

凝固性血胸行电视胸腔镜单操作孔手术的疗效及安全性

罗 化

长沙市中心医院心胸外科 湖南长沙 410004

【摘要】目的 研究凝固性血胸实施电视胸腔镜单操作孔手术的疗效和安全性。**方法** 选择我院心胸外科在2016年4月-2019年4月接收的凝固性血胸患者50例作为观察对象,随机将患者分为观察组25例及对照组25例。为对照组患者实施常规开胸手术,为观察组使用电视胸腔镜单操作孔手术治疗,对比两组患者的治疗效果和安全性。**结果** 对照组患者和观察组患者的手术时间分别为(121.2±12.6)min、(65.3±10.2)min,表示观察组患者的手术时间短与对照组($p < 0.05$);对照组患者的术中出血量为(191.2±12.5)ml,观察组患者的术中出血量为(131.2±15.1)ml,明显观察组患者术中出血量少于对照组($p < 0.05$);对照组患者引流时间及镇痛时间为(4.1±1.1)min、(3.2±2.6)min,观察组患者的引流时间及镇痛时间为(2.4±1.3)min、(2.2±1.1)min,明显观察组患者引流时间和镇痛时间比对照组短,数据差异具有统计学意义($p < 0.05$);对照组患者与观察组患者的住院时间分别为(15.4±5.2)d、(8.0±2.1)d,观察组患者的住院时间比对照组要短($p < 0.05$)。**结论** 使用电视胸腔镜单操作孔手术治疗凝固性血胸,能够提高手术时间,降低术中出血量,缩短住院时间,效果良好,并且无明显并发症,值得临床推广使用。

【关键词】 凝固性血胸;电视胸腔镜;单操作孔;安全性

【中图分类号】 R655

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672-0415 (2019) 09-018-02

因为胸部创伤患者在逐渐提高,凝固性血胸是一种较为常见的并发症。在手术技术和器械外科不断提高的过程中,电视胸腔镜手术已经成为现代胸外科中的主要手术方式,其不需要切开肋骨,并且不会影响到呼吸肌,手术过程中的出血量比较小,手术之后的恢复时间较短^[1]。基于此,本文就对凝固性血胸进行电视胸腔镜单操作孔手术的效果和安全性全面分析,现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院在2016年4月-2019年4月收治的50例凝固性血胸患者作为观察,将患者随机分为对照组和观察组各25例。患者血流动力学状态和生命体征都较为平稳,排除无法接受凝固性血胸清理患者和生命体征不平稳的患者。患者均为闭合性胸外伤,胸片和胸部CT为中等量之上积液,胸部CT表示胸腔中具有大量纤维素、血凝块。其中对照组有15例男性患者,10例女性患者;患者年龄为17-75,平均年龄为(45.3±4.3)岁。观察组有13例男性患者,12例女性患者;患者年龄为15-75,平均年龄为(43.3±4.0)岁。

1.2 方法

对照组患者实施开胸手术治疗,为患者进行单腔气管插管全麻,部分患者使用后外侧切口,部分患者使用前外侧切口,将患者胸腔中的血凝块及积血进行清除,剥离患者胸腔中纤维膜及纤维板,放置引流之后逐层将胸部切口进行缝合^[2]。

观察组患者实施电视胸腔镜单操作孔手术治疗,使患者为健侧卧位,使用双腔气管进行插管,腋中线的第七肋间进行1cm的切口进行观察,放置胸腔镜对胸腔进行观察,第4肋间

腋前线做2cm切口进行操作,放置吸引器将胸腔中的积液进行吸完,对胸腔粘连和是否出现活动性出血进行观察,使用电凝钩或者超声刀松解胸腔中的粘连带,必要的时候使用钛夹钳进行止血^[3]。肺裂伤患者使用4Proline线进行连续缝合。肺挫伤严重患者在将血凝块清除之后局部漏气,使用直线切割闭合器切除肺楔形,脏层胸膜的表面覆盖纤维膜或者纤维板的时候肺不张,利用卵圆钳通过小纱布和吸引器剥除,直至肺能够完全的复张,使用大量的生理盐水对胸腔进行冲洗,鼓肺没有明显的漏气,通过观察孔放入一根胸管^[4]。

