

分析外科手术治疗慢性结核性脓胸的临床治疗效果

王 伟

新疆伊犁哈萨克自治州新华医院,新疆 伊犁 835000

【摘要】 目的 探究采取外科手术方式对慢性结核性脓胸患者的临床疗效。方法 将 2018 年 2 月—2021 年 2 月收治的慢性结核性脓胸患者(样本观察例数为 30 例)视为主要观察对象,均自愿采取外科手术疗法,探索研究其临床治疗效果。结果 在 30 例患者中,采取胸膜纤维板剥脱手术患者有 19 例,6 例进行了胸廓成形术,5 例患者进行了胸膜肺切除术,治疗总有效率为 96.67%(29/30)。结论 医师结合患者的实际情况选择针对性外科手术方式,具有较好的临床效果,为当前临床上治疗慢性结核性脓胸最有效的手段,在临床上值得推荐。

【关键词】 外科手术;慢性结核性脓胸;临床疗效;胸膜纤维板剥脱术

近年来,随着环境变化和社会群众的自身原因,全球的结核疾病发生率又呈现回溯的趋势,同时,结核性脓胸疾病也呈现增生发展,当前,对于结核性脓胸疾病最主要方式多为外科手术治疗,搭配化疗,目的是消除脓胸,改善并恢复患者的肺功能,以此达到减少胸廓畸形的作用。结核性脓胸为结核菌入侵到胸腔所造成的一种化脓性感染疾病,结核菌可通过肺结核在肺表面破溃处进入到胸腔,或者通过胸椎表面的胸膜破入到胸腔^[1]。也可能为淋巴管道或血液循环等进入到胸腔引发的脓胸,临床治疗该病,首先,需要针对结核杆菌药物展开全身治疗,再根据患者的实际情况采取手术对症治疗^[2]。因为结核性脓胸在治疗上比较复杂,因此,对于外科手术方式的选择尤为关键,可以直接关系到患者的治疗效率和预后的生活质量。通常在临床上通过积极对症治疗后多数患者可治愈,但是因为慢性结核性脓胸疾病进展情况较为复杂,在临床治疗环节中需结合患者具体状况选择恰当的手术疗法加以治疗,以此来提高治疗效率^[3]。本研究对慢性结核性脓胸中应用外科手术进行临床疗效分析,现将报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 在我院 2018 年 2 月—2021 年 2 月期间,收治慢性结核性脓胸患者 30 例进行研究分析。纳入标准:①入院患者的临床症状均呈现不同程度的纳差、咳嗽、咳痰等;②对研究内容、研究目的、手术方式等有关内容均表示知情,享有全部知情权,自愿与本院签署《患者知

情协议书》;③本研究已经过我院伦理委员会审批通过。排除标准:①临床资料缺失;②凝血功能障碍和其他器质性病变;③严重性神经疾病或中途退出者。其中男 16 例,女 14 例,年龄 16~53 岁,平均年龄(38.42±5.23)岁,病变位置:右侧胸腔 17 例,左侧胸腔 13 例。

1.2 方法 结合患者的实际情况择取针对性手术方式。在手术前给予常规的抗痨对症治疗,所有患者均进行痰涂片以及痰结核菌培养进行检测,对于肝肾功能正常患者给予乙胺丁醇、左氧氟沙星等药物对症治疗,对于耐药性患者可以根据药敏结合来选取敏感药物。

胸廓成形手术:这类手术主要应用在合并性肺部不可逆结核性肺结核或者支气管胸膜瘘,且无法使用胸膜剥脱术的患者。该手术治疗方式主要是将人体肋骨切除,促使胸廓处于塌陷状态中,最终对残腔组织进行完全清除,在肋骨切除过程中应超过脓腔组织边缘大约 1~2 创面,对坏死组织、钙化组织、增厚纤维板等实施彻底清除,根据残腔实际状况运用肌瓣来填充残余,利用肋骨分段对残腔加以填塞,最终完全消除残腔组织,在手术结束后放置引流管,胸带包扎。

胸膜纤维板剥脱术:该手术治疗方式在不改变胸廓前提下达到清除患者病灶的疗效,以此来改善肺部的通气功能。主要使用了双腔器官插管联合静脉复合麻醉操作,通过从患者脓腔正中处建立手术切口,将壁层纤维板放置于脓腔中,清除腔内的积液,运用乙醇、碘酒等对脓腔组织进行多次消毒处理,运用无菌纱布对其进行反复擦拭,在确定腔内无任何脓肿物质产生便可,同时需要仔

细观察纤维板是否为剥离,并做好及时彻底的止血工作,应用过氧化氢联合生理盐水实施冲洗,在止血操作中,将胸腔闭式引流管安放在胸腔最低处。在术后,若出现了破坏肺组织的情况,或者破坏比较严重的现象,需要进行及时的缝合修补,这种手术一直被公认为治疗该病最为理想的根治手术,可以达到脓腔完全清除、增加胸膜厚度等治疗效果,能够明显防止由于胸廓改型手术所导致的胸廓畸形情况的发生,较好地改善患者肺功能。

