

3.3 卵巢良性上皮性肿瘤术前诊断的意义 卵巢肿瘤腹腔镜手术时,人们最担心的肿瘤是否为恶性,如为恶性,肿瘤破裂时,内容物会流入盆腔,导致癌细胞扩散。根据腹腔镜手术的特点及卵巢癌的种植性转移学说,卵巢恶性肿瘤患者不应施行腹腔镜手术^[2],术前最大可能地对卵巢癌明确诊断,避免对卵巢癌患者施行腹腔镜手术,因此,卵巢良性肿瘤的术前诊断十分重要。术前要做好如下几点:(1)详细采集病史,由于卵巢肿瘤的特性,无论是良性还是恶性,在早期均缺少症状。如伴有下腹疼痛、消瘦、发热、生长迅速等应警惕恶性可能,主张的治疗方法是开腹手术。(2)妇科检查是最重要的检查手段,对附件肿块一定要进行三合诊检查,以了解盆腔情况,特别是子宫后壁、骶骨韧带,子宫直肠陷凹的情况,良性肿瘤一般无粘连,圆形,囊性,多为单侧,后穹隆没有结节。(3)超声波检查在盆腔包块性质的鉴定上意义较大,其敏感性和特异性可达62%~100%^[3],B超检查壁薄,透亮区,无实性乳头的图象,恶性肿瘤的可能性小,适合于腹腔镜下切除。(4)肿瘤标记物检查如CA125、CA199,正常人血清CA125<41 μg/L,上皮性肿瘤占卵巢恶性肿瘤的大多数,有一定的临床意义,但子宫内膜异位、妊娠、急性输卵管炎等也会引起升高,呈现假阳性反应。具有条件的单位卵巢肿瘤切除后需对可疑病例立即行冰冻病理切片检查,一旦证实是卵巢恶性肿瘤,可及时中转开腹行卵巢癌根治术。

3.4 腹腔镜下对卵巢肿瘤的评价 随着卵巢肿瘤腹腔镜手术适应范围的不断扩大,难免会使个别早期卵巢癌包括交界性肿瘤在术前漏诊。这些病例大多无临床症状,往往通过妇科普查或因其它疾病而行B超检查时被发现卵巢肿瘤,而行腹腔镜手术。尽管如前所述一般良恶性肿瘤超声图像有很大区别,但是约25%早期卵巢癌在超声下也显示出单房、光滑、光亮透明的囊肿声像。因此,为减少卵巢恶性肿瘤的漏诊,除术前诊断外,腹腔镜下判断也是不可缺少的手段^[3]。腹腔镜鉴别盆腔包块性质的特异性为99.9%,说明腹腔镜下观察基本不会漏诊恶性肿瘤^[4]。取出标本后台上检查是必不可少的步骤,有经验的妇科肿瘤医生对大体标本的判断有助于鉴别良恶性肿瘤。

参考文献

- 1 张 怡,李梦熊.卵巢良性病变的腹腔镜手术技巧与疗效分析[J].中国内镜杂志,2006,1(12):37-39.
- 2 姚书忠,刘栋擎,陈玉清,等.腹腔镜手术治疗卵巢良性上皮性肿瘤113例分析[J].实用妇产科杂志,2005,21:109-111.
- 3 刘 彦,主编.实用妇科腹腔镜手术学[M].北京:科学技术文献出版社,1996:102-106.
- 4 冷金花,郎景和,张俊吉,等.腹腔镜在附件包块治疗中的价值和安全性(附2083例报道)[J].现代妇产科进展,2006,3(15):177-179.

