



电视胸腔镜手术肺叶切除术治疗肺结核的疗效及术后并发症研究

俸成钢 唐际富 唐中明 韦 鸣 张爱平

广西胸科医院腔镜外科 广西柳州 545005

【摘要】目的 分析电视胸腔镜手术肺叶切除术治疗肺结核的临床疗效,并对其术后并发症进行研究。**方法** 采用临床资料调查法,对我院2014年10月-2017年1月以来收治的586例肺结核患者行肺叶切除术的临床资料进行调查分析,随机从中选择136例作为研究对象,对照组68例采用常规开胸肺叶切除术治疗,观察组68例采用电视胸腔镜手术肺叶切除术治疗,临床观察两组患者的治疗效果。**结果** 观察组患者的并发症发生率5.88%(4/68)明显低于对照组患者的并发症发生率26.47%(18/68),两组数据差异显著,具有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 电视胸腔镜手术肺叶切除术治疗肺结核的临床疗效确切,具有较高的安全性、有效性、可行性,且能够有效减少并发症发生率,值得临床推广应用。

【关键词】 电视胸腔镜手术;肺叶切除术;肺结核;治疗;临床疗效

【中图分类号】 R655.3 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561(2017)02-076-02

肺结核是严重威胁人类健康的传染性疾病,该疾病通过呼吸道传播,每年约有300万人死于该疾病,全球对其统计数据显示,其位居单一传染病致死率之首。结核病的疫情严重,尤其并发支气管扩展、肺曲菌病、慢性肺源性心脏病等。对于患者而言,实施手术治疗是根治该疾病,避免因咳血和心肺功能衰竭而死亡的主要原因。本研究以我院68例行不同方法治疗该疾病的患者作为研究对象,具体报告如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料

采用临床资料调查法,对我院2014年10月-2017年1月以来收治的586例行单操作孔电视胸腔镜手术肺叶切除术患者的临床资料进行调查分析,随机从中选择136例作为研究对象,所有患者均符合《实用医学》的诊断标准,均表现有不同程度的结核病全身症状,其中以低热、盗汗、乏力、失眠、消瘦、月经失调和闭经等;咳嗽、咳痰、咳血、胸痛、呼吸困难等。对照组患者68例,男患者37例,女患者31例,年龄38—73岁,平均年龄(62 ± 1.25)岁。观察组男患者36例,女患者32例,年龄36—69岁,平均年龄(59 ± 1.75)岁。两组患者的临床资料差异不明显,不具有统计学意义,没有可比性($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

对照组68例采用常规开胸手术肺叶切除术治疗,观察组68例采用电视胸腔镜手术肺叶切除术治疗,临床观察两组患者的治疗效果。

电视胸腔镜手术肺叶切除术操作方法:术前经胸部X线、胸部CT及支气管镜相关检查,对病变组织进行分析定位,讨论决定手术的方法和切除范围,术前对患者心肺功能进行合理评估,确保无可能发生术后心脏类疾病,伴其他疾病者先治疗后再确定手术时间,结核患者术前均规则抗结核治疗控制活动性结核。

主要手术步骤是:术前行支气管内麻+吸入方法,手术时间根据患者实施手术部位和实施难度不等控制在35分钟—5小时,在电视胸腔镜视域下将患者病变组织及其周边组织全部切除,尤其以单操作孔处理时,避免伤及血管。对术中的包膜残留,一定要以电刀烧灼,避免术后复发。术后将患者送至重症监护室,及时观察术后患者生命体征,术后均正规抗结核治疗和抗生素预防感染治疗。开胸手术肺叶切除术治疗手术操作步骤大致与电视胸腔镜手术肺叶切除术患者一致,严格手术禁忌症。

1.3 手术适用证和禁忌症

1.3.1 手术适用证:空洞型肺结核患者由于受巨大空洞影响,对肺组织和周围纤维破坏较多,且由于胸膜粘连,经药物支持治疗无愈合的可能;肺结核引起的支气管扩张或狭窄患者;肺干酪病灶;毁损肺;合并大咯血。

1.3.2 手术禁忌症:无明显绝对禁忌症,相对禁忌症主要包括全身症状较重者即活动性肺结核患者,儿童和70岁以上老人,呼吸功能不全患者或合并其他肝肾功能不全患者,心脏病患者等。

1.4 疗效评定

将临床疗效分为治愈、好转、并发症发生三等级。治愈:患者临床症状、体征全部消失,意识清楚,无其他并发症等;好转:患者的临床症状及体征有所缓解,机体恢复较为明显;无效:患者临床症状及体征无变化,并发感染。总有效率为治愈率加显效率。

1.5 统计学分析

本次调查所有数据均采用软件SPSS20.0进行统计分析,两组患者的临床疗效均采用%表示,用t检验,当 $P<0.05$ 时,表示两组数据差异具有统计学意义。

2 结果

观察组患者的并发症发生率5.88%(4/68)明显低于对照组患者的并发症发生率26.47%(18/68),两组数据差异显著,具有统计学意义($P<0.05$),详见下表1所示:

表1 两组患者的临床疗效比较(n%)

组别	例数	治愈	好转	并发	总有效
对照组	68	12 (17.65)	38 (55.88)	18 (26.47)	50 (73.53)
观察组	68	30 (44.12)	34 (50.00)	4 (5.88)	64 (94.12)
t	/	11.741	8.410	9.621	8.145
P	/	0.001	0.021	0.012	0.036

3 讨论

3.1 肺结核病因及临床特点

肺结核是我国目前最为严重传染性疾病,尤其是一些乡镇地区和多发区。我国“十三五”防治肺结核病规划指出,肺结核是严重危害人民群众身体健康的重大传染病之一。在过去的十年间,全国肺结核的发病患者427万,成功治疗和控制量在85%。尽管如此,目前我国的肺结核患者仍然给国家发展带来严重负担。从其发病机理来讲,该疾病主要是排菌的肺结核患者,通过呼吸道传播给易感人群的结果,尤其多发于小儿和老年人。肺结核患者临床表现为咳嗽、咳血、咳痰、胸痛、呼吸困难,甚至伴随有全身性的症状。以低于38.5℃的腋下温度,且有的患者并没有全身性的症状,患者表现为睡醒后出汗不止。

3.2 肺结核的临床治疗

肺结核患者的初次治疗主要以药物为主,复治或久治不愈患者必要时可通过手术治疗措施加以巩固和根治。肺结核的临床治疗上,有效抗结核的药物问世,减少了肺结核的手术率。但是在取得特殊成效的同时,需要手术切除的病例也不在少数,手术是治疗和根治肺结核复发的主要因素。

3.3 电视胸腔镜手术肺叶切除术治疗肺结核的临床疗效



上述研究表明,观察组患者的并发症发生率 5.88% (4/68) 明显低于对照组患者的并发症发生率 26.47% (18/68), 两组数据差异显著, 具有统计学意义。对于肺结核患者而言, 实施必要的胸腔镜手术治疗, 是挽救生命, 解决痛苦的有效治疗方法, 也是切实提高生活和生存质量的显示。我院开展的胸腔镜肺叶切除术治疗肺结核的临床疗效确切, 且比开胸手术肺叶切除术治疗肺结核组拥有更少的并发症发生率。这从临床实践来看, 对我院下一步的临床治疗和护理工作而言, 将是更深层次的进步, 从远期效果来看, 治疗和应用该手术治疗, 切除患者病变肺叶, 实现患者结核消解, 具有积极的引导意义和价值, 从深层次来看, 是我院手术治疗工作中, 取得临床治疗价值的体现。电视胸腔镜手术治疗必须做好体位选择, 和孔径选择, 以及合理选择操作孔大小, 才外在手术严格适用症情况下, 实现对暴露组织的全方位切除, 尤其要注意切除中, 避免碰触血管, 以免延长手术时间, 增加术中风险。

我院开展多孔胸腔镜手术对结核患者的治疗, 同时也多次尝试单操作孔和单孔全胸腔镜状态下开展相对简单或复

杂度小的胸外科手术, 且在我院肺结核患者的治疗中取得了较理想的效果。

综上所述, 电视胸腔镜肺叶切除术治疗肺结核的临床疗效确切, 具有较高的安全性、有效性、可行性, 且能够有效减少并发症发生率, 值得临床推广应用。

参考文献:

- [1] 蒋连勇, 王明松, 李国庆等. 单操作孔完成全胸腔镜肺癌完全切除 329 例经验报告 [J]. 临床肺科杂志, 2015, (6):1006-1008
- [2] 袁源, 谭群友, 王如文等. 单操作孔胸腔镜与辅助小切口肺叶切除治疗早期 NSCLC 的疗效分析 [J]. 重庆医学, 2014, (12):1431-1433
- [3] 王云. 胸腔镜下不同术式肺叶切除术治疗早期 NSCLC 的手术效果对比研究 [J]. 临床肺科杂志, 2016, (2):327-331
- [4] 李辉, 黄文峰, 李明珠等. 单操作孔电视胸腔镜肺叶切除术治疗肺结核的临床疗效研究 [J]. 解放军医药杂志, 2016, 28(6):58-61

(上接第 73 页)

外针对表现出缺血威胁的患者, 此种方法对于患者的血管扩张可以加以有效促进, 可以将患者的心率速度加以有效减缓, 可以将相关代谢与患者心脏前后负荷有效降低, 进而将患者的心肺功能加以有效改善, 并且可以防止因为疼痛刺激最终导致患者出现心血管合并症的情况。

综上所述, 对冠心病患者开展非手术治疗工作期间, 需要依据冠心病患者的具体表现以及治疗方法合理进行麻醉方法的选择, 确保对于手术过程中患者的血流动力学稳定等可以进行有效维持, 从而优化冠心病治疗效果。

参考文献:

- [1] 刘子嘉, 许力, 于春华等. 高龄冠心病患者行非心脏手术的围术期心脏事件危险因素分析 [J]. 中国医学科学院学

报, 2015, 37(5):541-548.

