

肺大泡切除不同胸膜固定术对患者术后生活质量的影响

张汉江

(湖北省老河口第一医院 441800)

摘要: 目的: 研究肺大泡切除不同胸膜固定术对患者生活质量的影响效果。方法: 选择 2021 年 1 月至 2023 年 1 月期间我院收治的 60 例肺大泡切除术患者, 按照随机数字表法分组, 对照组采取红霉素法进行胸膜固定治疗, 观察组采取胸膜剥脱术进行胸膜固定治疗, 比较两组患者治疗总有效率; 手术指标 (术中出血量、镇痛剂用量、胸管引流量、胸腔引流时间、术后住院时间); 治疗前后生活质量评分; 并发症发生率。结果: 观察组治疗总有效率和对照组相比 ($P > 0.05$); 观察组镇痛剂用量、胸管引流量、胸腔引流时间、术后住院时间少于对照组 ($P < 0.05$), 两组患者术中出血量比较 ($P > 0.05$); 治疗前, 两组患者生活质量评分比较 ($P > 0.05$), 治疗后, 观察组患者生活质量评分高于对照组 ($P < 0.05$); 两组患者并发症发生率比较 ($P > 0.05$)。结论: 肺大泡切除术中通过胸膜剥脱术进行胸膜固定, 可改善手术指标以及生活质量, 安全性高, 值得推广。

关键词: 肺大泡切除术; 胸膜固定术; 生活质量; 手术效果

肺大泡属于胸外科中的急症, 常因为末梢支气管发生炎症性病变更引发, 一旦肺大泡发生破裂, 则会使患者发生气胸, 若情况严重, 则会对患者的生命安全造成威胁^[1]。肺大泡切除术属于现代临床中的新型微创手术, 广泛应用于肺大泡的治疗中, 其治疗优势包括: 术后患者可以用力咳嗽, 降低肺膨胀不良等并发症的发生率。但相关研究可以发现^[2]: 肺大泡切除术实施后, 仍然有一部分患者会发生气胸。根据临床实践可以发现^[3]: 在肺大泡切除术后实施胸膜固定术治疗, 可有效预防气胸。目前, 临床中一般会采用机械法或者化学法进行胸膜固定术, 但何种方法效果更加优秀尚存争议。本文, 作者选择 2021 年 1 月至 2023 年 1 月期间我院收治的 60 例肺大泡切除术患者, 旨在分析肺大泡切除术中机械法和红霉素法的应用效果, 现做出如下阐述。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2021 年 1 月至 2023 年 1 月期间我院收治的 60 例肺大泡切除术患者按照随机数字表法分组, 对照组采取红霉素法进行胸膜固定治疗, 观察组采取胸膜剥脱术进行胸膜固定治疗, 一般资料见表 1。

表 1 两组患者的一般资料比较情况 ($\bar{X} \pm s$) [n (%)]

组别	例数	年龄段 (岁)	平均年龄	男性患者	女性患者
观察组	30	18-70	48.35 ± 7.16	19	11
对照组	30	18-70	48.16 ± 7.09	18	12
χ^2/t	-		0.103		0.071
P	-		0.918		0.791

纳入标准: ①临床资料无缺失; ②确诊为肺大泡; ③符合肺大泡切除术适应症; ④知情本研究且同意参与;

排除标准: ①伴气胸、哮喘; ②伴肺气肿; ③伴传染性疾病; ④伴精神病; ⑤对麻醉药物存在过敏史。

1.2 方法

肺大泡切除术: 通过全身麻醉, 作双腔管气管置管麻醉, 构建健侧单肺通气管路, 患者术中保持侧卧位, 在其腋中线的第 7、第 8 肋间作 2cm 的腔镜孔, 在腋前线和锁骨中线的第 4、第 5 肋间作 4cm 的操作孔, 在肩胛线旁第 5 肋间作 2cm 的辅助操作孔, 通过腔镜观察, 若其胸腔发生粘连, 则需要先将其进行松解, 并进行止血, 确认肺大泡的位置, 将其从操作孔拉出, 然后在基底处将肺大泡切除, 通过张肺检查, 确认残端是否发生漏气, 若有, 则需要使用丝线进行缝合。

对照组: 红霉素法进行胸膜固定治疗: 5ml 注射用水+1g 红霉素+50ml 的生理盐水, 将混合注射液注入胸腔中, 翻转肺叶, 保证脏层胸膜可以和注射液大面积相接触, 五分钟后置留胸管引流, 通

过电视胸腔镜的帮助将胸腔关闭。

观察组: 胸膜剥脱术进行胸膜固定治疗: 使用电凝棒适当的烧灼肋骨表层的壁层胸膜, 使用无菌纱布对壁层胸膜进行多次摩擦剥离, 观察是否存在出血, 若有, 则需要使用电凝止血, 常规置留胸管进行引流, 通过电视胸腔镜的帮助将胸腔关闭。

1.3 观察指标

①治疗总有效率;