[收稿日期 2009-05-06][本文编辑 宋卓孙 黄晓红]

临床研究

经支气管镜行支气管冲洗及局部注药治疗急性肺脓肿的临床研究

王 琼

作者单位:421101 衡阳,湖南衡阳市第三人民医院南院呼吸内科

作者简介:王 琼(1975-),女,本科学历,学士学位,主治医师,研究方向:呼吸内科疾病诊疗。E-mail:wqiong1975@126.com

【摘要】 目的 探讨经支气管镜行支气管冲洗及局部注药联合内科常规疗法治疗急性肺脓肿的疗效。

方法 对86例急性肺脓肿患者随机分为两组,治疗组46例予以经支气管镜行支气管冲洗及局部注药联合内科常规治疗;对照组40例予以单纯内科常规治疗。**结果** 治疗组治疗成功45例,失败1例;对照组治疗成功32例,失败8例,两组治疗成功率比较差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗组在体温恢复正常、咳嗽咳漱消失

以及住院时间方面较对照组明显缩短($P < 0.01$)。结论 经支气管镜行支气管冲洗及局部注药联合全身药物治疗急性肺脓肿,能显著提高疗效,减少住院天数,有临床实用价值。

[关键词] 支气管镜; 支气管冲洗; 局部注药; 急性肺脓肿

[中图分类号] R 563.2 [文献标识码]. A [文章编号] 1674-3806(2009)08-0836-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.08.22

Clinical research of the broncholavage and local drug injection by bronchoscopy in the treatment of acute pulmonary abscess WANG Qiong. Department of Respiratory, Southern Branch of the Third People's Hospital of Hengyang City, Hengyang 421101, China

[Abstract] **Objective** To investigate the efficacy of the broncholavage and local drug injection by bronchoscopy combined with traditional internal therapy in the treatment of acute pulmonary abscess. **Methods** Eighty-six patients with acute pulmonary abscess were allocated to two groups (the therapeutic group and the control group). 46 patients of the therapeutic group received the broncholavage and local drug injection by bronchoscopy combined with traditional internal therapy treatment. 40 patients of the control group were given only traditional internal treatment. **Results** In the therapeutic group: treatment success, 45 patients; failure, 1 patient; in the control group: treatment success, 32 patients; failure, 8 patients. There was significantly statistical difference in healing rate between two groups ($P < 0.05$). Temperature recovery, disappearance of cough and expectoration and the hospitalized time in the therapeutic group shortened more obviously than those in the control group (all the $P < 0.01$). **Conclusion** The broncholavage and local drug injection by bronchoscopy combined with traditional internal therapy in the treatment of acute pulmonary abscess can improve the efficacy and reduce the hospitalized time and be of value in clinical recommendation.

[Key words] Bronchoscopy; Broncholavage; Local drug injection; Acute pulmonary abscess

支气管镜在临床上已被广泛应用,其适应证也不断扩展,作为呼吸系统的治疗手段亦日益广泛,取得了满意疗效^[1-3]。肺脓肿的早期诊断和彻底治疗是改善预后的关键,常规的治疗原则是抗炎和痰液引流。局部灌洗及应用抗菌药物治疗肺部疾病成为一门新的治疗学^[4],经支气管镜行支气管冲洗(broncholavage, BL)有独特的作用,尤其对肺脓肿的治疗^[5]。作者采用经支气管镜行 BL 及局部注药联合全身药物治疗急性肺脓肿取得了良好的效果,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 对象 将 2000-04 ~ 2008-12 在衡阳市第三人民医院南院呼吸内科住院的急性肺脓肿患者 86 例,按就诊顺序随即分成两组,治疗组 46 例,对照组 40 例。两组患者的年龄、性别、体重、病情严重程度等一般情况比较差异无统计学意义,具有可比性($P > 0.05$),见表 1。

表 1 两组患者的一般情况比较

组别	年龄	体重(kg)	性别比	病情
			男:女	一般:严重
治疗组	48.7 ± 14.3	59.3 ± 8.8	36:10	40:6
对照组	49.0 ± 14.7	58.9 ± 8.5	32:8	37:3
χ^2	-0.112	0.215	0.039	0.235
P	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

1.1.1 入选标准 (1)确诊为急性肺脓肿患者;(2)签署支气管镜诊疗的知情同意书。

1.1.2 排除标准 (1)继发于肺癌、肺结核、支气管囊肿、支气管扩张者;(2)合并糖尿病患者;(3)有支气管镜检查禁忌证者^[2,3];(4)精神病者和不合作者。

