

单孔法胸腔镜肺大疱切除术治疗自发性气胸患者的作用分析

伍明¹ 王文^{2*}

1 湖南省人民医院 2 湖南师范大学附属第一医院 410005

【摘要】目的 探究单孔法胸腔镜肺大疱切除术治疗自发性气胸的临床疗效。**方法** 以我院2016年3月-2017年8月期间接诊的78例单侧自发性气胸患者为研究对象,使用随机数字表法将其分为对照组、研究组,均39例,其中对照组采取双孔法胸腔镜肺大疱切除术,而研究组则采取单孔法胸腔镜肺大疱切除术,现比较两组治疗效果。**结果** 治疗后,研究组术后引流量少于对照组,差异有显著性($P < 0.05$);研究组术后VAS评分低于对照组,差异有显著性($P < 0.05$);研究组引流管留置时间短于对照组,差异有显著性($P < 0.05$);经过为期0.5年的随访,发现两组均未出现复发现象。**结论** 对自发性气胸患者予以单孔法胸腔镜肺大疱切除术,对其术后早期恢复起到了积极的促进作用。

【关键词】 自发性气胸;胸腔镜肺大疱切除术;单孔法;效果**【中图分类号】** R655.3**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1672-0415 (2018) 11-15-02

自发性气胸为常见病症,且多见于青年男性,与肺大疱破裂密切相关,通常采取三孔胸腔镜下肺大疱切除术予以治疗,以达到延缓病情目的^[1]。随着医疗技术的进一步完善,双孔法、而被提出,并被广泛用于胸外科临床,但难以达到良好的预期效果。在这一背景下,本次研究以自发性气胸为例,对其施行单孔胸腔镜肺大疱切除术,如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以自发性气胸为例,共纳入78例,选自我院2016年3月-2017年8月,均为单侧原发性气胸,经CT检查,可见肺压缩5%-100%,且排除肺结核、巨型肺大疱、精神障碍、肝肾功能不全、造血系统疾病,向患者介绍本次研究内容,并指导签署知情同意书。依照数字表法可将其随机分为对照组39例,男女比例30:9,年龄18-45岁。研究组39例,男女比例30:9,年龄18-45岁。经比较,得知两组基本情况(年龄、性别等)比较差异无显著性($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 术前准备

术前完成常规临床检查,如心电图、生化指标、凝血常规等,及时排除其他疾病。

1.2.2 手术方法

研究组采取单孔法胸腔镜肺大疱切除术,如下:①硬膜外麻醉,常规消毒、铺洞巾;②在患侧第4肋间腋前线、腋中线交叉处取单一切口(2-3cm),切开皮肤组织,显露胸腔,对于胸腔粘连者,使用电刀、钛夹等工具对其予以处理,胸壁切口充分止血,加以置入切口保护套;③术前CT检查,未观察到明显肺大疱者,则对其下叶背段、上叶的尖部予以探查,确定肺大疱破口,必要情况下,进行试水,以明确漏气部位;④使用无齿卵圆钳夹提起大疱基底部,为塑形做好准备,与此同时,在同一切口处置入内镜切割缝合器,使其紧贴卵圆钳下方,以便夹闭已塑形处肺组织,切除肺大疱;⑤继续查看其他部位,针对不同情况予以对症处理,如较小肺大疱,则采取钛夹夹闭、电凝烧灼等干预;无肺大疱,且尚未确定漏气部位者,则采取肺尖部切除术,以及胸膜固定术等干预措施;⑥彻底止血,冲洗术腔,检查有无漏气,确定效果满意,即可常规置胸腔引流管;⑦切除肺组织,并将其送至病理科;⑧待患者完全恢复意识,即可送至病房,继续行多功能心电监护。

对照组采取双孔法胸腔镜肺大疱切除术,如下:①硬膜外麻醉,常规消毒、铺洞巾;②在患侧第4肋间腋前线取一切口(1.5-2.5cm),即操作孔;在患侧第6/7肋间腋中线取一切口(1.5cm左右),即观察孔,由此置入胸腔镜;③手术结束后,以观察孔为主,置胸腔引流管;④按照研究组,完成其余操作。

