



胸膜纤维板剥脱术治疗慢性结核性脓胸疗效及不良反应的相关分析

王 勋 王永利 石自力 (湖南省胸科医院 湖南长沙 410013)

摘要: **目的** 探究胸膜纤维板剥脱术治疗慢性结核性脓胸的临床疗效及不良反应。**方法** 选取2012年1月—2015年8月在我院就诊的100例慢性结核性脓胸患者进行临床研究,随机分为观察组与对照组,各50例。观察组患者接受胸膜纤维板剥脱术进行治疗,对照组患者接受胸廓成形术治疗。观察对比两组患者的术中及术后情况,统计治疗效果及不良反应并进行分析。**结果** 观察组患者的手术时间及置留胸腔引流管时间、术中出血量、手术费用显著少于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$);临床疗效方面,观察组患者的治疗有效率明显高于对照组,具有统计学差异($P < 0.05$),并且不良反应率低于对照组($P < 0.05$)。**结论** 胸膜纤维板剥脱术治疗慢性结核性脓胸具有显著的临床疗效,有效缩短手术时间,降低术中出血量,减少手术费用,安全有效,可在临床中推广使用。

关键词: 胸膜纤维板剥脱术 慢性结核性脓胸 临床疗效 不良反应

中图分类号: R521 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2017)11-087-02

传统治疗慢性结核性脓胸的方法为胸廓成形术或脏壁层纤维板同时剥离手术。本文为探究胸膜纤维板剥脱术治疗慢性结核性脓胸的临床疗效及不良反应,抽取2012年1月—2015年8月在我院就诊的100例慢性结核性脓胸患者进行临床研究,取得满意效果,现详细报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

抽取2012年1月—2015年8月在我院就诊的100例慢性结核性脓胸患者进行临床研究,所有患者均接受胸部CT和体征检查确诊为慢性结核性脓胸。其中男性患者67例,女性患者33例,平均年龄43.2岁(Max54岁,Min37岁),其中局限性脓胸84例,全脓胸16例,合并肺结核92例,合并胸膜炎71例,合并支气管胸膜瘘3例。随机将患者分为观察组与对照组,两组患者在年龄、性别、病情等方面均无明显差别($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法

1.2.1 观察组手术方法: 观察组患者50例,接受胸膜纤维板剥脱术治疗,由外侧胸壁进入脓腔,洗净腔中的渗液和脓汁,随后用生理盐水冲洗干净后,用刮勺刮脓腔内壁,使用75%酒精纱布擦拭脓腔内壁,随后用生理盐水冲洗脓腔两次,接受脏层胸膜纤维板,对肺脏剥破处进行有效修补,待充分剥离脏层胸膜纤维板后“井”字切开一些无法剥离的脏层纤维板,用以肺复张。之后对壁层纤维板再次进行搔刮,尽量刮净壁层纤维板的钙化灶,其他部位的纤维板刮至白色纤维即可,白色纤维板有新鲜渗血则对胸腔进行冲洗3次,假如肺不能膨胀充盈,则继续进行粘连肺脏的分离,直到肺脏充满胸腔。如果还是无法达到目标,则改为胸廓成形术。

1.2.2 对照组手术方法: 对照组患者50例,接受胸廓成形术,肋骨分期切除,从上而下进行手术。一般情况切除肋骨的数目控制在一次3~4根,每根肋骨需切除足够长度,前端包括肋软骨,后端包括胸椎横突,向下将前端肋骨逐渐保留。

表1. 手术情况及费用对比

组别	例数	手术时间(min)	术中出血量(ml)	置留胸腔引流管时间(d)	手术费用(元)
观察组	50	225.1±100.4	465.2±100.4	5.4±1.8	1063.8±100.7
对照组	50	225.1±100.4	689.3±100.8	9.4±1.4	1543.1±100.8

2.2 治疗情况及不良反应情况对比

临床疗效方面,观察组患者的治疗有效率明显高于对照组具有统计学差异($P < 0.05$),并且不良反应率低于对照组($P < 0.05$)。详见表2、表3。

表2. 临床疗效对比(n/%)

组别	显效	有效	无效	有效率
观察组	27例	22例	1例	98.0%*
对照组	20例	14例	16例	68.0%

切除肋骨的根数要根据病变位置确定,一般要达到病变下两根。每期手术间隔2~3周,在对骨膜进行剥离、肋骨切除的过程中要注意保护壁层胸膜,避免受损,使血、气胸的发生率降至最低。若出现此类情况,需立即安置胸腔引流管。

1.3 术后处理及护理

在手术完成后的第一时间将医用棉垫或纱布团放置在胸壁软化区,外部用胸带包扎,对胸壁塌陷区进行有效保持,促进胸壁反复呼吸运动的极大减轻。患者要尽可能保持头颈、脊柱等正常姿位,以对头颈偏向健侧、术侧尖部抬高等畸形进行有效避免。与此同时,由于结核病灶仍然存在,因此可适当延长抗结核药物的治疗和疗效恢复期,定期进行痰菌、胸部摄片等,每2~3个月一次。

