

经纤支镜大容量肺泡灌洗治疗尘肺的疗效观察

蒋跃文

祁阳县人民医院 湖南永州 426100

[摘要] 目的 研究经纤支镜大容量肺泡灌洗治疗尘肺的疗效。**方法** 选取 2015 年 6 月-2017 年 1 月尘肺患者 68 例随机分两组。常规组采用常规的方法进行治疗, 肺泡灌洗组在常规组基础上给予经纤支镜大容量肺泡灌洗治疗。比较两组患者尘肺治疗总有效率; 治疗前后胸痛、呼吸困难、咳嗽症状积分; 治疗前和治疗后患者肺功能指标的差。结果 肺泡灌洗组患者尘肺治疗总有效率高于常规组, $P < 0.05$; 治疗前两组胸痛、呼吸困难、咳嗽症状积分比较无显著差异, $P > 0.05$; 治疗后肺泡灌洗组胸痛、呼吸困难、咳嗽症状积分改善幅度更大, $P < 0.05$ 。治疗前两组肺功能指标比较无显著差异, $P > 0.05$; 治疗后肺泡灌洗组肺功能指标改善幅度更大, $P < 0.05$ 。**结论** 经纤支镜大容量肺泡灌洗治疗尘肺的疗效确切, 可有效改善患者病情, 促进其临床症状的缓解, 改善患者肺功能水平, 效果确切, 值得推广。

[关键词] 纤支镜; 大容量肺泡灌洗治疗; 尘肺; 疗效

[中图分类号] R563.1

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2017) 01-149-02

尘肺是常见职业病, 是职业活动中因有害粉尘长期吸入所致肺纤维化。尘肺患者可出现胸痛、咳嗽和呼吸困难等症状, 在经常规治疗后症状无明显好转, 本研究对经纤支镜大容量肺泡灌洗治疗尘肺的疗效进行分析, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2015 年 6 月-2017 年 1 月尘肺患者 68 例随机分两组。所有患者均符合尘肺诊断标准^[1], 均知情同意本次研究, 无活动性肺结核, 无肺灌洗禁忌。肺泡灌洗组患者男 30 例, 女 4 例; 31-56 岁, 年龄 (45.34±2.77) 岁。常规组患者男 29 例, 女 5 例; 31-57 岁, 年龄 (45.12±2.15) 岁。两组一般资料差异不显著, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

常规组采用常规的方法进行治疗, 入院后均给予吸氧、祛痰、抗感染、免疫调节剂、止咳等治疗。

肺泡灌洗组在常规组基础上给予经纤支镜大容量肺泡灌洗治疗。术前完善检查, 了解患者肺部情况, 并嘱咐患者术前 4 小时避免进食, 给予 2% 丁卡因、2% 利多卡因口服进行咽喉部局麻。灌洗前采用咪达唑仑联合芬太尼静脉麻醉, 咪达唑仑 60 岁以下成年患者的初始剂量为 (0.03-0.05) mg/kg, 于操作开始前 (5-10) min 给药, 静脉给药应缓慢, 约为 1 mg/30s; 若操作时间延长, 必要时可追加 1mg, 但使用总量不宜超过 5mg。年龄超过 60 岁的患者, 咪达唑仑用量应酌减。成人患者联合芬太尼时, 宜分次给予芬太尼 (1-2) μ g/kg, 可明显提高患者耐受程度。采取仰卧位, 使用高频呼吸机辅助通气 (重症患者则使用内窥镜面罩联合无创呼吸机辅助通气), 给予心电监护仪监测生命体征及血氧饱和度, 并经右侧鼻腔将纤支镜插入至气管, 先将其经 CT 定位在有阴影肺叶各段支气管开口处, 并将 37℃ 含有 2g 乙酰半胱氨酸生理盐水溶液反复灌洗, 回收灌洗液, 每段每次灌洗注入 50ml 生理盐水, 总共灌洗 300-400ml, 每侧肺一次灌洗 3000-4000ml, 间隔 2 天灌洗另一侧, 第三次是间隔 2-3 天灌洗双肺, 确保回收量达到 60% 以上。最后留取灌洗液进行检验, 1 个疗程灌洗 3 次, 治疗周期共 3 个疗程。