②手术指标 (术中出血量、镇痛剂用量、胸管引流量、胸腔引流时间、术后住院时间);

③治疗前后生活质量评分;

④并发症发生率。

1.4 统计学处理

采用 SPSS20.0 统计学软件, 其中均数+标准差 ($\bar{X} \pm s$) 用来表示计量资料, 通过计算 t 值进行验算, 率 (%) 用来表示计数资料, 通过计算 χ^2 进行验算。

2. 结果

2.1 治疗总有效率比较

观察组治疗总有效率和对照组相比 ($P > 0.05$), 见表 2;

表 2 治疗总有效率比较[n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	30	22	7	1	29 (96.7)
对照组	30	22	6	2	28 (93.3)
χ^2	-	-	-	-	0.351
P	-	-	-	-	0.554

2.2 手术指标比较

观察组镇痛剂用量、胸管引流量、胸腔引流时间、术后住院时间少于对照组 ($P < 0.05$), 两组患者术中出血量比较 ($P > 0.05$), 见表 3;

表 3 手术指标比较 ($\bar{X} \pm s$)

组别	例数	镇痛剂用量 (mg)	胸管引流量 (ml)	胸腔引流时间 (d)	术后住院时间 (d)	术中出血量 (ml)
观察组	30	156.98 ± 63.58	204.65 ± 60.37	2.91 ± 1.13	4.49 ± 1.05	118.65 ± 28.71
		281.65 ± 73.19	262.43 ± 75.51	3.79 ± 1.46	5.35 ± 1.09	119.71 ± 27.97
t	-	7.043	3.274	2.611	3.112	0.145
P	-	0.000	0.000	0.012	0.003	0.885

2.3 生活质量评分比较

治疗前, 两组患者生活质量评分比较 ($P > 0.05$), 治疗后, 观察组患者生活质量评分高于对照组 ($P < 0.05$), 见表 4;

表4 生活质量评分比较 ($\bar{X} \pm s$) (分)

组别	例数	精神健康		精力		一般状况		躯体功能	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	30	67.53 ± 3.84	86.32 ± 4.79	73.56 ± 4.25	87.68 ± 6.89	69.82 ± 4.53	89.82 ± 5.03	71.56 ± 3.98	92.65 ± 4.18
对照组	30	67.94 ± 3.96	71.52 ± 4.36	72.98 ± 4.16	80.13 ± 6.23	69.13 ± 4.58	79.68 ± 4.98	71.03 ± 4.16	83.35 ± 4.12
t	-	0.407	12.515	0.534	4.452	0.587	7.846	0.504	8.679
P	-	0.685	0.000	0.595	0.000	0.560	0.000	0.616	0.000

表4 (续)

组别	例数	生理职能		社会功能		情感功能		生理功能	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	30	63.35 ± 4.16	85.66 ± 4.52	65.98 ± 4.51	86.35 ± 4.49	70.35 ± 3.61	90.35 ± 3.84	72.32 ± 3.91	92.18 ± 3.65
对照组	30	63.29 ± 4.09	72.65 ± 4.19	65.86 ± 4.56	75.19 ± 4.08	70.46 ± 3.68	79.35 ± 3.91	72.16 ± 3.64	78.35 ± 3.46
t	-	0.056	11.562	0.102	10.075	0.117	10.994	0.164	15.062
P	-	0.955	0.000	0.919	0.000	0.907	0.000	0.870	0.000

2.4 并发症发生率比较

两组患者并发症发生率比较 (P > 0.05), 见表5。

表5 并发症发生率比较[n (%)]

组别	例数	肺不张	胸前包裹性积液	肺部感染	发生率
观察组	30	1	1	1	3 (10.0)
对照组	30	2	1	1	4 (13.3)
X ²	-	-	-	-	0.162
P	-	-	-	-	0.688

3. 讨论

电视胸腔镜肺泡切除术的优势包括: 手术切口小、出血量少、术后康复速度快, 通过肺大泡切除术治疗, 不会严重损伤患者的呼吸肌, 故无法严重影响患者的呼吸功能以及排痰工作^[4], 同时, 还可以降低术后疼痛, 促进改善临床症状, 故使患者的生活质量得到有效提升。但根据临床不完整的研究可以发现^[5]: 大约有三分之一实施肺大泡切除术治疗后的患者, 在术后会产生气胸反应。

