

将(2018年6月-2019年6月)64例参与肺占位疾病患者检验的患者作为研究对象,其中48例患者行支气管镜检查,另16例行CT引导下经皮肺穿刺活检。纳入指标:1)均进行病理学诊断确定疾病类型^[1];2)存在咳嗽、疼痛等临床症状;3)实验方案获批;4)实验人员签署同意书。排除指标:1)凝血功能障碍;2)先天性心肺功能不全;3)中退出实验;4)精神疾病,无法配合实验。基本资料:支气管镜检查患者男28例,女20例,年龄28~72岁,平均(40.12±3.45)岁,病灶直径1~10cm,平均病灶直径(5.54±1.23)cm。经皮肺穿刺活检男13例,女7例,年龄29~72岁,平均(40.67±3.34)岁,病灶直径1~11cm,平均病灶直径(5.67±1.21)cm。对两组患者各项指标进行对比,无统计学意义 $P>0.05$ 。

1.2 方法

支气管镜检查:按照支气管镜常规操作进行,利多卡因雾化及气管内注射进行表面麻醉,在占位性病灶相对密集区域获取3-5块肺组织,进行刷检涂片,使用4%甲醛固定后从病理可进行组织检查。

行CT引导下经皮肺穿刺活检:在CT引导下选择合适的进针部位、进针深度以及体位,使用CT引导确定病灶位置,进行常规铺巾,使用浓度为2%利多卡因浸润麻醉,穿刺针以垂直方向进针,针尖在到达胸膜之后指导患者屏气,快速切割组织后涂片做细胞学检查,从病理科诊断。

两组在术后进行胸透或胸部CT以确定有无气胸的问题。

1.3 观察指标

(1) 对比两组检测准确率。

(2) 对比两组术后并发症发生率。

1.4 统计学处理

各观察指标数据均为定性、定量资料,用n(%)表示计数资料, χ^2 检验,使用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示计量资料, t 检验,经SPSS22.0统计学软件包统计分析后,若对比结果差异显著且 $P<0.05$,则具有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组检测准确率

经皮肺穿刺活检诊断准确率略高于支气管镜活检,但是差异无统计学意义 $P>0.05$,具体数据见表1。

表1 对比两组诊断准确率[n(%)]

组别	确诊例数	误诊/漏诊例数	准确率
支气管镜活检 (n=48)	44	4	44 (87.50)
经皮肺穿刺活检 (n=16)	16	0	16 (100.00)
χ^2	—	—	1.422
P	—	—	0.233

内科胸腔镜对胸腔积液诊断和治疗的临床价值分析

杨丹

龙口市人民医院, 山东 烟台 265703

【摘要】目的:探讨内科胸腔镜对诊治胸腔积液的价值。**方法:**回顾性分析本院2020年2月至2021年4月呼吸内科接受的50例胸腔积液患者的临床资料,均接受内科胸腔镜诊断,对恶性胸腔积液采取经内科胸腔镜辅助下滑石粉胸膜固定术治疗,观察患者的诊断情况及经治疗随访1年的临床疗效。**结果:**50例胸腔积液,48例经内科胸腔镜及病理活体明确诊断,准确率96.00%,其中包括恶性胸腔积液28例(56.00%)、结核性胸膜炎12例(24.00%)、肺炎旁积液5例(10.00%)、非特异性炎症3例(6.00%)、原因不明胸腔积液2例(4.00%);随访1个月治疗总有效率96.53%,完全缓解率78.57%。**结论:**内科胸腔镜对临床诊治胸腔积液的效果满意。