1.3 观察指标

比较两组患者尘肺治疗总有效率; 治疗前后胸痛、呼吸困难、咳嗽症状积分; 治疗前和治疗后患者肺功能指标的差。

显效: 症状完全消失, X 线胸片检查肺部炎症明显吸收, 痰液细菌转阴, 体温正常; 有效: 症状改善, X 线胸片检查肺部炎症部分吸收, 体温降低; 无效: 症状、体温、X 线胸片情况均无改善。尘肺治疗总有效率为显效、有效之和^[2]。

1.4 统计学处理方法

SPSS18.0 软件统计, 计数资料为 χ^2 检验。计量资料为 t 检验。 $P < 0.05$ 说明差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者尘肺治疗总有效率相比较

肺泡灌洗组患者尘肺治疗总有效率高于常规组, $P < 0.05$ 。如表 1。

表 1 两组患者尘肺治疗总有效率相比较 [例数 (%)]

组别	显效	有效	无效	总效率
常规组	17	8	9	25 (73.53)
肺泡灌洗组	22	11	1	33 (97.06)
χ^2				7.503
P				0.006

2.2 治疗前和治疗后肺功能指标比较

治疗前两组肺功能指标比较无显著差异, $P > 0.05$; 治疗后肺泡灌洗组肺功能指标改善幅度更大, $P < 0.05$ 。如表 2。

表 2 治疗前和治疗后肺功能指标相比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时期	FVC (L)	FEV1 (L)
肺泡灌洗组	治疗前	1.51±0.47	0.91±0.21
	治疗后	1.79±0.71**	1.45±0.59**
常规组	治疗前	1.51±0.46	0.91±0.21
	治疗后	1.62±0.48 [#]	1.13±0.34 [#]

注: 与治疗前相比较, # 表示 $P < 0.05$; 与常规组治疗后相比较, * 表示 $P < 0.05$

2.3 两组患者治疗前后胸痛、呼吸困难、咳嗽症状积分相比较

治疗前两组胸痛、呼吸困难、咳嗽症状积分比较无显著差异, $P > 0.05$; 治疗后肺泡灌洗组胸痛、呼吸困难、咳嗽症状积分改善幅度更大, $P < 0.05$ 。见表 3。

表 3 两组患者治疗前后胸痛、呼吸困难、咳嗽症状积分相比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时期	胸痛	呼吸困难	咳嗽
肺泡灌洗组	治疗前	2.41±0.34	2.46±0.12	2.21±0.36
	治疗后	0.12±0.02**	0.21±0.05**	0.26±0.01**
常规组	治疗前	2.42±0.33	2.45±0.31	2.22±0.31
	治疗后	1.41±0.29 [#]	1.52±0.14 [#]	1.45±0.21 [#]

注: 与治疗前相比较, # 表示 $P < 0.05$; 与常规组治疗后相比较, * 表示 $P < 0.05$

3 讨论

尘肺患者是因长期吸入大量粉尘所致, 多数粉尘吸入后在细支气管和肺泡中滞留, 被肺泡巨噬细胞不断吞噬。采用经纤支镜大容量肺泡灌洗治疗可有效将存留于肺部的有害粉尘以及炎性细胞清除, 还可清除致炎因子、巨噬细胞、致纤维化因子等, 有利于缓解患者临床症状, 促进肺脏功能的改善, 延缓尘肺病变进展^[3-4]。采用经纤支镜大容量肺泡灌洗治疗灌洗量大, 可彻底灌洗, 减少治疗次数, 缩短住院时间, 且无需进行全身麻醉, 在患者清醒的情况下进行灌洗, 安全性高, 术后并发症少, 可减轻患者痛苦, 缓解气促、咳嗽和呼吸困难等临床症状^[5-6]。

本研究中, 常规组采用常规的方法进行治疗, 肺泡灌洗组在常规组基础上给予经纤支镜大容量肺泡灌洗治疗。结果显示, 肺泡灌洗组患者尘肺治疗总有效率高于常规组, $P < 0.05$; 治疗前两组胸痛、呼吸困难、咳嗽症状积分比较无显著差异, $P > 0.05$; 治疗后肺泡灌洗

(下转第 153 页)