1.4 评价标准

显效: 经治疗后患者咳嗽、胸痛、胸闷、气促等症状消失,胸部CT显示胸廓塌陷、肋间隙消失,痰菌连续两次阴性,肺间不存在新病灶,拥有正常的血沉、闭合的空洞、稳定的原有病灶及良好的全身情况;**有效:** 经治疗后患者临床症状基本消失,实验室检查有好转,血沉、空洞、原有病灶有所好转及较好的全身情况;**无效:** 经治疗后患者临床症状无改变,实验室检查及全身情况均无改善。

1.5 统计学方法

本文数据均采用SPSS16.0软件处理,用例数、百分数(n,%)进行数据表示,组间数据用 χ^2 检验计数资料, $P < 0.05$ 具有统计学意义。

2 结果

2.1 手术情况及费用对比

观察组患者的手术时间及术后留置胸腔引流管的时间均少于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$);比较术中出血量及手术费用,观察组均少于对照组,具有统计学意义($P < 0.05$)。详见表1。

*注:与观察组对比,差异显著,具有统计学意义, $P < 0.05$ 。

表3. 不良情况对比(n/%)

组别	内出血	急性呼吸衰竭	胸膜漏气	感染	发生率(%)
观察组	1例	2例	1例	2例	12.0%*
对照组	3例	4例	2例	3例	24.0%

*注:与观察组对比,差异显著,具有统计学意义, $P < 0.05$ 。



3 讨论

慢性结核性脓胸患者多具有较长的病史、塌陷的患侧胸壁、变形的肋骨辐辏，体质消耗明显，肺组织受到长期压迫，脏层胸膜纤维板没有完全剥离，脏层膜破裂漏气，因此受压部位受到了很大程度的限制，容易引起术后肺膨胀。一旦出现合并肺内结合病灶则会造成更大的限制。

传统治疗慢性结核性脓胸的方法为胸廓成形术或脏壁层纤维板同时剥离手术。慢性结核性脓胸除了造成胸廓塌陷，还对胸廓呼吸造成限制，甚至由于胸腔内出血导致胸腔内凝固性血胸。胸廓成形术在术中需要大范围的剥离纤维板，术中出血量大，手术时间长，窗口大且术后并发症较多、术后自觉症状较重且手术费用高及应用范围小等缺点，因此胸膜纤维板剥脱术凭借其优势更多的被应用于临床，可有效缩短手术时间、减少手术费用及术中出血量，并且，适用范围广。

胸膜纤维板剥脱术主要具有：手术时间短，手术创伤轻、术中出血量少的优点，有效提高患者耐受力，扩大了手术的适用范围。仅需要满足第一秒肺活量和最大使用通气量达到1.0和40%以上即可进行手术；保留了增厚的壁层胸膜纤维板，可以促进术侧胸腔溶剂的缩小，可以有效充填胸腔空间，因此为术后肺膨胀充盈患侧胸腔提供了很好的前提条件，但是未成年应慎用；手术创伤小，失血最少，因此术后恢复快，手术费用少，从而有效降低了患者的经济负担等优点。此外还需加强对其适应症的掌握，正确进行手术。在进行手术治疗前，要对患者肌：器功能进行检查保证患者能够接受麻醉手术，并且患者肺内不可存在显著的活动性病灶。还需要确保患者的脏层纤维板被剥除后胸腔能够在肺膨胀的作用下有效充盈。

本次研究结果显示观察组患者的手术时间及术后留

置胸腔引流管的时间均少于对照组，差异具有统计学意义($P<0.05$)；比较术中出血量及手术费用，观察组均少于对照组，具有统计学意义($P<0.05$)。临床疗效方面，观察组患者的治疗有效率明显高于对照组，具有统计学差异($P<0.05$)，并且不良反应率低于对照组($P<0.05$)。与参考文献的研究结果相同，综合可知胸膜纤维板剥脱术可有效缩短手术时间、降低术中出血量，降低手术费用减轻患者的经济负担，临床应用范围广，可在临床中推广。