【关键词】内科胸腔镜;胸腔积液;诊断;治疗

胸腔积液是常见的疾病,主要是指胸膜腔内液体聚集过多,可由多种因素引起,如结核杆菌感染、恶性肿瘤以及细菌感染等,对此类情况强调及时的诊断并且采取合理的方式治疗。内科胸腔镜检查方式弥补常规检查、外科胸腔镜的不足,具有很高的应用推广价值^[1]。本次研究中应用了回顾性分析方法,探讨内科胸腔镜用于临床诊治胸腔积液的价值,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析2020年2月-2021年4月呼吸内科接受的50例胸腔积液者的临床资料。纳入标准:(1)均经常规胸部影像学、胸腔积液常规及生化检查为得出明确诊断^[2]。(2)临床资料完全。(3)知情并且签署同意书。排除标准:(1)肝肾功能障碍的患者。(2)胸腔镜置入禁忌。(3)精神疾病或认知障碍者。基线治疗如下:男31例,女19例;年龄36~81岁,平均(56.12±2.41)岁;积液部位:左侧24例,右侧23例,双侧3例。

1.2 方法

1.2.1 内科胸腔镜诊断

应用内科电子胸腔镜(Olympus LTE-290型,可弯曲)。取患者健侧位,胸壁垫软垫,经胸部CT定位规避胸腔粘连部位,常规消毒铺巾及局麻,选择腋中线4-6肋间,经手术刀自肋骨上平行肋骨做1cm左右皮肤切口,经血管钳逐层钝性分离进入到胸腔并且放置套管,将套管针芯取出,经内科胸腔镜沿套管插入并连接电视摄影系统。钝性分离粘连,将胸腔结合尽量吸除,对胸腔后的情况仔细探查,利用活检钳钳取多组织行病理学检查。取10-15块病理组织检查。

1.2.2 内科胸腔镜治疗

经病理结果证实恶性胸腔积液,经患者知情同意可在内科胸腔镜辅助下实施滑石粉胸膜固定术,操作如下:消毒铺巾、局麻,予以心电图监护及吸氧支持,静脉给予氯诺昔康止痛干预。沿原本切口部位,利用血管钳轻取组织进入到胸腔,套管置入胸腔并连接胸腔镜,直视下置入细导管,操作端接注射器予以均匀加压^[3]。将3g滑石粉均匀喷洒至肺表面、胸壁间,注意对肋膈角、膈肌、胸顶部位必须喷洒均匀。确保滑石粉的干燥,喷洒术后注意滑石粉均匀飘散胸腔内部,术后嘱咐患者深呼吸且直视下显示肺脏完全膨胀,维持胸膈脏层、壁层紧密贴合,置入20号胸腔引流管接水封瓶,借助7号线对引流管进行固定处理,借助无菌敷料包扎后完成手术,若观察积液量不足50ml/d且复查胸片且肺膨胀满意可将胸管拔除。

2.2 对比两组术后并发症发生率

经皮肺穿刺活检术后并发症发生率较支气管镜活检更高, $P<0.05$,具体数据见表2。

表2 对比两组术后并发症发生率[n(%)]

组别	气胸	气胸	发生率
支气管镜活检 (n=48)	0	1	1 (2.08)
经皮肺穿刺活检 (n=16)	1	2	3 (18.75)
χ^2	—	—	5.689
P	—	—	0.017

3 讨论

肺占位疾病在临床具有较高的发病率,因疾病特征的多样化,在临床具有较大的诊断难度,需要充分了解病变与周围组织之间的解剖关系,更好的确定疾病。而且肺占位疾病的早期诊断和治疗非常重要,可对疾病进行及早治疗,以提升干预质量^[4]。

肺占位疾病在进行诊断的过程中,有创检查方式逐渐在临床得到推广,其中支气管镜检查属于一种微创检查模式,可以通过支气管镜直观的对病灶进行观察,对于可疑病灶进行组织活检,对于未明确的病灶可以通过盲刷以及肺泡灌洗液进行检验。但是支气管镜检查对于侵犯支气管、主支气管以及亚断以上支气管病灶诊断准确率较高,其他位置则诊断存在一定缺陷,并且操作技术和设备要求较高^[5];CT引导下经皮肺穿刺活检可以对病灶进行检查,可对支气管镜无法探及的病灶进行检查,但是该方法作为一种有创检查模式,出现气胸、血胸的概率较高,可能出现并发症^[6]。