1.2 方法 所有患者治疗前均行 X 线胸片、肺部 CT、血常规、痰培养和药敏试验等检查明确诊断,先给予经验性治疗,进而结合药物敏感试验及临床疗效调整抗感染治疗方案,并根据病情联合应用抗生素及支持对症治疗、酌情予以体位引流等内科常规治疗。对照组患者按上述的内科常规治疗方案治疗;治疗组在上述内科常规治疗基础上联合运用经 Olympus BF-240 型电子支气管镜行 BL 与引流及局部注药。术前仔细阅读 X 线胸片、肺部 CT、心电图,术中中心电、血氧饱和度监测。2%利多卡因雾化吸入麻醉,常规插入支气管镜,依支气管镜所见或 X 线胸片、CT 选择病变部位,先吸净支气管腔内分泌物,将支气管镜前端插入病变或段支气管开口处,予 36 ~ 37℃ 0.5% 甲硝唑生理盐水溶液冲洗,每次 20 ~ 30 ml,使粘稠的分泌物及脓液变稀薄,然后经支气管镜负压 50 ~ 80 mmHg 抽吸,反复进行 3 ~ 4 次,总量 100 ml,灌洗后局部注入敏感抗生素,用量为全身用量的 1/3 ~ 1/2。视病情操作中予吸氧,术毕拔出

支气管镜,1周2次。所有患者根据临床及药敏情况选用抗生素。每1~2周后复查胸片或者肺部CT,了解脓肿吸收情况。

1.3 疗效评定 (1)治疗成功:症状完全消失,复查X线胸片或肺部CT脓腔和炎症完全消失或仅有少量的残留纤维化。(2)治疗失败:复查X线胸片或肺部CT脓腔和炎症未能消失转为慢性肺脓肿或出现大咯血而手术治疗。

1.4 统计学处理 采用SPSS13.0软件包进行统计学分析,计量资料数据以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用t检验,等级资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗成功率比较 治疗组治疗成功45例,失败1例(转为慢性肺脓肿改为手术治疗);对照组治疗成功32例,失败8例(其中3例转为慢性肺脓肿,5例出现大咯血改为手术治疗)。两组治愈成功率比较差异有统计学意义($\chi^2 = 5.478, P < 0.05$)。

2.2 两组患者临床症状改善时间以及住院天数比较 治疗组在体温恢复正常、咳嗽消失时间以及住院天数均较对照组明显缩短,两组比较差异有统计学意义(P 均 < 0.01)。见表2。

表2 两组患者临床症状改善时间以及住院天数比较($\bar{x} \pm s, d$)

组别	例数	T恢复正常	咳嗽消失	住院天数
治疗组	46	17.8±3.3	29.7±3.9	34.2±3.3
对照组	40	32.1±3.1	43.3±3.2	52.5±3.6
t	-	-20.450	-17.288	-24.839
P	-	0.01	0.01	0.01

3 讨论

3.1 肺脓肿是肺组织坏死形成的脓肿,临床表现为高热、咳嗽、咳大量的脓臭痰,胸部X线显示一个或多个含液气平面的空洞,90%肺脓肿患者合并厌氧菌感染,治疗原则是抗生素治疗和脓液引流;若急性肺脓肿治疗不彻底或支气管引流不畅,导致大量坏死组织残留脓腔,炎症迁延3个月以上则成为慢性肺脓肿,以至长期不愈^[6];且近年来由于抗生素的滥用,耐药菌株增加,造成常规抗生素疗效不满意,病程恢复较慢,严重者需行肺脓肿引流甚至外科肺脓肿切除术治疗,病程延长,治疗费用高,风险增大^[7],导致病人的痛苦和医疗费用负担明显加重。内科常规治疗效果欠佳的原因有:肺脓肿多为一些