胸膜肺切除术:该类手术比较适用于合并同侧肺结核类型或者毁损肺以及严重病变情况,残余的肺组织能够在手术结束后满足患者正常的生活要求。手术主要是经过对支气管空间以及气管进行处理,在支气管瘘口闭合支气管残端部位以及气管协同开展胸膜肺叶切除手术或者胸膜全肺切除手术来治疗,这类手术的特点可以有效地切除患者的病灶组织,可以明显地防止由于改型手

术导致的胸廓畸形、肌瓣填充胸腔等不良现象的发生。

1.3 观察指标 将临床疗效分为治愈、好转以及不良三个标准,治愈为患者进行手术治疗后伤口愈合,脓腔成功闭合,肺部未发现病变,肺部复张率在 80% 上;好转为患者的病况良好,未出现活动性病灶,肺部复张率在 50% 以上;不良为患者手术治疗以后恢复纳差,或出现病情恶化的情况,肺部复张率低于 50%。治疗总有效率=(治愈+好转)例数/总例数 $\times 100\%$ 。

2 结 果

患者手术后的临床疗效情况研究数据显示,30 例患者在治疗后,不良率为 3.33% (1/30),好转率为 30.00% (9/30),治愈率为 66.67% (20/30),总治疗有效率为 96.67% (29/30)。见表 1。

表 1 患者在手术后临床疗效结果

	不良	好转	治愈	总有效率
慢性结核性脓胸患者	1	9	20	29
占比(%)	3.33	30.00	66.67	96.67

3 讨 论

由于近年来结核性脓胸发病率已呈现逐年增高的趋势,因此对于该病采取有效积极的治疗十分重要。该病一般发病比较缓慢,并伴随结核的中毒表现,临床表现为周身乏力、盗汗低热等症状^[4]。通常患者合并肺结核病情,该类患者很难察觉到抗酸杆菌,且多伴随为局限性脓性。分布在肋膈窝区域、脊柱旁等,可通过 X 线胸片照射发现,为 D 字状的阴影。发病机制多为在诊治结核病胸膜炎急性渗出期未得到积极有效的穿刺抽胸腔积液,从而引起胸膜腔的积液出现局限、包裹、迁移的现象^[5]。慢性结核性脓胸通常会因为患者肺部结合感染而引起急性脓胸演变迁移,手术的治疗原则为:消灭致病因素以及脓腔、减轻与消除全身性临床症状,改善患者营养不佳、中毒现象、复张受压的肺。临床上常见的治疗该病的手术手段为胸廓成形手术疗法、胸膜纤维板剥脱手术疗法、胸廓成形手术疗法、胸膜肺切除手术疗法^[6]。通常,外科手术在时机和个体性手术方式的选择上十分重要。因为结核病脓胸在发病后的 7 ~ 10d 胸膜中成纤维细胞、生长纤维素均会出现沉着机化情况,在 4 ~ 6 周已然能够产生纤维板包围肺组织现象,形成较难吸收的增厚性

纤维板,肺部的顺应性随之严重下降,在这种情况下内科的保守治疗通常已无法治愈病情,需要尽快地进行外科手术治疗。相关医学专家报道,结核性脓胸病程一旦长于 6 周均可以进行胸膜纤维板剥脱术。而对于脓胸脓腔比较大的患者、临床病况严重且形成了支气管胸膜瘘时,需要进行胸腔闭式引流术,且引流需要彻底而充分,等待临床症状得到减轻或者消失,日均的引流量低于 50mL 时,才可以使用开胸手术进行对症治疗。在慢性结核性脓胸伴随支气管胸膜瘘临床治疗环节中,胸腔闭式引流术亦占据了十分重要的地位。

随着近年来社会群体的生存环境污染加重,结核病发病率呈上升趋势,造成慢性结核性脓胸疾病的发病率随之上升^[7]。对于该病的治疗原则,需要以消除感染源、保护患者肺功能为主,当前,临床主要采取外科手术疗法治疗结核性脓胸。当前,临床上治疗该病的几种手术方式为:①胸膜纤维板剥脱治疗方式。此种疗法可协助患者完全清除其脓胸组织、增厚纤维板组织,在进行该类手术时,需要患者尽可能地消除患者表面纤维板,以便患者的肺组织可以充分得到扩张。同时,在术后需要患者使用呼吸功能训练来锻炼肺功能,加快患者的治愈。本组使用了胸膜纤维板剥脱术 19 例,在临床经过治疗后均已痊愈,且术

