控制研究 [J]. 中国医药指南, 2013, 22:561-562.
- [6] 李艳丽. 急诊外科创伤手术切口感染的预防及控制 [J]. 大家健康 (学术版), 2014, 13:59-60.

(上接第 59 页)

PaO₂/FiO₂，通过本次研究结果已经被充分的证实，与利丹等报道相一致^[5]。该方法已经历经 40 多年的深入和研究，越来越多的受到广泛的好评，已经被应用治疗毛细支气管炎合并呼吸衰竭等临床治疗方面，因此为减少和降低气道发生痉挛应及时给予 CPAP，应用时间越早，后期的恢复和治疗疗效越高，亦能有效缓解病情。

3.3 CPAP 治疗中的危险因素

在早期对小儿病患实施 CPAP 可以减少插管率的提升，但是应用时间较晚时，会延长插管后拔管的用时，因此在实施 CPAP 前相对其危险因素进行明确，以便减少小儿病患的插管率。

3.4 CPAP 的压力参数的设置

通常情况下，起初的压力从 4cmH₂O 左右开始，并根据小儿病患的需氧量和耐受以及 FiO₂ 的情况给予适当的增加输氧压力，最高至 10cmH₂O，当小儿病患的压力在 7-10cmH₂O 时，小儿病患会出现烦躁易怒等不安心理（可以应用安抚奶嘴），故会增加镇静剂使用的剂量，一旦小儿病患在 10cmH₂O 不能满足去需求，应采取有创机械通气，来满足其需求。

3.5 总结

经过以上的阐述中，体现 CPAP 为无创性通气方法，其具有简单、相关并发症少、治疗前后效果显著，因此对小儿病患实施尽早的 CPAP 可以减少有创插管的几率，对改善小儿病患的呼吸窘迫以及减少呼吸做功有积极的意义，因本次研究对象较少，因此还是缺乏有力的依据来证明 CPAP 在治疗重症毛细支气管炎中的应用地位。

参考文献

- [1] 王卫平. 儿科学 [M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 269-270.
- [2] 中华医学会儿科学分会呼吸学组. 毛细支气管炎诊断、治疗与预防专家共识 (2014 年版) [J]. 中华儿科杂志, 2015, 53(3): 169.
- [3] 孙平平. 毛细支气管炎的研究进展 [J]. 临床肺科杂志, 2014, 7(19): 1313.
- [4] 利丹, 曾春莲. 无创持续气道正压通气治疗重症毛细支气管炎的临床观察 [J]. 国际医药卫生导报, 2013, 19(6): 747.
- [5] 叶滨, 胡元生, 邹柳燕. 呼吸机辅助治疗小儿重症毛细支气管炎临床分析 [J]. 河北医学, 2013, 19(1): 84-86.

(上接第 60 页)

对已经确诊的人员提供医疗条件，为机务人员提供针灸、理疗、按摩、牵引等医疗服务。

总之，通过调查发现，长期的机务工作会增加腰椎间盘突出症的患病率，而腰椎间盘突出反过来又会影响保障质量，不利于战斗力的提升，希望可以得到整个军队的重视，尤其

是航空兵部队的重视。

参考文献

- [1] 范华强, 雷伟. 军事训练致劳损性腰痛伤发生情况调查 [J]. 人民军医, 2009, 52(4):199-200.
- [2] 麦瑶, 黄慧芬. 脊髓型颈椎病患者健康教育需求调查分析 [J]. 解放军护理杂志, 2005, 22(1):41.