参考文献

- [1] 张恒, 钱如林. 胸膜纤维板剥脱术治疗慢性结核性脓胸的临床效果分析[J]. 中国实用医药, 2015, (1):52-53.
- [2] 于功惠, 赵晓婷. 胸膜纤维板剥脱术治疗慢性结核性脓胸手术时机的选择[J]. 现代诊断与治疗, 2014, (1):153-154.
- [3] 潘金香, 马燕霞. 胸膜纤维板剥脱术治疗慢性结核性脓胸的护理[J]. 医药前沿, 2012, 02(11):265-266.
- [4] 宁新忠, 夏照华, 王海江等. 胸膜纤维板剥脱术在慢性结核性脓胸中的应用效果及安全性分析[J]. 中国当代医药, 2014, (16): 181-182, 185.
- [5] 邱新生. 慢性结核性脓胸应用胸膜纤维板剥脱术治疗的临床评价分析[J]. 中国医疗前沿, 2012, (22): 34.
- [6] 张涛, 肖建军, 李庆华等. 电视胸腔镜辅助下行胸膜纤维板剥脱术治疗慢性脓胸36例[J]. 重庆医学, 2013, 42(15):1752-1753.
- [7] 赵纯. 老年慢性脓胸行胸膜纤维板剥脱术治疗方式的临床研究[J]. 中国医师进修杂志, 2014, 37(23):12-14.
- [8] 符治慧, 程宏宇. 胸腔镜小切口胸膜纤维板剥脱术治疗结核性脓胸的疗效及对心肺功能的影响[J]. 中国老年学杂志, 2015, (18): 5210-5211.

(上接第84页)

般包含取材、固定、脱水、包埋、切片、染色、封片等步骤，准确性高。定量病理技术属于病理学的范畴，也是研究病理的方法，它通过获取组织细胞的微观活体宏观图像数据对疾病的原因、机制、特征进行分析，从量化的角度去分析乳腺癌，通过染色测定分析DNA含量与倍体，最终得到肿瘤学的生物特性信息^[5]。本文研究数据表明，定量病理技术诊断淋巴结阴性乳腺癌的确诊率为96.92%，月经情况、肿瘤直径、肿瘤大小均是影响性因素，定量病理技术能够作为淋巴结阴性乳腺癌预后判断的手段。

综上所述，定量病理技术应用于淋巴结阴性乳腺癌方面的准确性高，值得在临床普及。

参考文献

- [1] 徐卫云, 陈立, 何生. 定量病理技术对腋淋巴结阴性乳腺癌

患者预后的判断[J]. 中华肿瘤杂志, 2003, 25(5):461-463.

- [2] 翁晓蓉. 浅析定量病理技术在诊断腋淋巴结阴性乳腺癌方面的应用价值[J]. 当代医药论丛, 2016, 1(13):123-124.
- [3] 侯建丽, 李彪, 于兴芳. 定量病理技术对腋淋巴结阴性乳腺癌患者治疗的疗效分析[J]. 世界最新医学信息文摘(电子版), 2015, 1(73):47-48.
- [4] 李颖嘉, 张雪林, 文戈. 声学造影对腋淋巴结阴性乳腺癌血管生成的定量检测及生物学行为相关性研究[J]. 中国医学影像学技术, 2007, 23(4):536-539.
- [5] 黄锐. 定量病理技术对腋淋巴结阴性乳腺癌患者预后的评估探讨[J]. 医学美容(中旬刊), 2015, 24(2): 40-40.
- [6] 王纯, 房世保, 杨宗利. 声触诊组织定量技术对乳腺癌浸润性导管癌定量分析及与病理相关性初步分析[J]. 中华临床医师杂志(电子版), 2015, 10(16): 3140-3142.

(上接第85页)

- [2] 袁平, 韩进, 戴梦昭. 浅探太极拳运动对络病证治的影响. 中国民族民间医药杂志, 2009, 5(4):53

- [3] 张宇, 任树军. 李勇强主任医师治疗骨伤科杂症经验点滴. 光明中医, 2010, 25(7):1135-1136

- [4] 朱毅, 李建兴, 李凝, 等. 太极拳对早期帕金森病运动控制的影响. 中国康复理论与实践, 2011, 17(4):355-358

- [5] Frazzitta G1, Maestri R, Ghilardi MF, et al. Intensive

rehabilitation increases BDNF serum levels in parkinsonian patients: a randomized study[J]. Neurorehabil Neural Repair, 2014, 28(2): 163-168.

- [6] Coelho FG, Gobbi S, Andreatto CA, et al. Physical exercise modulates peripheral levels of brain-derived neurotrophic factor (BDNF): a systematic review of experimental studies in the elderly[J]. Arch Gerontol Geriatr, 2013, 56(1): 10-15.

(上接第86页)

综上所述，微创引流术治疗在脑外伤硬脑膜外血肿患者来说更具有安全性和可靠性，大大减少了死亡率，缩短血肿吸收时间，在临床治疗中效果显著，值得在临床应用推广。

参考文献

- [1] 彭成. 颅骨钻孔双管引流治疗急性大量硬膜外血肿临床体会

[J]. 中国社区医师(医学专业), 2012, 14(34): 53.

- [2] 潘成年. 高血压性脑出血患者微创引流术后再出血的相关因素[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(7): 1758-1759.

- [3] 刘明红. 过程管理方法在高血压颅内出血患者微创引流术后护理中应用的效果评价[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(21): 32-33.