

性的避孕知识得分差异有统计学意义($P<0.05$)。由于年龄较小,或者学历较低,以及农村女性更少有机会系统地学习避孕相关知识,对避孕知识并不了解,导致这些未婚女性多次出现意外妊娠而进行人工流产,且由于多次进行人工流产对身体造成较大伤害。因此,对于农村及教育发展较差的地区,村镇卫生室应进行避孕知识的宣传,同时对于年龄较小女性,如中学生,应在日常教育中增加性健康教育,使其掌握避孕等相关知识,从而降低非意愿妊娠发生率。

综上所述,导致未婚女性重复流产的主要原因是缺乏相关的避孕知识,并且存在明显的焦虑抑郁倾向,因此,普及避孕知识,提高避孕措施使用率是降低未婚女性重复流产的重要环节,同时为未婚流产女性提供有效的心理干预能够降低不良情绪发生率。

参考文献

[1] 肖璐. 青少年人工流产现状及影响因素的研究进展[J]. 中国计划生育学杂志, 2017, 25(3): 206-208.

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2020. 09. 034

[2] 姚超, 况华进. 十堰市未婚女性人工流产率和重复流产情况调查[J]. 中国妇幼保健, 2017, 32(9): 1996-1998.

[3] 易艳萍. 青少年重复人工流产的原因分析与预防策略[J]. 中国妇幼保健, 2017, 32(18): 4468-4472.

[4] 王英, 任洁宁, 安晓娜. 未婚怀孕女性流产方式选择对性生活的影响调查[J]. 中国性科学, 2016, 25(12): 121-124.

[5] 秦茂华, 储丽萍, 邓继红, 等. 人工流产妇女避孕知识现状及其影响因素[J]. 昆明医科大学学报, 2018, 39(7): 67-71.

[6] 卫金线. 联合治疗对多次人工流产患者子宫内膜厚度及宫腔粘连的影响[J]. 内蒙古医学杂志, 2017, 49(10): 1195-1196.

[7] 刘瑞华, 陈粮, 林佩莹, 等. 广州市育龄女性重复人工流产状况及影响因素分析[J]. 中国性科学, 2015, 10(6): 103-106.

[8] 刘丽平. 武汉未婚重复人流女性避孕节育知识、态度、行为现状调查[J]. 现代预防医学, 2016, 43(21): 3902-3905.

(收稿日期: 2019-07-31 修回日期: 2019-12-03)

早期胸腔置管对结核性胸膜炎患者的治疗效果

严 文¹, 孙晓方¹, 岳 英¹, 张永峰^{2△}

陕西省西安市胸科医院: 1. 妇儿结核科; 2. 神经结核科, 陕西西安 710000

摘 要:目的 探讨早期胸腔置管对结核性胸膜炎患者的临床治疗效果。方法 将该院 2016 年 1 月至 2019 年 1 月收治的 78 例结核性胸膜炎患者作为研究对象, 按照随机数字表法分为研究组与对照组, 每组各 39 例。所有患者入院后均给予全身抗结核治疗, 研究组患者给予早期胸腔置管联合胸腔内间断注入尿激酶 100 000 IU 治疗, 对照组患者在给予尿激酶治疗的基础上进行间断胸腔穿刺抽液治疗, 比较两组患者的临床疗效、并发症发生率等。结果 治疗后研究组患者胸腔积液引流量, 胸闷、发热等症状持续时间均明显少于对照组患者, 差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗前两组患者胸膜厚度比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 研究组患者治疗后胸膜厚度、住院时间、住院费用均明显少于对照组患者, 差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后研究组患者胸膜肥厚、气胸、胸膜反应发生率分别为 5.13%、2.56%、2.56%, 均明显少于对照组的 17.95%、15.38%、30.77% ($P<0.05$), 研究组与对照组患者血性胸腔积液发生率分别为 5.13% 和 2.56%, 差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 早期胸腔置管引流联合胸腔内注射尿激酶治疗, 安全、高效、创伤小、容易操作, 能有效缩短患者住院时间, 减少住院费用, 效果明显, 可推广使用。

关键词: 结核性胸膜炎; 感染; 胸腔置管; 胸腔穿刺; 尿激酶

中图分类号: R521.7 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-9455(2020)09-1258-03

结核性胸膜炎是指结核分枝杆菌及其自溶产物、代谢产物进入超敏机体的胸膜腔而引起的胸膜炎症, 多数患者为急性发病, 表现出全身中毒症状(如畏寒、发热、出汗、乏力等)和胸腔积液所致的局部症状(如胸痛、干咳、呼吸困难), 积液对胸膜刺激后出现反射性干咳, 尤其在体位转动时更为明显, 积液量多时会

对肺、纵隔、心脏造成压迫, 患者出现呼吸困难, 表现出端坐呼吸和发绀的症状^[1-2]。如果患者治疗不当或不及时, 病情不断发展, 会出现胸膜肥厚、胸廓塌陷、

难治性结核性脓胸, 最终会引发肺心病。因此, 尽快排出胸腔积液, 最大限度地防止胸膜粘连, 防止疾病进展是有效改善患者症状, 提高疗效的关键^[3]。本研究将本院近 3 年来收治的 78 例结核性胸膜炎患者作为研究对象, 探讨早期胸腔置管对结核性胸膜炎患者的临床治疗效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将本院 2016 年 1 月至 2019 年 1 月收治的 78 例结核性胸膜炎患者作为研究对象, 纳入

△ 通信作者, E-mail: 65752099@qq.com.