从上文数据分析可见,经皮肺穿刺活检诊断准确率略高于支气管镜活检,经皮肺穿刺活检术后并发症发生率较支气管镜活检更高。因此需要结合患者的实际情况选择合适的检查方法,做好疾病普及工作,及时接受检查,提升疾病控制质量。

综上所述,肺占位疾病使用CT引导下经皮肺穿刺活检诊断准确率高于支气管镜检查,但是支气管镜检查操作更加便捷,属于无创操作,因此需要结合患者具体情况选择合适的诊断措施,对疾病进行更好的诊断。

参考文献:

- 张晓东,郑晓霞,张万林,等.CT引导下经皮肺穿刺活检术在肺部疾病诊断中的应用价值及术后并发症的危险因素研究[J].实用心脑血管病杂志,2021,29(5):108-112.
- 张云侠,杨澄清,胡娟,等.CT引导下经皮穿刺活检在老年周围型肺肿块及胸膜病变诊断中的应用[J].中国老年学杂志,2021,41(1):59-62.
- 赵玉达,张楠,杨连君,等.CT引导下经皮肺穿刺活检术在肺部占位性病变中的应用研究[J].国际呼吸杂志,2021,41(5):367-371.
- 袁天华,王斌杰,贺祥,等.小视野扫描方法在CT引导下经皮穿刺活检肺小结节中的应用及对气胸、肺内出血发生率的影响[J].临床医学研究与实践,2021,6(12):24-26.

1.3 疗效评价标准

参照世界卫生组织(WHO)评价疗效^[4]。完全缓解:积液完全消失且维持1个月;部分缓解:积液减少50%以上;稳定:积液减少20%-50%;进展:积液未见改变。总有效率=(完全缓解+部分缓解)/总数×100%。

1.4 统计学方法

使用SPSS21.0软件做统计学结果分析,计数资料用(%)表示,使用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 检查结果

50例胸腔积液患者,48例经内科胸腔镜及病理活体明确诊断,确诊率96.00%。具体情况见表1。

表1 内科胸腔镜诊断胸腔积液价值

胸腔积液	例数	百分比(%)
恶性胸腔积液	28	56.00
结核性胸膜炎	12	24.00
肺炎旁积液	5	10.00
非特异性炎症	3	6.00
原因不明胸腔积液	2	4.00
合计	50	100.00%

2.2 随访及疗效

28例恶性胸腔积液经内科胸腔镜滑石粉胸膜固定术治疗,随访1个月的治疗效果,完全缓解22例,部分缓解5例,稳定1例,治疗总有效率96.53%(27/28),完全缓解率78.57%(22/28)。

3 讨论

胸腔积液是一种常见并且危险的情况,对胸腔积液的诊断,包括胸腔积液细胞学检查、胸膜活检、内科胸腔镜检查等,其中胸腔积液细胞学检查的准确率不高,胸膜活检对脏层胸膜、纵膈胸膜病变所致胸腔积液诊断价值不高^[5-6]。内科胸腔镜诊断在局麻下进行,安全性高及检测费用低。本研究结果显示内科胸腔镜对胸腔积液确诊率为96.00%,且临床治疗显示随

访1年的总有效率96.53%，提示内科胸腔镜对诊治疾病的价值显著，手术治疗上，经内科胸腔镜辅助在直视下用滑石粉可均匀分布在胸膜腔，使得疗效满意。

综上所述，应用内科胸腔镜诊断及治疗胸腔积液的效果满意，通过喷洒滑石粉进行胸膜固定是一种安全有效的方法，值得在临床中大量推广应用。

参考文献:

[1] 吕彦文, 陈颖, 徐莉, 等. 内科胸腔镜在不同原因胸腔积液诊断中的作用[J]. 临床肺科杂志, 2019, 24(02):234-238.
 [2] 刘仁龙, 陈复祥. 内科胸腔镜在不明原因的胸腔积液诊断中的应用价值分析[J]. 中国保健营养, 2020,30(23): 27.
 [3] 周文强, 初乃惠. 内科胸腔镜在胸腔积液诊治中的应用[J]. 中国医刊, 2019, 54(07):

715-719.