致病力较强的细菌及耐药菌或几种细菌混合所致的感染,临床用药治疗比较棘手;全身应用抗菌药物时,一方面,支气管-肺组织中的药物浓度仅为血液的1/30~1/40^[8],另一方面,存在血-支气管屏障、肺泡、毛细血管屏障、组织包裹、脓液的理化性质及炎症引起的支气管黏膜充血、水肿和痰液引流不畅等因素常造成全身用药疗效不佳,加之肺脓肿存在腔壁,药物难以到达病灶或到达病灶部位药物浓度过低,不能抑菌或灭菌,甚至存在耐药菌^[9]。随着支气管镜应用的普及和镜下治疗水平的不断提高,为肺脓肿的治疗提供了可能。采用支气管镜行BL及局部注药治疗时,支气管镜插入病灶部位,使得支气管内粘稠的炎性分泌物及脓液变稀薄易于吸出,通过反复灌洗和吸引,充分引流管腔中的痰液,起到局部清洗作用,可有效清除病灶内的脓性分泌物及坏死物质,减少毒素吸收,减轻全身症状;更重要的是局部注药可提高支气管及脓肿内抗生素浓度和抗菌活性,直接杀灭病原菌,促使坏死物质脱落和肉芽组织生长修复,从而使脓腔缩小,闭合直至完全吸收,同时也减轻抗生素的全身毒副作用。同时结合全身合理应用抗生素基础上,使用支气管镜冲洗及吸引以及局部注药治疗可内外并治,既有利于引流和强化抗生素效果,又能促进脓腔的闭合。另外,灌洗时对病灶局部刺激及患者咳嗽反射,利于炎性分泌物排出,改善局部血循环,利于病灶吸收好转,而且气道通畅,不利于细菌、特别是厌氧菌的繁殖,且操作简单,并发症少、轻微。支气管镜在肺脓肿治疗中不仅可取痰液标本行需氧菌和厌氧菌培养获病原学诊断,还可经支气管镜插入导管,尽量接近或进入脓腔,吸引脓液、冲洗支气管及注入抗生素,以提高疗效与缩短病程^[10]。有文献^[11]报道肺脓肿局部的灌洗及注药,有利于加速脓肿的消散,缩短疗程。该疗法能迅速清除大量脓性分泌物,促进肺部炎症吸收消失以及脓腔闭合,加快病灶愈合。从疗效来看,急性肺脓肿治愈率高、疗效快,慢性肺脓肿病例可因纤维结缔组织形成气管狭窄或分泌物黏稠等因素造成治愈率低、疗程长,因此,治疗越早,效果越好^[12]。因而采用支气管镜行BL及局部注药可明显加快肺脓肿的吸收,缩短肺脓肿的疗程,特别是对于急性肺脓肿患者,较传统的全身应用抗菌药物8~12周的疗程^[6]明显缩短。

3.2 本组病例资料结果表明,治疗组经支气管镜行BL及局部注药联合内科常规治疗,其治愈成功率优于对照组($P < 0.05$);治疗组的临床症状明显改善,

在体温恢复正常、咳痰咳嗽消失以及住院时间均较对照组明显缩短(P 均 <0.01)。说明该治疗方法能迅速清除大量脓性分泌物,促进肺部炎症吸收消失以及脓腔闭合,加快病灶愈合,与文献报道的结果相似^[13-15]。由于本操作属侵入性治疗措施,操作过程中患者有一定痛苦,可伴有一过性低氧血症,部分患者由于麻醉不充分或冲洗液温度过低,单次冲洗液量过多或支气管镜前端嵌顿不佳使冲洗液流至其他肺叶段时可引起剧烈咳嗽。少数患者术后有少量出血、发热等并发症。故在操作时应注意^[5]:(1)若是机械通气患者,在操作前 15 min 及操作过程中将吸气浓度提高 100%,并经三通管插入支气管镜。在确保有效机械通气的前提下,使操作更安全,时间更充分。(2)操作过程中,应手法轻巧,减少对咽喉部的刺激,负压吸引力控制在 50 ~ 80 mmHg 为宜,以免操作时引起黏膜出血,如发现组织红肿出血时,不要直接靠近吸引,以免引起大出血。(3)灌洗液应适当加温至接近体温水平以免刺激呼吸道引发气管、支气管痉挛或组织充血、肿胀、出血等,一次冲洗量不宜超过 100 ml,每次灌洗 20 ~ 30 ml。(4)尽可能将冲洗液吸引干净,以免过多冲洗液残留在气道至患者咳嗽排痰无力而加重气道阻塞引起呼吸衰竭,或流向其他支气管造成感染的播散。(5)局部用药量一般为全身用药量的 1/4 ~ 1/2,用 5 ~ 10 ml 生理盐水稀释。(6)有严重心脏病者不宜进行。(7)加强术前、术中、术后的有效配合与精心护理,术前做好病人的心理护理,反复解释注意事项、不适感,解除其思想顾虑,充分做好术前准备、有效的咽喉表面麻醉,术中及时准确注入生理盐水,密切观察病情变化。