生的风险。在根管治疗后前磨牙的修复治疗过程中,以桩折断或脱粘接为主,可再次修复;但在玻璃纤维桩结合烤瓷全冠修复后,粘接层容易出现渐进性破坏,伴随着不同程度的微渗漏和细菌侵袭,导致牙体组织丧失,引起根尖炎、根管侧穿或继发龋^[4]。在本研究中,在修复体失败类型中,可再次修复的类型以桩脱落、嵌体折断及冠、嵌体脱落为主,而不可再次修复的类型以根尖炎、根管侧穿及继发龋为主;进一步佐证上述观点。

本试验中,以前磨牙作为观察对象,使用铸造陶瓷高嵌体修复根管治疗后前磨牙,对比磨牙的优点更显著,其中前磨牙的牙体组织较小,更需要充足的牙体预备保持相应的牙体抗力;此外,磨牙负担的咬合力较大,铸造陶瓷高嵌体发生折断的可能性较大。相对玻璃纤维桩结合烤瓷全冠修复,铸造陶瓷高嵌体修复作为美观实用的牙体缺损修复方法,可显著减少对健康牙体组织的剔除量,长期疗效好。刘薇丽^[5]等研究指出,铸造陶瓷高嵌体修复范围广泛,修复效果确切,可明显减少继发龋的发生。通过铸造陶瓷高嵌体修复根管治疗后前磨牙,既可避免桩预备可能引发的并发症,还可减少牙冠部的牙体预备。此外,在铸造陶瓷高嵌体修复治疗过程中,以粘接获得固位为主,可进一步降低对牙齿轴壁高度的限制。由本研究表 1 可知,在 4 年观察期结束后,经 χ^2 检验,观察组与对照组轻度、重度缺损患牙的成功率、

存活率差异均无统计学意义 ($P > 0.05$);提示铸造陶瓷高嵌体修复根管治疗后前磨牙的 4 年临床疗效确切,患牙的成功率、存活率均较高;与王玉善^[6]等的研究相一致。

综上所述,铸造陶瓷高嵌体修复根管治疗后前磨牙的 4 年临床疗效确切,患牙的成功率、存活率均较高,可保留余牙体组织,修复效果显著。

[参考文献]

- [1] 李智,高承志,许永伟等.铸造陶瓷高嵌体修复根管治疗后前磨牙的 3 年临床效果观察[J].华西口腔医学杂志,2015,09(3):263-266.
- [2] 肖艳,崔云,廖先昱等.铸造陶瓷高嵌体修复根管治疗后前磨牙的 3 年疗效观察[J].全科口腔医学电子杂志,2015,2(12):3-5.
- [3] 孙铸坚.铸造陶瓷高嵌体修复治疗后前磨牙 3 年的临床效果体会[J].中国卫生标准管理,2015,14(28):54-55.
- [4] 刘薇丽,随丽娜.嵌体与桩核冠修复不同程度缺损前磨牙残冠效果分析[J].中国实用口腔科杂志,2016,9(5):274-277.
- [5] 刘薇丽,李镭,随丽娜等.高嵌体、桩核冠修复邻牙合(Ⅱ类)洞前磨牙残冠临床效果对比分析[J].中国医疗美容,2016,6(1):55-59.
- [6] 王玉善,周屹立.玻璃陶瓷高嵌体和金属全冠修复根管治疗后下颌前磨牙的抗折强度[J].上海口腔医学,2015,24(3):311-314.

(上接第 148 页)

PFNA 内固定,两者皆具有各自的优点。但对于骨质疏松严重、不稳定的粗隆间骨折、需尽早下地的高龄患者,建议选择人工股骨头置换术,但实际临床中,往往以患者及家属的选择为准。

[参考文献]

- [1] 王虎,尹芸生.老年股骨粗隆间骨折患者死亡的相关危险因素[J].中医临床研究,2016,29(3):420-423.
- [2] 李明辉,刘洋,王彩民,等.PFNA-II 与人工股骨头置换治疗老年 31-A2 型股骨粗隆间骨折的对比研究[J].中华临床医师杂志:电子版 2014(17):3197-3201.