1.3 统计学分析

利用SPSS20.0统计学软件对本文数据进行处理,计数资料使用%表示,通过 χ^2 进行检验,利用 $\bar{x} \pm s$ 表示计量资料,通过t进行检验,数据差异具有统计学意义表示 $p < 0.05$ 。

2 结果

观察组与对照组两组患者的手术时间分别为(65.3±10.2)min、(121.2±12.6)min,说明观察组患者手术时间比对照组短($p < 0.05$);对照组患者的术中出血量为(191.2±12.5)ml,观察组患者的术中出血量为(131.2±15.1)ml,明显观察组患者术中出血量比对照组少($p < 0.05$);对照组患者引流时间及镇痛时间为(4.1±1.1)min、(3.2±2.6)min,观察组患者的引流时间及镇痛时间为(2.4±1.3)min、(2.2±1.1)min,明显观察组患者引流时间和镇痛时间比对照组短($p < 0.05$);观察组患者的住院时间为(8.0±2.1)d,对照组患者的住院时间为(15.4±5.2)d,明显观察组患者的住院时间短与对照组($p < 0.05$),详见表1:

表1: 两组患者的治疗效果对比

组别	例数	手术时间/min	术中出血量/ml	引流时间/min	住院时间/d	镇痛时间/min
对照组	25	121.2±12.6	191.2±12.5	4.1±1.1	15.4±5.2	3.2±2.6
观察组	25	65.3±10.2	131.2±15.1	2.4±1.3	8.0±2.1	2.2±1.1

两组患者均没有出现再次出血,出院之前复查胸片表示没有出现大量积液,也并没有出现纤维胸、脓胸和胸内积液等并发症。

3 讨论

胸部创伤之后大部分都具有胸内积血,如果没有及时对其进行处理,就能够发展成为创伤性凝固性血胸,其主要原

因为胸腔的出血量较大,出血的时间比较短,或者因为积血无法及时的排除,提高了患者肺部感染的机率,并且还具有一定的危险性,对循环及呼吸系统造成了影响。早期手术对凝血性血胸进行清除具有重要的意义^[5]。传统开胸检查具有较大的床上,并且具有一定的并发症,术后疤痕对美观造

(下转第20页)

愈、效果明显、相对有效、基本无效。完全痊愈：患者的症状完全消失，皮疹消退结痂，未出现新皮疹；效果明显：症状基本消失，皮疹消失七成以上，糜烂面未出现溃烂漏液基本干燥，未出现新皮疹；相对有效：症状偶发，皮疹消失五成左右，糜烂面好转无扩散痕迹，未出现新皮疹；基本无效：没有改变或改变过小，皮疹消失极少部分，且出现，未出现新皮疹。治疗方案的总有效率为：效果明显与完全痊愈的例数之和在总有例数中的占比。（2）对于两组患者的临床治疗痊愈时间进行记录观察，主要针对于患者的发热消退时间、

皮疹痊愈时间、肝肾功能恢复时间等方面进行比较。

1.4 统计分析

使用 SPSS20.0 软件做统计学分析，计量资料用 t 检验，计数资料用卡方检验， $P < 0.05$ 两组数据差异显著。

2 结果

2.1 两组患者治疗效果与指标对比

治疗完成后，研究组 40 例患者的治疗总有效率明显优于对照组患者的治疗总有效率，数据差异具有统计学意义，组间具有可比性（ $P < 0.05$ ），具体数据见表 1。

表 1：两组患者治疗效果与指标对比（n、%）

组别	n	完全痊愈	效果明显	相对有效	基本无效	总有效率
研究组	40	20 (50.0)	10 (25.0)	5 (12.5)	5 (12.5)	35 (87.5)
对照组	40	13 (32.5)	6 (15.0)	4 (10.0)	17 (42.5)	23 (57.5)
t	-	2.527	1.250	0.125	9.028	9.028
P	-	> 0.05	> 0.05	> 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2 两组患者的临床症状消失时间对比

治疗完成后，研究组 40 例患者的临床症状消失时间明显

较对照组 40 例患者要短，数据差异具有统计学意义，组间具有可比性（ $P < 0.05$ ），具体数据见表 2。

表 2：两组患者的临床症状消失时间对比（d）

组别	n	发热消退时间	黏膜皮疹痊愈时间	躯干四肢皮疹痊愈时间	肝肾功能恢复时间
研究组	40	2.5±0.5	12.7±2.5	18.7±1.1	13.7±0.9
对照组	40	3.7±0.7	16.3±2.1	27.5±1.6	16.7±1.5
t	-	8.822	6.973	28.664	10.846
P	-	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