总之,采用经支气管镜行 BL 及局部注药联合全身药物治疗急性肺脓肿,临床观察疗效好,且操作简单、安全性好、并发症少、疗程短、治愈率高、医疗

费用低,有较大的临床实用价值,可在临床上推广应用。

参考文献

1 吴福蓉,肖和平,唐神洁. 经纤支镜灌洗治疗肺结核的近期疗效观察[J]. 中国内镜杂志,2001,7(4):13-14.
2 中华医学会呼吸病学分会支气管镜组. 纤维支气管镜(可弯曲支气管镜)临床应用指南(草案)[J]. 中华结核和呼吸杂志,2001,23(3):134-135.
3 中华医学会呼吸病学分会. 诊断性可弯曲支气管镜应用指南(2008 年版)[J]. 中华结核和呼吸杂志,2008,31(1):14-17.
4 秦文婧,孟德荣,冯志军. 支气管肺泡灌洗治疗肺部炎症 20 例[J]. 第四军医大学学报,2007,28(5):464.
5 黄 怡. 呼吸内镜学[M]. 上海:上海科学技术出版社,2003:308-319.
6 陆再英,钟南山,主编. 内科学[M]. 第 7 版. 北京:人民卫生出版社,2008:35-38.
7 陈远强. 综合疗法治疗肺脓肿 23 例[J]. 现代中西医结合杂志,2006,15(20):2827-2828.
8 田新民,武金石. 应用多用途导管对急性肺脓肿介入治疗的临床意义[J]. 中国综合临床,2001,7(7):513-514.
9 石瑞生,李永刚,李 波,等. 经纤维支气管镜药物灌洗治疗肺脓肿的体会[J]. 长治学院学报,2003,17(4):277-278.
10 叶任高,陆再英,主编. 内科学[M]. 第 6 版. 北京:人民卫生出版社,2004:31-34.
11 李玉光,杨印楼,赵金芝,等. 肺导管注药在肺脓肿治疗中的应用[J]. 中国内镜杂志,2002,8(9):12-13.
12 Beer M, Wittenberg G, Sandstende J, et al. Treatment of inoperable tracheobronchial obstructive lesions with the Palmaz stent[J]. Cardiovasc Intervent Radiol,1999,22(2):109-113.
13 于湘春,吴华星. 支气管肺泡灌洗加注抗生素治疗肺脓肿 30 例分析[J]. 中国内镜杂志,2004,10(2):64-65.
14 韦中盛. 纤维支气管镜介入治疗肺脓肿 56 例临床分析[J]. 右江民族医学院学报,2004,26(3):329-331.
15 张 孔,雷 艳. 156 例肺脓肿的临床分析[J]. 新医学. 2006,37(10):649-651.

[收稿日期 2009-04-22][本文编辑 谭 毅 黄晓红]

《中国临床新医学》杂志会员入会登记表
(复印填写后寄回本刊)

姓 名		性 别		出生年月		职 务	
职 称		学 位		专 业			
单 位		地 址					
电 话		E-mail				邮 编	