

稳定后改用维持量,配合戒烟、戒酒、低脂、低盐饮食等行为治疗。治疗期间根据血压调整剂量,详细询问不良反应,此后继续用以上药物维持治疗,每周门诊随访复查血压,对药物剂量进行增减,血压均控制在正常范围。

3 讨 论

3.1 降压失败的分析 (1)首先排除假性顽固性高血压。如“白大衣性”高血压,24 h 动态血压可以鉴别。这种情况无需降压药物治疗,仅需改变生活方式,定期复诊。还有患者上臂较粗时未使用较大的袖带导致血压值升高,更换对应的袖带即可明确。(2)同时服用升高血压的药物,如口服避孕药、抗抑郁药、拟交感神经药、甘草片、可卡因、糖皮质激素、非甾体类抗炎药等。(3)存在继发性高血压,如肾实质性高血压、肾动脉狭窄、原发性醛固酮增多症、甲状腺功能亢进、甲状腺功能减退等疾病。

3.2 非药物治疗 排除了以上原因导致的治疗效果不佳的高血压,首先应强调非药物治疗。

3.2.1 戒烟、戒酒 虽然尼古丁能使心率增加、血管收缩,但是血压一过性升高,可降低服药依从性并增加药物剂量;同时乙醇摄入量与血压水平及高血压患病率呈线性关系,饮酒可增加服用降压药物的抗药性。应向患者反复说明、多次强调烟酒的不利,争取患者主动配合戒烟、戒酒,常能取得满意的效果。

3.2.2 合理膳食 减少钠盐摄入,膳食中约 80% 钠盐来自烹调和各种腌制品,并可能存在剂量-效应关系,即钠减少越多,血压下降越大。世界卫生组织(WHO)建议食盐摄入量应每日不超过 6 g。因此,根据我国居民饮食习惯,限盐首先要减少烹调用盐及含盐高的调料,少食各种咸菜及盐腌食品。营养专家还建议应多吃鱼类、禽类及适量的瘦肉;增加鲜奶、豆类、豆制品及杂粮的食用量;多吃青菜及水果;少吃动物油、肥肉及动物内脏;少吃煎炸食品及甜点心。

3.2.3 增加运动,保持心理平衡 根据年龄适当增加体力活动,运动的强度因人而异,选择步行、慢跑、太极拳等锻炼方式,持之以恒,对预防和治疗高血压有良好作用。

3.3 患者依从性差是治疗效果不佳的主要原因 患者未严格按医嘱服药,或不按时服药,或间断服药,或自行停、换药物。本组 3 例使用短效制剂不能坚持,自行停用,此类患者应尽可能使用长效制剂或缓释制剂以改善患者的依从性,经调整后血

压大多都能良好控制;5 例患者因两种以上长效制剂费用昂贵而自行停用一种药物;9 例自行换用短效降压药物,致使血压再次升高。9 例因药物不良反应而终止原来的治疗方案,其中 1 例因性欲减退、3 例用钙拮抗剂出现胫前水肿、5 例用血管紧张素转换酶抑制剂出现难以忍受的干咳而改用他药。部分患者高血压知识缺乏,认为高血压病是能够治愈的疾病,4 例患者服药一段时间后,多次复查血压正常,认为治愈而自行停药,致使血压反跳。因此一定要向患者交代服药时间、方法,告知患者高血压的严重危害性,强调服药的规律性及终身性,在医生的指导下调整药物,不能随意停药。

3.4 高脂血症及血糖过高也是导致高血压难治的原因之一。

3.5 治疗方案不当 本组有 6 例顽固性高血压患者是因为降压药物剂量不足、降压药使用不合理所致。本组中 3 例并发多种疾病,用药复杂而影响了降压药物的效果。经过重新制订治疗方案如增加药物剂量、合理联合用药、正确使用利尿剂、针对不同患者选择适宜的降压药,最后均使血压达标。

顽固性高血压虽然病因复杂,但从对本组病例资料的分析来看,因患者依从性差引起者约占 55%,患者的不健康生活方式约占 25%,医师治疗方案不当约占 15%。因此,作为临床医生,对于顽固性高血压的治疗,不仅首先要排除假性顽固性高血压,去除妨碍治疗的外界因素,还有必要对此类患者进行健康教育,提高患者对高血压病严重危害性的认识,倡导健康的生活方式,改善患者依从性。同时,细致地审视每一个治疗方案,合理用药,重视个体化治疗。这样,大多数顽固性高血压都可以得到控制。

参考文献

- [1] 《中国高血压防治指南》修订委员会. 中国高血压防治指南(2005 年修订版)[M]. 北京:人民卫生出版社,2006: 21.
- [2] 施仲伟. 顽固性高血压的降压药物治疗[J]. 心血管病学进展,2007,28(5):665-668.
- [3] 张清奇. 自拟滋肾活络方治疗顽固性高血压 27 例临床观察[J]. 中国医药导报,2006,3(24):115.