3 讨论

在临床医学中，通过不同的给药方式使得药物进入体内，从而引发皮肤黏膜出现炎症的情况称之为药疹。由于个人体质的不同，目前所有的药物均不能排除诱发药疹的可能。有相关文献指出，抗生素类、解痉止痛类、磺胺类药物引发药疹的风险最大^[5]。该症状本身属于一种过敏反应，一般治疗要首先对于原致敏药物进行停用，随后要加速体内药物的排出，出现严重过敏反应的患者要及时采用大量糖皮质激素类药物如甲泼尼龙进行静脉输注。本次研究中的丙种球蛋白是一种人血浆制剂^[6]，含有较高浓度的各种特异性抗体，能在短时间内迅速提高血液中的抗体水平，中和抗原，进一步对于病情的发展进行控制。

综上所述，针对于重症药疹患者而言，采用丙种球蛋白进行治疗能够有效提升患者的临床治疗效果，缩短治疗周期，值得临床推广与应用。

参考文献

- [1] 谭张龙. 丙种球蛋白治疗重症药疹的疗效分析[J]. 中国医药导刊, 2017, 13(12):14-17.
- [2] 陈民. 大剂量丙种球蛋白对重症药疹的疗效分析[J]. 医学信息, 2016, 28(2):145-148.
- [3] 汪小柳. 糖皮质激素联合丙种球蛋白对重症药疹患者 TNF- α 表达水平的影响[J]. 医学理论与实践, 2016, 25(5):136-137.
- [4] 汪小柳, 刘志军. 糖皮质激素联合丙种球蛋白对重症药疹患者 N-乙酰基转移酶活性的影响[J]. 中国社区医师, 2017, 34(12):310-311.
- [5] 苏比努尔·色提尼牙孜, 何玉红. 大剂量丙种球蛋白联合甲基强的松龙治疗重症药疹临床观察护理评价[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 16(8):21-23.
- [6] 汪小柳. 糖皮质激素联合丙种球蛋白对重症药疹患者 TNF- α 表达水平的影响[J]. 医学理论与实践, 2018, v.31(8):1119-1120.

（上接第 18 页）

成了影响。电视胸腔镜单操作孔手术被广泛应用到手术疾病诊断治疗过程中，其切口较小，能够降低手术之后的切口疼痛和手术疤痕，并且手术时间较短，和传统开胸手术相比具有一定的优势。

在实际操作过程中，凝固性血胸主要是将胸腔中血凝块进行清除，之后使用生物盐水进行冲洗，观察是否出现活动性出血。如果解剖结构不清楚，就要避免钝性分离，如果清除血凝块之后大血管出血，就要及时止血，将出血吸尽之后观察。总而言之，电视胸腔镜单操作孔手术创伤较小，并且恢复较快，住院时间较短^[6]。

综上所述，使用电视胸腔镜单操作孔手术治疗凝固性血胸，能够提高手术时间，降低术中出血量，缩短住院时间，效果良好，并且无明显并发症，值得临床推广使用。

参考文献

- [1] 王斌, 田惠民, 国欣涛, 等. 单操作孔胸腔镜手术治疗凝固性血胸的临床观察[J]. 河北联合大学学报(医学版), 2013, 15(3):384-385.
- [2] 唐广松, 杨峰, 莫立显, 等. 单操作孔电视辅助胸腔镜手术治疗凝固性血胸 14 例临床分析[J]. 临床外科杂志, 2015(6):474-475.
- [3] 谢骏, 魏小东, 王志华. 单操作孔胸腔镜手术治疗凝固性血胸 12 例[J]. 创伤外科杂志, 2014, 16(2):153-153.
- [4] 杨小光. 单操作孔胸腔镜手术治疗凝固性血胸的临床观察[J]. 临床研究, 2016, 24(10):101-102.
- [5] 陈国祥, 华平, 陈炬, 等. 电视胸腔镜单操作孔与双操作孔对自发性气胸疗效观察[J]. 医学研究杂志, 2014, 43(10):162-163.
- [6] 梅加林, 殷德福, 高飞, 等. 单操作孔电视辅助胸腔镜手术治疗凝固性血胸效果观察[J]. 大家健康旬刊, 2016, 10(7):114-114.