1.2.3 术后处理

按医嘱,常规抗感染治疗,加以叮嘱患者出院后定期随访复查。

1.3 观察指标

比较两组术后恢复情况,并对两组随访6个月的复发率进行统计。

疼痛评价标准:以视觉模拟评分法(VAS)为工具,分值范围为0-10分;即分值越高,疼痛越重,两者呈正比。

1.4 统计学分析

以软件SPSS24.0为工具,计量资料表示为“ $\bar{x} \pm s$ ”,以t检验;计数资料表示为“n(%)”,以 χ^2 检验。 $P < 0.05$,说明差异有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组术后恢复情况

治疗后,研究组术后恢复情况(术后VAS评分及引流管留置时间、引流量等)优于对照组,差异有显著性($P < 0.05$),见表1。

表1: 比较两组术后恢复情况 [$(\bar{x} \pm s)$]

组别 (n=例数)	术后引流量 (mL)	引流管留置时间 (d)	术后VAS评分 (分)
对照组(n=39)	311.0 $\pm$ 41.3	4.63 $\pm$ 1.25	4.85 $\pm$ 0.73
研究组(n=39)	163.1 $\pm$ 23.5	2.75 $\pm$ 0.60	2.61 $\pm$ 0.61
t值	19.438	8.468	14.705
P值	0.000	0.000	0.000

2.2 比较随访6个月的复发率

随访6个月期间,两组均未出现复发现象。

3 讨论

自发性气胸,在呼吸内科临床上极为常见,共分为两种类型,即原发性气胸、继发性气胸,前者主要以青年男性为好发群体,据统计,所有自发性气胸中,其发病率为72%;后者多见于成年人及老年人群。近些年,自发性气胸发病率逐渐增高,对患者机体健康产生极大负性影响,严重时,可危及患者生命安全。以往临床治疗通常采取三孔胸腔镜手术,但仍有部分术后患者出现切口疼痛及感觉异常等症状,主要与切口多、肋间神经受损严重、术中出血量高等原因有关。随着研究的深入分析,发现二孔法(观察孔、操作孔)在自发性气胸治疗中的应用效果与三孔法相当,且创伤小、神经损伤小,但术后疼痛问题依旧未解决。鉴于此,部分研究学者提出了单孔法胸腔镜下肺大疱切除术,并将其用于治疗自发性气胸,取得了令人满意地效果。

本组结果得出,研究组术后恢复情况较对照组优($P < 0.05$),且两组随访6个月期间均无复发,可见,单孔胸腔镜下肺大疱切除术在自发性气胸治疗中具有一定的可行性、有效性,现对其优势进行如下总结:①单孔胸腔镜下肺大疱切除术仅一个孔,因此,术后瘢痕小,能够满足患者对美观度的要求;②在1

* 通讯作者: 王文

[4] 罗森, 孟忠吉, 龚作炯. 糖皮质激素治疗乙肝病毒相关慢加急性肝衰竭前期及早期的疗效观察 [J]. 中西医结合肝病杂志, 2018(2):112-113.

[5] 翟兴菊. 小剂量糖皮质激素治疗 HBV 相关慢加急性肝衰竭的效果和安全性 [J]. 临床医药实践, 2017, 26(8):570-573.

表 2: 存活组和死亡组的临床指标和实验室指标对比

参数	死亡组	存活组	t	P
例数	24	52	/	/
性别 (男 / 女)	4/20	12/40	0.152	0.637
肌酐	77.03±28.79	60.85±22.36	5.329	0.015
白蛋白	31.67±5.33	34.12±4.34	0.186	0.065
胆碱酯酶	3135.23±1487.85	3239.72±1825.76	0.012	0.724
总胆红素 (基线)	202.73±143.25	203.12±142.39	0.024	0.325
总胆红素 (3 周时)	378.62±154.75	233.45±147.63	7.163	0.001
甲胎蛋白	120.74±162.02	278.23±305.26	5.427	0.023
MELD 评分	20.15±7.46	17.91±6.13	0.143	0.254
国际标准化比值	2.08±0.74	2.11±0.73	0.324	0.631
丙氨酸氨基转移酶	1086.63±962.12	989.87±733.58	0.247	0.528
肝性脑病	7	5	0.016	0.078
肝硬化	10	13	0.304	0.167
肝肾综合征	5	0	4.279	0.002
原发性腹膜炎	17	5	5.856	0.001
低钾血症	5	6	0.623	0.257
低钠血症	5	7	0.465	0.362