(收稿日期:2011-02-22)

右肺中叶不张 80 例临床分析

邓 旭(四川省达州市第二人民医院呼吸科 635000)

【摘要】 目的 通过对右侧中叶不张的诊断对右肺中叶不张的原因进行分析。**方法** 利用纤支镜检查作刷检、活检、支气管肺泡灌洗,防污染毛刷进行痰培养获得病原学诊断,部分作开胸手术病理检查。**结果** 非特异性炎症 48 例(60%),肿瘤 18 例(22.5%),结核 10 例(12.5%),支气管异物 2 例(2.5%),支气管结石 1 例(1.25%),真菌感染 1 例(1.25%)。**结论** 治疗右肺中叶不张关键在于明确病因,并根据病因进行治疗,纤支镜检查对右肺中叶不张具有较大的诊断作用。

【关键词】 右肺中叶不张; 纤维支气管镜; 诊断

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.13.055 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)13-1630-02

肺不张是指一个或多个肺段或肺叶的容量或含气量减少,它是临床上一种常见的 X 线表现,其中以右肺中叶不张多见。收集了本院 2000 年 3 月至 2010 年 3 月的 80 例右肺中叶不张患者,回顾性分析其病因及其诊治,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集本院 80 例右肺中叶不张患者,其中男 52 例,女 28 例。年龄 14~78 岁,平均 48 岁,其中 14~29 岁 18 例,30~59 岁 45 例,60 岁以上 17 例。临床表现:主要为咳

嗽、咯痰、痰血或咯血、发热、胸痛、胸闷等。咳嗽 68 例, 咳痰 56 例, 痰中带血或咯血 35 例, 发热 36 例, 胸痛 20 例, 胸闷 20 例, 5 例患者无临床症状在体检时发现。病程 5 d 到 12 年。

1.2 影像学检查 80 例患者均行胸部正侧位 X 线摄片和(或)胸部 CT 检查均提示右肺中叶不张。影像学表现为胸片上显示右心缘显示不清, 但在前后位为一个由肺门向外伸展的狭三角形致密影(基底部在肺门, 尖部可达胸壁, 上下边缘锐利), 在侧位片上可清楚显示自肺门区向前, 向下斜行的带状致密影(上缘可稍突但下缘无突出现象), 胸部 CT 检查示肺叶不张肺叶呈三角形或斜方形, 其前缘以水平裂为界, 后缘为斜裂、水平裂、斜裂移位, 相互靠拢。

1.3 纤支镜检查 采用 Olympus BF-P20、1T20 型纤维支气管镜, 常规用药、局麻后经鼻插入检查, 80 例患者均行刷检涂片找抗酸杆菌; 63 例取活组织送病理检查。15 例行支气管肺泡灌洗液送细菌学检查。纤支镜下表现: 黏膜充血水肿、糜烂或伴脓性分泌物 38 例, 管腔狭窄或阻塞 25 例, 其中伴黏膜增厚、表面凹凸不平, 呈浸润性改变 7 例, 新生物 10 例, 未见明显异常 5 例。

2 结 果

80 例患者经抗感染治疗, 纤维支气管镜刷检、活检、支气管肺泡灌洗检查进行细胞学、组织学和细菌学检查, 部分患者开胸手术后作病理检查及随访诊断为非特异性炎症 48 例(60.00%), 肿瘤 18 例(22.50%), 结核 10 例(12.50%), 异物 2 例(2.50%), 支气管结石 1 例(1.25%), 真菌感染 1 例(1.25%)。

本组 48 例非特异性炎症患者中 45 例经全身抗炎、纤维支气管镜下反复吸痰灌洗及充氧治疗后右肺中叶复张, 其中 20 例痰栓、脓性分泌物阻塞者经纤维支气管镜反复吸引后肺复张效果尤佳, 而 3 例病程较长者(>3 个月), 因不张肺慢性纤维化形成致使疗效差, 最终手术治疗。10 例结核者经正规抗痨及纤维支气管镜下局部注射抗痨药物后, 8 例右肺中叶复张。18 例肺癌患者 8 例行手术治疗后症状改善明显, 10 例行放、化疗 2~3 个疗程后 7 例肺复张, 小细胞肺癌 6 例中化疗 2 个疗程后有 5 例肺复张, 2 例异物经纤支镜钳取后完全复张, 1 例支气管结石经纤支镜钳取并行抗结核治疗后完全复张, 1 例真菌感染经抗真菌治疗后完全复张。