后没有出现明显的并发症,因为在术中需要剥离的部位比较广泛,所以出血量较多,因此,在该手术的实施上必须注重对于止血的处理,必须时可以给患者进行输血来促进术后的恢复。结核性脓性肺和胸膜纤维黏连症状在比较轻时,手术时机恰当则容易被剥离,脓胸纤维包裹较小的情况则可以进行完全的剥离,而对于脓胸包裹较大或者全脓性可以选择性地使用胸膜剥脱术,在术中剥开患者部位的脏层纤维板,如果患者经过加压充气复张比较良性,全部进行剥开后患者的肺可以充满胸腔容积 2/3,肺中无活动性结核病灶,则可以选择性地使用剥脱术^[8]。②胸膜肺切除手术,这类手术主要适用于合并肺较大空洞或在术后出现反复性咳血的患者,可以彻底清除患者的病变组织,以此来达到治愈目的。但同时需要注意的是这类手术通常风险较大,对于患者机体造成的创伤较大,因此,在术后容易引起系列并发症,所以在手术后多建议配合胸廓改良术来改善患者的预后恢复效果。本组有 5 例患者进行了胸膜肺切除术治疗,随访后治疗效果较好。③胸廓成形手术。这类手术适用于慢性脓胸或结核性脓胸病症,适用于切除肋骨消除脓腔的患者,在手术过程中,医师需要结合脓腔范围确定手术的切口,结合患者肺功能细致化考虑^[9]。通常治疗上进行胸膜纤维板剥离术需在系统抗结核治疗 3 个月后再实施,但这种方式容易加重患者的纤维板极化,增加治疗难度。所以需结合患者的实际病况来择选手术时机。同时,慢性结核性脓胸疾病是一种治愈难度较大的疾病,为此一旦疾病演变成慢性结核性脓胸情况,需及时采取科学有效的外科手术疗法加以治疗,在手术结束后需为患者提供正规抗结核院外随诊干预,时间不低于 8 个月,达到提高临床疗效的目的。总之,考虑到患者病情的特殊性,复合手术治疗在结核病脓胸中应用越来越频繁。如患者在采取经脏层纤维板剥脱手术治疗后肺和膈肌松解后仍然遗留残腔的情况,可以对局部组织联合实施胸廓成形手术治疗方式,或者根据实际情况适当增加引流时长,联合来院复查结果追加实施局部胸廓成形手术治疗干预。对于肺中可逆性病变联合支气管胸膜瘘且实施胸廓成形手术治疗的患者来讲,可以先进行引流来改善患者的临床症状,再对病灶组织加以完全清除,采取瘘修补手术以及脏层纤维板剥离手术进行治疗,并进行有效的引流,这种不仅可清洁脓腔,又可以控制感染,通过引流来调节胸中的压力。不仅在呼吸运动慢性应力下减少残腔,控制了感染,同时

在引流下调节了胸内压力,在呼吸运动长期的慢性应力下,避免因为肺组织的快速膨胀造成结核病症的扩散,可最大程度地保留肺功能,防止由于肺组织膨胀速度较快而导致结核病症向外逐渐扩散现象。在外穿胸壁时,因为胸壁脓肿的流注走向无法明确,所以除了胸切口有时候还需要附加切口,切口的选取需要遵循在安全方便的前提下和开胸切口内的会师清除外穿窦道,对于肋骨未存在累及的患者可以内外结核把窦道清除干净。

综上所述,患者一经被确诊为慢性结核性脓胸、胸壁结核、支气管胸膜瘘等疾病需要尽早地进行手术治疗,需提高手术解剖操作的精细化程度,防止对患者带来副损伤情况。而对于单纯性结核性脓胸患者可以使用纤维板剥脱术治疗为最佳的手术手段。对于复合型脓胸需要结合患者病情和医疗水平择选最佳手术方式,总之,外科手术为彻底治疗该病最为有效的方式,值得推广和应用。

参考文献

- [1] 夏雅铭. 分析胸膜纤维板剥脱术治疗慢性结核性脓胸的效果及安全性[J]. 河南外科学杂志, 2020, 26(3): 99-100.
- [2] 王铭. 外科手术联合抗结核药物治疗 31 例短节段脊柱结核合并结核性脓胸患者的效果观察[J]. 中国执业药师, 2019, 16(8): 125-127.
- [3] 肖军. 病灶清除术治疗结核性脓胸并发外周局限性肺结核病灶的效果观察[J]. 中国保健营养, 2019, 29(22): 89.
- [4] 李波. 胸腔镜小切口胸膜纤维板剥脱术治疗结核性脓胸的临床价值分析[J]. 中国医药指南, 2020, 18(16): 130-131.
- [5] 彭超. 电视胸腔镜辅助胸膜纤维板剥脱术治疗结核性脓胸患者的疗效[J]. 医疗装备, 2020, 33(6): 94-95.
- [6] 苏平, 马静. 胸膜纤维板剥脱术治疗小儿慢性脓胸围术期内实施护理的临床效果观察[J]. 母婴世界, 2019, 1(20): 151.
- [7] 李大伟, 乔娟, 唐国柯, 等. 经椎体强化术后胸腰椎结核患者行外科手术治疗的特点与效果分析[J]. 中国防痨杂志, 2019, 41(4): 383-388.
- [8] 邓高焱, 王永利, 石自力, 等. 结核性毁损肺患者行全肺切除临床效果及经验总结[J]. 中国现代医药杂志, 2019, 21(2): 13-17.
- [9] 严进锦, 邬海, 韩斌德. 结核性脓胸术后残腔形成的危险因素多因素 Logistics 回归分析[J]. 中国医学创新, 2020, 17(18): 128-131.