标准:患者临床出现发热、咳嗽、胸痛、胸闷、气短等症状,同时伴有典型结核中毒症状,经胸部 X 线片、CT 扫描或胸腔超声证实存在胸腔积液,伴或不伴肺部活动性结核,胸腔积液检测属于炎性渗出,常规抗炎治疗无效。排除标准:其他病原微生物或病理因素造成的胸膜炎患者;近 1 个月使用过抗结核药物治疗或抽取过胸腔积液的患者。按照随机数字表法分为研究组与对照组,每组各 39 例。研究组中男 23 例,女 16 例;年龄 16~83 岁,平均(45.81±6.29)岁;对照组中男 22 例,女 17 例;年龄 18~82 岁,平均(46.23±6.36)岁。两组患者的一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 所有患者入院后给予常规抗结核治疗方案 2HREZ/10HRE, H 为 0.3 g 异烟肼, R 为 0.45 g 利福平, E 为 0.75 g 乙胺丁醇,均为每天 1 次, Z 为 0.5 g 吡嗪酰胺,每天 3 次,再联合 30 mg/d 泼尼松,逐渐减少剂量。

对照组患者在超声引导下反复间断地进行胸腔穿刺抽液治疗,至胸腔积液减少至不能抽取停止,间隔 2~3 d,用生理盐水 20 mL 溶解 100 000 IU 尿激酶注入胸膜腔内,患者不断变换体位,使胸膜和药物充分接触。

研究组患者局部麻醉穿刺成功后在胸膜腔放置中心静脉导管,引流管远端接一次性引流袋开始引流胸腔积液,第 1 天放胸腔积液<1.0 L,第 2 天<1.5 L,每天放胸腔积液量达到最大量时关闭引流管,间隔 2~3 d 胸膜腔内注入尿激酶,注入后夹管 2~4 h,到时间重新开放引流管,至胸腔积液引尽后拔出引流管,如果管内有闭塞,而胸腔积液仍较多时,需要重置引流管。

1.3 观察指标 记录两组胸腔积液引流量、治疗后胸闷、发热症状持续时间。比较两组患者治疗前后胸膜厚度、住院时间和住院费用等指标。观察两组患者气胸、胸膜反应、胸膜肥厚、血性胸腔积液等并发症情况。胸腔积液基本吸收指患者临床体征好转,胸部 X 线片检查胸腔积液完全吸收或者仅有肋膈角变钝, B 超探查液性暗区<1.5 cm;胸膜肥厚指抗结核疗程结束时行胸部 CT 检查,胸膜弧形影厚度>3 mm 或形成胸膜局限性增生性结节;气胸根据患者临床症状、体征和胸部 X 线片检查判断。

1.4 统计学处理 采用 SPSS21.0 统计软件进行数据处理及统计学分析,呈正态分布的计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对样本 t 检验;计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者治疗后临床表现比较 治疗后研究组

患者胸腔积液引流量,胸闷、发热等症状持续时间均明显少于对照组患者,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者治疗后临床表现比较($\bar{x}\pm s$)				
组别	<i>n</i>	胸腔积液引流量 (L)	治疗后胸闷持续 时间(d)	治疗后发热持续 时间(d)
研究组	39	2.17±0.49 [*]	3.85±1.22 [*]	3.44±0.98 [*]
对照组	39	3.76±0.36	10.24±2.71	11.70±2.28

注:与对照组比较,^{*} $P<0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后胸膜厚度、住院时间、住院费用比较 治疗前两组患者胸膜厚度比较,差异无统计学意义($P>0.05$);研究组患者治疗后胸膜厚度、住院时间、住院费用均明显少于对照组患者,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后胸膜厚度、住院时间、住院费用比较($\bar{x}\pm s$)					
组别	<i>n</i>	胸膜厚度(mm)		住院时间 (d)	住院费用 (千元)
		治疗前	治疗后		
研究组	39	3.25±1.02	1.82±0.35 ^{#*}	10.02±3.31 [*]	2.13±0.59 [*]
对照组	39	3.41±1.05	2.56±0.64 [#]	22.17±4.53	2.33±0.71

注:与同组治疗前比较,[#] $P<0.05$;与对照组比较,^{*} $P<0.05$ 。

2.3 两组患者并发症发生率比较 治疗后研究组患者胸膜肥厚、气胸、胸膜反应发生率分别为 5.13%、2.56%、2.56%,明显少于对照组的 17.95%、15.38%、30.77%,差异有统计学意义($P<0.05$)。研究组与对照组患者血性胸腔积液发生率分别为 5.13%和 2.56%,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者并发症发生率比较[<i>n</i> (%)]					
组别	<i>n</i>	胸膜肥厚	气胸	胸膜反应	血性胸腔积液
研究组	39	2(5.13) [*]	1(2.56) [*]	1(2.56) [*]	2(5.13)
对照组	39	7(17.95)	6(15.38)	12(30.77)	1(2.56)

