

胸部小切口病灶清除术在 86 例外穿性脓胸患者治疗中的价值分析

邹贤军

(贵州省铜仁市人民医院, 贵州 铜仁 554300)

【摘要】目的: 研究分析外穿性脓胸患者应用胸部小切口病灶清除术的治疗效果。方法: 将贵州省铜仁市人民医院 2019 年 10 月至 2021 年 1 月收治的 86 例外穿性脓胸患者随机分为对照组 (43 例) 采用传统胸膜纤维板剥脱术及病灶清除术与研究组 (43 例) 采用胸部小切口病灶清除术, 以手术时间、术中出血量、引流管留置时间及住院时间作为本次研究的观察指标。结果: 两组手术时间差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 与研究组相比, 研究组术中出血量更少 ($P < 0.05$), 且引流管留置时间及住院时间均更短 ($P < 0.05$)。结论: 胸部小切口病灶清除术可减少患者术中出血量, 缩短引流管留置时间与住院时间, 促进患者恢复。

【关键词】外穿性脓胸; 胸部小切口病灶清除术; 治疗效果

外穿性脓胸是一种胸外科常见疾病, 相关调查研究指出^[1], 胸膜腔因结核性分枝杆菌感染出现积液并穿破壁层胸膜等胸壁组织, 在胸壁及腹壁肌肉形成脓肿是引发该疾病的主要原因。目前, 临床上主要采用手术方式治疗该疾病, 能够取得较好的效果, 但传统胸膜纤维板剥脱术及病灶清除术会对患者造成较大创伤, 术后相关并发症发生风险较大, 不利于患者身体恢复。针对这种情况, 近些年来临床上开始以胸部小切口病灶清除术取代传统术式对外穿性脓胸患者进行治疗, 取得了较好的效果, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究对象为贵州省铜仁市人民医院 2019 年 10 月至 2021 年 1 月收治的 86 例外穿性脓胸患者, 采用掷骰子法随机将所有患者分为两组。其中, 研究组 43 例, 年龄 42~70 岁, 平均 (52.56 ± 4.69) 岁; 左侧病变 22 例, 右侧病变 21 例; 男女比例 23:20 例。对照组 43 例, 年龄 41~71 岁, 平均 (53.14 ± 4.75) 岁; 左侧病变 23 例, 右侧病变 20 例; 男女比例 24:19 例。两组患者基本临床资料无显著差异 ($P > 0.05$)。研究通过医院医学伦理委员会批准, 入组患者及家属均知晓本次研究内容并已签署知情同意书。

1.2 方法

对照组患者所用术式均为传统胸膜纤维板剥脱术及病灶清除术, 具体操作方法如下: 在病灶上方皮肤表面作一 20~30cm 切口, 将皮肤及皮下组织逐层切开进入胸腔, 彻底清除脓液及干酪坏死物, 之后明确并打开窦道, 确定外穿口, 去除坏死肋骨, 并于肋间肌的肋间放置撑开器, 进入脓腔后逐层剥除胸膜纤维板至胸膜折返处, 并彻底清除干酪坏死物, 完成后于脓腔最低点放置引流管进行低负压吸引, 将切口逐层缝合。

研究组患者所用术式均为胸部小切口病灶清除术, 具体方法如下: 首先清除干净外穿病灶, 在病灶上方皮肤表面作一 10cm 切口, 将皮肤及皮下组织逐层切开进入胸腔并彻底清除脓液及干酪坏死物, 之后打开窦道并确定外穿口, 清除坏死肋骨后进入脓腔, 根据术前标记的脓腔范围用弯头刮匙对病灶进行搔刮, 完成后用生理盐水冲洗干净。刮出坏死组织后, 将外穿口所在肋间肌切开, 仔细观察病灶脏层胸膜情况, 之后用弯头大刮匙略用力搔刮脏层胸膜纤维板, 同时去除不牢固的纤维板, 完成后于脓腔最低点放置引流管进行低负压吸引, 将切口逐层缝合。

1.3 观察指标

观察记录两组患者手术时间、术中出血量、引流管留置时

间及住院时间^[2]。

1.4 统计学分析

使用 SPSS21.0 软件处理数据, 以 t 、 χ^2 检验计量、计数资料。 $P < 0.05$ 表示组间数据对比差异显著。

2 结果

与对照组相比, 研究组引流管留置时间及住院时间均更短 ($P < 0.05$), 且术中出血量更少 ($P < 0.05$); 两组手术时间差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 1。

表 1 术中基本情况及术后患者恢复情况对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间 (min)	术中出血量 (mL)	引流管留置时间 (d)	住院时间 (d)
研究组	43	85.24 ± 15.69	91.32 ± 27.64	5.20 ± 1.15	8.08 ± 1.51
对照组	43	89.67 ± 17.01	169.34 ± 67.51	9.86 ± 2.91	10.19 ± 1.89
t		1.255	7.013	9.766	5.719
P		0.213	0.000	0.000	0.000

3 讨论

在本次研究中研究组引流管留置时间及住院时间均更短, 且术中出血量更少。究其原因主要是外穿性脓胸所致脓胸在胸腔内所占范围较小, 通常情况下不会严重压迫肺组织引发明显肺功能损伤, 因此若采用传统胸膜纤维板剥脱术及病灶清除术则会使手术创伤进一步加大。而胸部小切口病灶清除术可借助 B 超等影像学检查准确定位脓肿位置, 同时结合外穿病灶位置, 对切口位置进行选择, 从而在不完全打开胸腔的情况下彻底清理脓腔及干酪坏死物, 使手术切口最大限度地缩小^[3]。另外, 手术过程中用弯头刮匙搔刮脏层胸膜纤维板, 能够使脏层变薄, 同时使肺部充盈, 有利于行术后持续负压吸引将脓腔彻底消除, 从而使周围组织损伤及术中出血量最大限度地减少, 促进术后患者身体恢复, 缩短住院时间。

总而言之, 对外穿性脓胸患者行胸部小切口病灶清除术可有效减少术中损伤及出血量, 促进患者术后身体恢复, 缩短住院时间, 值得推广应用。

参考文献:

- [1] 韦林, 刘玉钢, 朱昌生, 等. 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]. 中国防痨杂志, 2018, 40(12): 1275-1279.
- [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]. 中国合理用药探索, 2019, 16(8): 125-127.
- [3] 尉腊革. 微创小切口手术治疗胸外科疾病的临床观察 [J]. 基层医学论坛, 2018, 22(34): 63-64.