胸膜固定术的应用, 能够将脏层粘连壁层胸膜, 进而将胸膜腔进行封闭, 打破气胸的解剖基础, 从而使肺大泡切除术后漏气的发生率大大降低, 避免患者发生术后气胸、肺不张、肺部感染等相关并发症^[6]。但不同胸膜固定术的应用效果存在一定差异。机械法以及化学法属于肺大泡切除术中的两种常用胸膜固定术, 其能够有效降低气胸发生率, 但以上两种方法均有各自优缺点^[7]。采取胸膜剥脱术治疗, 其优势是术中可对壁层胸膜进行适当烧灼, 并对其进行摩擦, 能够将胸壁脏层胸膜打破, 导致局部纤维渗出, 还会发生粘连, 对胸膜进行有效固定, 且创伤性小, 缺点就是可能会使胸腔渗出量增加^[8]。红霉素法中应用的红霉素属于临床中常用抗生素, 其具有较强的刺激性, 向胸腔中注入高浓度的红霉素, 胸膜表面积增加, 可以和药液充分接触, 通过药物的刺激作用, 导致脏壁层胸膜发生化学性炎症反应, 进而产生粘连作用^[9]。但其缺点是^[10]: 红霉素作用在胸膜表面时, 胸膜发生粘连后, 会产生明显的胸痛反应, 术后患者的疼痛程度会有所增加, 因而会降低其舒适度, 并且疼痛的刺激会导致患者不敢咳嗽, 使肺不张、肺部感染等并发症发生率

大大增加, 对术后康复相对不利。除此之外, 红霉素能够增加炎症因子水平, 会使胸腔发生反应性渗血, 进一步将胸前包裹性积液的发生率大大增加^[11]。

有学者研究发现^[12]: 在肺大泡切除术后通过机械法进行胸膜固定, 可降低患者的疼痛程度, 使其生活质量提升, 整体临床效果优于红霉素法。本研究结果表明: 观察组治疗总有效率和对照组相比 (P > 0.05); 观察组镇痛剂用量、胸管引流量、胸腔引流时间、术后住院时间少于对照组 (P < 0.05), 两组患者术中出血量比较 (P > 0.05); 治疗后, 观察组患者生活质量评分高于对照组 (P < 0.05); 两组患者并发症发生率比较 (P > 0.05)。本文结果和上述学者的结果大致相符。值得注意的是, 机械法导致的粘连和红霉素法相比, 更加容易分离, 可以降低二次手术难度。但机械法的首次实施难度更高。

综上所述, 肺大泡切除术后应用机械法进行胸膜固定, 其固定效果、生活质量改善效果均优于红霉素法, 值得推荐。

参考文献:

[1] 崔建国, 宗国宾, 孙长星, 刘永刚, 肺大泡切除不同胸膜固定术对患者术后生活质量的影响[J]. 安徽医学, 2020, 41(10):1233-1235.

[2] 徐灵雪, 肺大泡切除后不同胸膜固定术对术后疼痛与生活质量的影响分析[J]. 临床研究, 2016, 24(11):180-181.

[3] Ali G . Effects of Nursing Guidelines on Postoperative Complications and Quality of Life in Patients Undergoing Bariatric Surgeries[J]. Tanta Scientific Nursing Journal, 2019, 17(2):99-122.

[4] 黄颖初, 马日新, 黎观漩, et al. 胸腔镜下肺大泡切除术联合胸膜固定术治疗青少年自发性气胸的疗效观察[J]. 临床医学工程, 2021, 28(5):561-562.

[5] 郭权威, 杨建宝, 付鹏, 钟承华, 况军, 颜峻, 谭剑峰, 张建华, 胸腔镜下肺大泡切除缝扎术联合壁层胸膜剥脱胸膜固定术与单纯胸腔镜下肺大泡切除缝扎术治疗原发性自发性气胸患者的疗效比较研究[J]. 实用心脑血管病杂志, 2020, 28(9):110-114.

[6] 贾宗晓, 胸腔镜下肺大泡切除术联合胸膜固定术治疗青少年自发性气胸的疗效观察[J]. 中国科技期刊数据库医药, 2022(12):44-46.

[7] 张名文, 邓江波, 吴家宝, 等. VATS下肺大泡切除术后脏层胸膜覆盖与胸膜固定对比分析[J]. 中国现代药物应用, 2018, 12(7):48-49.

[8] 孔敏, 马德华, 李晓东, 等. 胸腔镜单纯胸膜固定与肺大泡切除治疗高龄 COPD 并顽固性气胸患者的近期疗效比较[J]. 中国现代医生, 2017, 55(1):36-39+43.

[9] 钟庆安, 钟彦波, 姚艳, 等. 胸腔镜辅助小切口肺大泡切除术对患者术后恢复及疼痛的影响[J]. 基层医学论坛, 2018, 22(19):2746-2747.

[10] 彭勇, 张广云, 江振强, 等. 胸腔镜肺大泡切除术对气胸患者术后 VAS, GQOL-74 评分的影响[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志, 2020, 15(4):452-455.

[11] 江章贵, 单孔与两孔胸腔镜肺大泡切除术对自发性气胸患者术后疼痛程度及复发率的影响[J]. 当代医学, 2021, 27(30):53-55.

[12] Gupta U , Upadhyay M K , Sharma R . Assessment of health-related quality of life in cancer patients undergoing treatment using Health Utilities Index (HUI-3)[J]. Indian journal of cancer, 2022, 59(4): 540-547.