(上接第 149 页)

组胸痛、呼吸困难、咳嗽症状积分改善幅度更大, $P < 0.05$ 。治疗前两组肺功能指标比较无显著差异, $P > 0.05$;治疗后肺泡灌洗组肺功能指标改善幅度更大, $P < 0.05$ 。

综上所述,经纤支镜大容量肺泡灌洗治疗尘肺的疗效确切,可有效改善患者病情,促进其临床症状的缓解,改善患者肺功能水平,效果确切,值得推广。

[参考文献]

- [1] 叶绍色,葛宪民,邹伟明等.纤维支气管镜肺叶灌洗治疗尘肺病的并发症分析[J].中华劳动卫生职业病杂志,2012,30(6):462-464.
- [2] 李兴纪.支气管肺泡灌洗治疗尘肺合并肺部感染 39 例分析[J].

子版 2014(17):3197-3201.

- [3] 薛金伟,戴富强,姜源涛,等.人工股骨头置换与防旋型股骨近端髓内钉治疗高龄稳定型股骨粗隆间骨折的疗效比较[J].中国老年学杂志,2016,36(2):401-403.
- [4] 徐立.老年股骨粗隆间骨折 PFNA 固定与人工股骨头置换手术治疗对比观察[J].中国疗养医学,2016,25(11):1153-1155.
- [5] 孙友强,邵敏,何伟,等.人工关节置换与内固定修复老年股骨转子间骨折的 Meta 分析[J].中国组织工程研究,2016,20(13):1954-1960.

山东医药,2014,54(1):86-88.

- [3] 朱丽莎,廖江荣,姜蓬等.纤支镜下较大容量肺叶灌洗治疗煤工尘肺临床体会[J].航空航天医学杂志,2016,27(8):976-978.
- [4] 缪荣明,赵锐,邵志燕等.小容量肺灌洗治疗矽肺 21 例疗效观察[C].//全国职业病临床治疗与职业健康管理专题研讨会论文集.2012:91-93.
- [5] 杨澄清,王娅,李佺等.电焊工尘肺误诊为血行播散性肺结核 3 例分析[J].临床肺科杂志,2014,19(4):758-759.
- [6] 李国锋,刘新峰,耿素亚等.纤支镜在肺灌洗支气管插管定位中的作用[C].//2014 年尘肺病预防与治疗国际研讨会论文集.2014:176-177.

(上接第 150 页)

体而言,仍然具有一定的借鉴价值。

[参考文献]

- [1] 邓燕华,周慧,邓宁星.H 型高血压患者口服马来酸依那普利叶酸片预防脑卒中疗效观察[J].中国现代药物应用,2014,21:111-113.
- [2] 蒋新华,丁益忠,张承花,等.马来酸依那普利叶酸片与依那普利片治疗 H 型高血压的疗效对比研究[J].中外医学研究,2015,

15:50-51.

- [3] 胡晖,许兆延,岑锦明,等.马来酸依那普利叶酸片治疗 H 型高血压的效果[J].广东医学,2015,18:2899-2901.
- [4] 毛华盛,杨梅红,季兵,等.马来酸依那普利叶酸片治疗 H 型高血压的临床分析[J].中国医药指南,2013,22:117-118.
- [5] 金伟,卢振兴.不同剂量叶酸联合降压药治疗 H 型高血压的临床对比分析[J].中外医疗,2016,23:117-118.

(上接第 151 页)

提高患者生活质量,具有推广价值。

[参考文献]

- [1] 杨剑波.Miles 术后会阴伤口处理和肠造口康复治疗的观察[J].广西医学,2011,19(4):506-507.
- [2] 徐复国,王霞,田若银,宗成元.Miles 术会阴伤口处理和肠造口康复治疗的探讨[J].腹部外科,2010,19(2):85-86.
- [3] 郭胜利,杨红,王耿泽.Miles 术会阴伤口处理和肠造口康

治疗的探讨[J].临床医学,2015,10(19):75.

- [4] 赵晓光,黄国雨,晏鹰,王奎海,王宏伟.Miles 术会阴切口处理和肠造口康复治疗的探讨[J].海军医学杂志,2014,12(1):41-42.
- [5] 钱小兰,谢玲女,陈亚萍,洪小芳.特殊情况下低位直肠癌患者术后会阴部伤口的护理[J].护理学报,2010,19(1):43-44.
- [6] 陈梅,邓燕萍,郑云钦,林佳.10 例 miles 术后会阴部切口开放患者的护理[J].齐齐哈尔医学院学报,2014,19(20):2950-2951.