[4] 付鹏, 龙发, 胡斯育, 等. 经内科胸腔镜冷冻胸膜活检对不明原因胸腔积液诊断的有效性及其安全性研究[J]. 临床肺科杂志, 2021,26(05):649-653.
 [5] 刘岩, 刘勇, 孙如坤, 等. 内科胸腔镜对不明原因胸腔积液的鉴别诊断价值[J]. 中国实用医刊, 2021,48(06):23-26.
 [6] 张硕, 孙培培, 向平超. 无创正压通气辅助内科胸腔镜检查在胸腔积液合并呼吸衰竭患者中的应用探讨[J]. 国际呼吸杂志, 2020,40(18):1381-1386.

作者简介:

杨丹 (1983.10-), 男, 山东龙口人, 本科, 龙口市人民医院, 主治医师。研究方向: 呼吸与危重症医学。

无创呼吸机治疗慢阻肺并II型呼吸衰竭临床疗效、肺功能及预后影响

王菊花

广元市中心医院, 四川 广元 628000

【摘要】目的:探究无创呼吸机干预慢阻肺并II型呼吸衰竭的临床效果。**方法:**前瞻性选取就诊于我院急诊科的62例慢阻肺合并II型呼吸衰竭患者, 依据根据住院号尾号单双号的不同, 分为观察组(n=31, 无创呼吸机结合雾化吸入噻托溴铵粉雾剂)与对照组(n=31, 雾化吸入噻托溴铵粉雾剂), 对比分析两组患者的临床疗效、肺功能、不良事件等。**结果:**治疗后, 观察组慢阻肺合并II型呼吸衰竭患者的临床有效率、肺功能情况及不良事件发生率均显著优于对照组(P<0.05)。**结论:**采用无创呼吸机干预慢阻肺并II型呼吸衰竭, 临床疗效确切, 值得推广。

【关键词】慢阻肺并II型呼吸衰竭; 临床疗效; 无创呼吸机

慢阻肺作为临床呼吸系统的常见病、多发病, 是慢性阻塞性肺疾病(Chronic obstructive pulmonary disease)的简称, 多由支气管炎等各种呼吸疾病引起肺部大小气道的不可逆引起, 病情反复发作、进展, 会导致肺心病, 甚至出现II型呼吸衰竭等^[1]。而慢阻肺合并II型呼吸衰竭作为急诊科的常见危急重症, 以呼吸急促, 伴或不伴气短咳嗽、咯痰为主要临床表现, 若干预不及时, 可能会危及患者生命。既往针对慢阻肺合并II型呼吸衰竭, 多采用药物干预, 配合合适的运动康复锻炼、吸氧等处理, 存在效果不确切等弊端^[2]。我们在急诊临床中, 针对慢阻肺合并II型呼吸衰竭。通过运用无创呼吸机配合常规治疗手段, 疗效满意, 现总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

征得患者及其家属同意, 前瞻性选取病历资料完整的, 2017年1月-2021年1月期间就诊于广元市中心医院急诊科的62例慢阻肺合并II型呼吸衰竭患者, 根据住院号尾号单双号的不同, 分为观察组(n=31, 无创呼吸机结合雾化吸入噻托溴铵粉雾剂)与对照组(n=31, 雾化吸入噻托溴铵粉雾剂)。观察组31例慢阻肺合并II型呼吸衰竭患者中, 男、女各21、10例, 平均年龄为(60.32±7.58)岁, 平均慢阻肺病程为(9.36±2.47)年, 平均发病到入院时间为(4.36±1.77)h。对照组中: 男、女各22、9例, 平均年龄为(59.47±6.33)岁, 平均慢阻肺病程为(9.11±2.34)年, 平均发病到入院时间为(4.25±1.88)h。统计发现, 两组慢阻肺合并II型呼吸衰竭在发病年龄、男女性别比、发病时间到入院时间、慢阻肺合并II型呼吸衰竭病程等基线资料的比较上, 无统计学差异、均衡性好(P>0.05), 具可比性。