- [2] 曲歌, 许力, 于春华等. 术前血清超敏 C 反应蛋白对冠心病患者非心脏手术围术期心脏事件的预测作用 [J]. 基础医学与临床, 2012, 32(12):1406-1410.

- [3] 李莉, 余剑波, 张圆等. 针刺辅助全身麻醉对冠心病患者行非心脏手术时应激反应的影响 [J]. 临床麻醉学杂志, 2012, 28(10):950-953.

- [4] 田树平, 李春平, 吴芳等. 多排螺旋 CT 冠状动脉造影在中、高危险度非心脏手术术前排除冠心病的价值 [J]. 中国医学科学院学报, 2014, 36(3):255-260.

- [5] 许力, 于春华, 姜晶梅等. 七氟醚对老年冠心病患者非心脏手术血流动力学及心肌缺血事件的影响 [J]. 基础医学与临床, 2013, 33(5):567-571.

(上接第 74 页)

用, 运动还能增强心肺功能, 使小血管的弹性增强, 患者的免疫力以及抵抗力均能得到不同程度的增加^[4]。但对于残疾军人来说, 最缺乏的就是运动量, 长期的静坐或久卧, 使得其引发了较多的并发症, 从而增加患 2 型糖尿病的几率。从本文研究中也可见, 在残疾军人中, 2 型糖尿病的发病率远远高于常人 ($P < 0.05$)。在 2 型糖尿病的治疗中, 甘精胰岛素、门冬胰岛素、诺和灵 R、诺灵 N 为常用治疗药物, 其能有效的控制患者的血糖, 使之长期保持在平稳状态下, 并且用药的安全性高、半衰期长, 获得了较多医护人员以及患者的肯定^[5]。从本文研究中也可见, 经过治疗后, 12 名 2 型糖尿病残疾军人的血糖、胰岛 β 细胞功能指标与治疗前相比, 差异较大, 且 $P < 0.05$, 具有统计学意义。

综上所述, 在残疾军人当中由于重度残疾, 自主活动的

减少, 2 型糖尿病的发病率明显增高, 可使用甘精胰岛素、门冬胰岛素、诺和灵 R、诺灵 N 进行强化治疗, 其效果显著, 值得临床推广应用。

参考文献:

- [1] 曲爱民, 张吉敏. 门冬胰岛素联合甘精胰岛素治疗糖尿病的临床疗效观察 [J]. 中国现代医生, 2015, 53 (15): 73-74.
- [2] 沙开香. 睡眠时间与 2 型糖尿病发病风险的关系 [J]. 吉林医学, 2016, 37 (04): 848-849.
- [3] 黄承洲. 2 型糖尿病患者血糖控制效果的影响因素分析 [J]. 实用心脑血管病杂志, 2014, 22(11): 118.
- [4] 高钰洵, 田小草, 张东峰, 等. 糖尿病发病高危人群的转归相关因素研究 [J]. 当代医学, 2013, 19(36): 29.
- [5] 宿建芳, 康文娟. 糖尿病肾病早期诊断生物学标志物研究进展 [J]. 中国药物与临床, 2016, 16 (10): 1453-1454.

(上接第 75 页)

40mg, 地塞米松 5mg, 维生素 B121mg, 生理盐水加至 20ml。

银质针导热治疗按治疗部位, 让患者采取适宜体位, 局部充分暴露, 定位, 常规消毒后, 铺无菌巾, 用 1% 利多卡因表面麻醉后, 选用长度适宜的银质针进行直刺、斜刺, 直达骨面, 获得针感, 银质针针柄端连接电子巡检仪加热, 设定适宜温度加热, 20min 后停止加热, 针身冷却后起针, 针眼消毒, 敷上消毒的纱布, 休息 20min 无不良反应即可离院。

布针方案: 腰部, 髂后上棘内侧缘与髂嵴后 1/3 肌附着处, 沿骨盆、髂嵴缘弧形布针 2 行, 针距为 1.0 ~ 1.5cm, 每

行约为 6 ~ 8 枚针即可, L3-S1 棘突旁椎板处, 及骶骨背面沿棘突旁 1.0 ~ 2.0cm 直线布针 2 行, 针距为 1.0 ~ 1.5cm, 每行约为 5 ~ 6 枚垂直进针, L2-4 横突处每处布针 2 枚, 横向斜刺至横突背面及末端。臀部, 臀中、小肌髂骨翼附着处, 12 枚分 3 行直刺达骨膜。坐骨大孔内上缘 8 枚分 2 行向前上斜刺达骨膜。股骨转子间窝 8 枚分 2 行向前下斜刺达关节囊。髂后下棘与骶髂关节外缘 8 枚分 2 行内前方斜刺达骨膜。按上述部位分次治疗, 一周一次, 同一部位不重复治疗。

第一次治疗后患者症状明显缓解, 3 周后腰腿部症状消失, 行动自如。嘱其休息, 适当功能锻炼。