3 讨 论

肺不张是临床常见的呼吸系统疾病, 而右肺中叶由于其解剖位置的特殊性, 导致肺不张的发病率较高。加之缺乏特异性的临床症状和体征, 病因复杂, 故对其发病机制、病因、诊治方法需进一步提高认识。表现为(1)开口相对窄小, 与中间支气管成锐角相连, 支气管管腔细长, 引流相对不畅。(2)开口处周围组织淋巴结较多, 有 3 组淋巴结包绕, 易引起管腔阻塞。(3)中叶与其他肺叶完全隔离, 相互之间无侧支通气^[1]。(4)与下叶相比, 呼吸时无膈肌的伸伸负压牵拉作用, 位置相对固定。以上因素共同导致了右肺中叶易于发生急、慢性炎症, 引起肺不张。鉴于此, 在临床上应警惕右肺中叶不张的发生。

本组 2 例异物开始均误诊, 1 例支气管异物误诊为肺癌准备行手术治疗来本科做常规纤支镜检查发现为辣椒皮, 经纤支镜检查明确后并钳取, 一周后复查胸部 CT 及纤支镜检查显示右肺中叶完全复张。1 例右肺中叶不张诊断为肺结核, 给予正规抗结核治疗 3 月无变化而行纤支镜检查明确为鸡嘴壳, 给予

钳取后, 未行任何治疗一周后复查胸部 CT 及纤支镜检查右肺中叶完全复张。上述 2 例患者如果能够及时做纤支镜检查及治疗不但能够明确病因, 又能给患者减少痛苦及经济上的负担。本组 1 例右肺中叶真菌感染者年龄 28 岁, 男性, 平素体健, 按常规思路不考虑肺真菌病(肺真菌感染一般见于长期使用抗菌药, 免疫抑制剂及免疫缺陷性疾病者)。因此当不能用其他常见病解释疾病发展时, 应尽早行纤支镜肺泡灌洗并行病原学检查, 包括真菌培养及涂片, 以便早期诊断^[2]。

本组 1 例支气管结石引起右肺中叶不张者为支气管结石合并肺结核。支气管结石系由于支气管周围的钙化淋巴结穿破支气管壁形成, 常见的病因肺结核和组织胞浆菌病, 造成阻塞的原因为围绕突出管腔的结石形成大量的肉芽组织^[3]。

以往多数学者认为右肺中叶不张病因主要是非特异性炎症^[4], 本组研究证实也以非特异性炎症为主。右肺中叶不张的病因以非特异性炎症、肿瘤、结核多见。但其他少见病也应引起临床医生的重视, 否则既不利于患者, 也不利于临床医生对疾病的诊断。

胸部 X 线摄片及 CT 检查由于简便、无创、经济, 应作为首选的检查方法, 对病因也有较大的诊断价值。但本组影像学病因诊断与纤维支气管镜检查的符合率为 70%, 提示影像学诊断亦有一定的局限性。纤维支气管镜检查可见各种病因所致肺不张的形态学改变, 还通过刷检、活检、支气管肺泡灌洗液及经支气管壁穿刺活检等手段获取细胞和组织学标本明确诊断, 极大地提高了对肺不张病因的诊断率。同时可以直接清除引起肺不张的黏液栓、分泌物、异物、血凝块等, 起到治疗作用。但其镜下形态学改变不易区分炎症和肿瘤, 本组中有 3 例肿瘤患者镜下未见新生物, 表现为黏膜充血水肿、凹凸不平、管腔狭窄等浸润性改变, 而结核患者亦可见以上表现。另有 2 例镜下表现为非特异性炎症者经抗感染治疗无效后行开胸手术证实为肿瘤, 故对镜下表现为非特异性炎症, 活检病理阴性经抗感染治疗无效, 临床高度怀疑结核或肿瘤时应尽早外科手术。此外当肿瘤生长迅速或合并感染, 表现为新生物表面覆盖白色坏死物时易取得坏死物质而误诊, 这时应再次或抗感染治疗数天后行纤维支气管镜活检, 可提高活检的阳性率, 本组有 3 例肿瘤患者行第 2 次纤维支气管镜活检方确诊^[5]。

综上所述, 治疗右肺中叶不张关键在于明确病因, 纤维支气管镜检查对右肺中叶不张具有较大的诊断价值和治疗作用, 但仍须结合胸部影像学检查。

参考文献

- [1] 朱元珏, 陈文彬. 呼吸病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 901.
- [2] 穆魁津, 何权瀛. 呼吸系统疑难病百例[M]. 北京: 人民军医出版社, 2008: 13.
- [3] 陆慰堂. 呼吸系疾病诊断与诊断评析[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2004: 100-101.
- [4] 袁志, 汪慧英. 右肺中叶不张 95 例诊治分析[J]. 浙江临床医学, 2008, 10(4): 525-526.
- [5] 陈国华, 陈震. 支气管镜检查肺中叶病变 1245 例分析[J]. 中国基层医药, 2005, 12(2): 1778-1779.