(上接第 15 页)

个肋间取切口进行手术, 即可减轻术后疼痛; ③术后疼痛轻, 便于促进肺复张, 进而减少肺间质渗出液, 降低术后引流量, 缩短引流管留置时间, 加速患者康复进程^[2]。结合本次研究及临床经验, 笔者认为在开展单孔腹腔镜下肺大疱切除术时, 应注意以下事项: ①暴露手术视野时, 注意全方位观察, 以免出现盲区; ②根据术中具体情况及工作经验, 适当调整观察孔位置, 避免出现器械之间的相互干扰现象^[3]。

综上, 在自发性气胸患者治疗中应用单孔法胸腔镜肺大疱切除术, 疗效确切, 且无复发率, 利于患者尽早恢复正常的工作、生活,

值得大力宣传、使用。

参考文献

- [1] 景瑞军, 陈鑫, 王智. 胸腔镜联合胸膜机械摩擦胸膜腔闭锁术治疗自发性气胸患者的临床效果 [J]. 西部医学, 2016, 28(3):379-381.
- [2] 徐光, 单孔法与双孔法胸腔镜肺大疱切除术治疗自发性气胸的效果比较 [J]. 中国当代医药, 2017, 24(8):40-42.
- [3] 刘熙元, 豆亚伟, 田伟, 等. 单孔法、两孔法与三孔法胸腔镜肺大疱切除术临床对比分析 [J]. 陕西医学杂志, 2017, 46(2):175-177.

(上接第 16 页)

彻底晾干患者用柔软的小毛巾轻轻擦干, 否则在冻结时冰袋和冰袋会结在一起, 分开困难; 2. 当冰袋在使用时粘有灰尘或者污迹, 可以用清水或者温水将其表面洗擦干净, 晾干后再使用。

3.5 降温时机的选择

寒颤期 (体温上升期) 机体产热大于散热, 体温骤升时常伴有寒颤、皮肤苍白、四肢湿冷, 此期不宜物理降温, 应注意保暖; 持续高热期散热与产热相对平衡, 皮肤血管从收缩转为舒张, 血

流量增加, 此期使用物理降温效果好。^[3]

参考文献

- [1] 崔焱. 护理学基础 [M]. 北京: 人民出版社出版, 2001, 349-350.
- [2] 欧小云, 杨燕, 王慧. 对肺炎发热病人高热的两种降温方法的效果比较 [J]. 实用护理杂志, 2003, 19(2): 15.
- [3] 姜安丽. 新编护理学基础 [M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2012.

(上接第 17 页)

阴侧切和会阴自然裂伤对盆底功能的影响 [J]. 广东医学, 2013, 34(05):738-740.

[2] Maryam K. The Impact of Physiologic and Non-Physiologic Delivery on the Mother and Neonate Outcomes; A Comparative Study on the Primi Gravida Mothers [J]. Journal of Family & Reproductive Health, 2015, 29(31):137-138.

[3] 李洪伟. 初产妇分娩时会阴侧切和会阴自然裂伤对盆底功

能的影响 [J]. 世界最新医学信息文摘: 连续型电子期刊, 2015, 15(A12):147-148.

[4] Leeman L, Rogers R, Borders N, et al. The Effect of Perineal Lacerations on Pelvic Floor Function and Anatomy at 6 Months Postpartum in a Prospective Cohort of Nulliparous Women [J]. Birth, 2016, 26(15):163-164.

[5] 张曼丽, 王沪湘. 初产妇经阴道分娩时会阴侧切和自然裂伤对盆底功能障碍的影响 [J]. 医学临床研究, 2014, 29(18):1476-1477.