1.2 相关标准

1.2.1 纳入标准

由本科室同一高年资主治医师进行评估, 结合患者症状、体征及影像学检查, 符合《内科学》第8版中慢阻肺合并II型呼吸衰竭的相关诊断。

排除标准: 合并肺纤维化、肺癌等其他呼吸内科疾病; 合并老年痴呆等精神疾病, 表达存在障碍。

1.3 治疗方法

入组慢阻肺合并II型呼吸衰竭患者均行双肺CT、动脉血气、电解质等常规临床检查, 针对慢阻肺合并II型呼吸衰竭中存在的肺部感染、咳嗽、咯痰、电解质紊乱等相关临床症状, 予以平喘、化痰、止咳等一般处理, 并加强拍背等促进痰液排出, 予以抗生素静滴以促进感染消退, 积极予以纠正电解质。

在此基础上, 对照组仅每天行一次雾化吸入噻托溴铵粉雾剂(国药准字H20060454, 规格18ug*10粒*3板), 每次18ug。观察组在对照组干预的基础上, 配合无创呼吸机治疗, 针对慢阻肺合并II型呼吸衰竭分别行侧卧位(意识模糊者)与坐卧位(意识正常者), 采用口鼻罩进行持续性正压通气(无创), 通过对自主呼吸的调整, 而呼吸道相关雾化以氧气驱动雾化的方式, 进行持续泵出: 雾化药物的剂量随病情变化进行增、减; 保持高浓度吸氧(6-10L/min), 吸气压力在初期达到10cmH₂O, 持续时间为15min, 早、中、晚各一次, 从而保证患者血氧饱和度在90%及以上。

两组慢阻肺合并II型呼吸衰竭患者的疗程均为14d。

1.4 相关标准

参照《内科学》(第8版)由本科室同一高年资主治医师对入组慢阻肺合并II型呼吸衰竭患者的疗效进行评价^[3]: 无效、有效、分别表示经治疗后, 患者的症状体征较前无改善、一定程度的改善以及基本消失。同时评估其肺功能与不良反应发生情况: 肺功能由三个主要指标构成, 即FEV₁、PEF和FVC, 分别代表最大呼气的第一秒呼气量、呼吸峰值流速和用力肺活量, 而将排痰不畅、口干及咽痛等作为本次研究中的不良事件。

1.5 统计学方法

将上述入组慢阻肺并II型呼吸衰竭患者的临床疗效、肺功能、不良事件等指标相关数据录入Excel, 采用SPSS20.0进行统计学分析, FEV₁、PEF和FVC为计量资料采用(均数±标准差)表示, 组间比较采用t检验; 临床总有效率、不良事件发生率等计数资料用百分数(%)表示, 组间比较行配对四格表卡方检验, 当P<0.05时, 认为差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 两组慢阻肺合并II型呼吸衰竭患者的临床疗效分析

观察组慢阻肺合并II型呼吸衰竭患者的临床总有效率为显著高于对照组(96.77%VS80.65%, X²=12.365, P<0.05), 详见表1。

表1 两组慢阻肺合并II型呼吸衰竭患者的临床疗效对比

组别(例数)	无效	有效	显效	总有效率(%)
观察组(n=31)	1(3.23)	22(70.96)	8(25.81)	96.77%(30/31)
对照组(n=31)	6(19.35)	21(67.75)	4(12.90)	80.65%(25/31)
X ²	-	-	-	12.365
P	-	-	-	<0.05

2.2 两组慢阻肺合并II型呼吸衰竭患者的肺功能情况分析

治疗前, 两组慢阻肺合并II型呼吸衰竭患者的肺功能各项指标相当(P>0.05), 而治疗后, 观察组慢阻肺合并II型呼吸衰竭患者的肺功能各项指标均显著优于对照组(P<0.05), 详见表2。

表2 两组慢阻肺合并II型呼吸衰竭患者的肺功能情况对比

组别(例数)	阶段	FEV ₁ (L)	PEF(%)	PVC(L)
观察组(n=31)	治疗前	0.83±0.22*	42.36±5.34*	1.32±0.36*
	治疗后	1.62±0.21	59.47±6.25	2.53±0.41
对照组(n=31)	治疗前	0.84±0.24	43.11±5.47	1.39±0.33
	治疗后	1.11±0.23	50.54±6.12	1.86±0.38
t(组间)	-	6.687	7.364	6.956
P	-	<0.05	<0.05	<0.05

注: *表示, 两组慢阻肺合并II型呼吸衰竭患者治疗前的肺功能相当(P>0.05)。

2.3 两组慢阻肺合并II型呼吸衰竭患者的不良事件情况分析
 观察组慢阻肺合并II型呼吸衰竭患者的不良事件发生率为显著低于对照组(19.35%VS38.71%, X²=10.447, P<0.05), 详见表3。

表3 两组慢阻肺合并II型呼吸衰竭患者的不良事件情况对比

组别(例数)	排痰不畅	口干	咽痛	不良事件发生率(%)
观察组(n=31)	2	3	1	19.35%(6/31)
对照组(n=31)	5	4	3	38.71%(35/31)
X ²	-	-	-	10.447
P	-	-	-	<0.05

3 讨论

大规模流行病学调查显示, 慢阻肺对人类健康的威胁巨大, 发病率仅次于恶性肿瘤与心脑血管疾病, 主要与环境污染有关, 致具有高发病率、高致残率、高病死率的特点^[4]。而随着生活方式的改变, 工业化、城镇化的加速发展, 慢阻肺的发病率呈现出逐年升高的趋势。我们在临床中发现, 慢阻肺以不完全可逆的气流受限为主要病理表现, 若控制欠佳, 严重者可导致II型呼吸衰竭; 目前临床上, 多采用抗炎、维持体内电解质平衡、改善气流受限等对症治疗。目前国内有报道显示^[5], 采用无创呼吸机进行干预慢阻肺合并II型呼吸衰竭, 并配合常规对症支持治疗, 可取得满意效果。

在本研究中, 治疗后, 观察组慢阻肺合并II型呼吸衰竭患者的临床有效率、肺功能情况及不良事件发生率均显著优于对照组(P<0.05), 我们推测可能与下列因素相关: 起病隐匿的慢阻肺在早期临床症状并不显著, 仅有咳嗽、咯痰、胸闷等, 但机体呼吸系统长期处于炎性状态, 异常分泌的黏液会堵塞气道, 顺应性下降的肺泡致使肺通气量不足, 从而导致慢阻肺病情的发展, 最终引发II型呼吸衰竭^[6]。在常规抗炎、改善通气等基础上, 通过雾化结合无创呼吸机治疗, 药物能直达病变的呼吸系统靶器官, 而保证给氧量的充足, 维持机体血氧饱和度状态, 能达到快速治疗疾病, 实现见效快、副作用小的目的。

综上所述, 采用无创呼吸机干预慢阻肺合并II型呼吸衰竭, 临床疗效确切, 值得推广。

参考文献:

[1] 张秀敏, 武海燕, 孙晓娟. ICU 无创呼吸机对 COPD 合并 II 型呼吸衰竭的疗效观察[J]. 海南医学院学报, 2016,22(14):1499-1501.
 [2] 胡建粤. 无创呼吸机在 COPD 合并呼吸衰竭患者中的应用效果分析[J]. 数理医药学杂志, 2017,30(4):601-602.
 [3] 赵玉娟. COPD 合并 II 型呼吸衰竭应用无创呼吸机治疗疗效观察[J]. 中国医药科学, 2014,(1):175-177.
 [4] 庞光琼, 徐华, 赵学会. 无创呼吸机联合纳洛酮治疗老年 COPD 并呼吸衰竭的临床研究[J]. 医药前沿, 2014,(16):41-42.
 [5] 白雪莲. 无创呼吸机在 COPD 急性发作治疗中的应用与疗效分析[J]. 中国医学创新, 2016,13(34):99-101.
 [6] 宋俊玲. 无创呼吸机治疗 COPD 并呼吸衰竭的临床预后分析[J]. 中国保健营养, 2018,28(23): 234.