注:与对照组比较,^{*} $P<0.05$ 。

3 讨 论

结核性胸膜炎是由于感染结核分枝杆菌,胸膜对结核分枝杆菌产生高度变态反应后引发的炎症。患者发病后胸膜的通透性增高,血浆蛋白质会进入胸膜腔,胸腔积液渗透压增加,淋巴管的正常运输作用受到抑制,壁层胸膜淋巴引流发生障碍,重吸收减少,导致胸腔内渗出液体。尤其在病变早期,胸膜充血后毛细血管通透性升高,胸腔积液中出现大量白细胞浸润,随后出现淋巴细胞浸润,胸膜表面在纤维素性渗出的基础上又出现浆液性渗出,液体大量聚集在胸腔内形成胸腔积液,此时的液体富含大量炎症介质,纤维母细胞活性增强,胶原合成变多,进一步病变会

形成包裹性积液和胸膜肥厚。常规药物治疗很难进入胸腔并达到有效的治疗浓度,而且肺叶复张受阻,积液持续存在,症状迁延难愈,会引发多种不利于患者康复的并发症^[4-6]。

传统采用胸腔穿刺抽出积液治疗时,胸膜吸收胸腔积液的过程十分缓慢,病程较长,大量纤维素蛋白会在胸膜上不断积累,造成壁层和脏层胸膜粘连,最终形成难治性脓胸,因此寻求一种更为安全、高效的治疗方法势在必行^[7-9]。本研究结果显示,研究组患者使用中心静脉导管经皮置管引流联合胸腔给药尿激酶进行治疗,患者临床胸腔积液引流量、胸闷发热症状持续时间明显减少,胸膜厚度、住院时间明显减少,并发症发生率降低,与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。由此可见,在疾病发生的早期进行胸腔置管引流,操作时间短,患者痛苦较小,气胸、胸膜反应、胸膜肥厚等并发症发生率减少;使用导管引流后患者的正常活动不受限制,引流管也可以长时间保存,拔管比较方便,伤口较小,且容易愈合,可随时随地根据需要进行胸腔积液常规生化检查和细胞学检查。同时可经导管注入尿激酶,尿激酶能够特异性地激活纤溶酶原,使其形成纤维蛋白溶解酶,在胸腔内直接溶解已经形成的纤维蛋白,裂解纤维分隔,降低胸腔积液的黏稠度,从而加快胸腔积液的吸收^[10-12];再者药物作用在胸膜表面时可增加毛细血管、淋巴管的通畅程度和再吸收能力,抑制胸膜纤维化相关因子的合成和释放,有效地避免了胸膜肥厚和粘连的发生^[13-14]。在临床治疗的过程中发现,尿激酶对发生结核性渗出性胸膜炎但尚未广泛粘连分隔患者的治疗效果较好,对病程后期在壁层和脏层存在较厚纤维素层或已经机化的纤维板的溶解效果不佳,在使用过程中应特别注意^[15]。

综上所述,结核性胸膜炎患者具有病程长、治疗难度大、后遗症多等特点,常规治疗往往难以获得最佳的疗效,早期胸腔置管引流联合胸腔内注射尿激酶治疗安全、高效、创伤小、容易操作,能有效地缩短患者住院时间,减少住院费用,效果明显,值得推广使用。

参考文献

[1] 彭亦平,谭彩萍,姚琳,等.胸腔内注射尿激酶对结核性胸膜炎患者纤溶活性及胸膜肥厚的影响[J].广东医学,2014,35(10):1610-1611.

- [2] 龙章改.胸腔置管引流并注入尿激酶治疗结核性渗出性胸膜炎的疗效观察[J].临床肺科杂志,2012,17(3):478-479.
- [3] XIE S, LU L, LI M, et al. The efficacy and safety of adjunctive corticosteroids in the treatment of tuberculous pleurisy: a systematic review and meta-analysis[J]. *Onco-target*, 2017, 8(47):83315-83322.
- [4] 谭雪琴,董勇.护理干预对结核性胸膜炎患者胸腔引流效果及治疗依从性的影响[J].现代中西医结合杂志,2016,25(24):2727-2729.
- [5] 雷香琴,陈丹丹,李先馨.胸腔置管注药联合抗结核药治疗结核性胸膜炎疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2014,23(15):1637-1638.
- [6] HUO Z Y, PENG L. Is Xpert MTB/RIF appropriate for diagnosing tuberculous pleurisy with pleural fluid samples? A systematic review[J]. *BMC Infect Dis*, 2018, 18(1):284.
- [7] 戚代江.胸腔穿刺置管闭式引流与反复胸腔穿刺抽液治疗结核性胸膜炎的临床效果[J/CD].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2015,15(32):24.
- [8] 许利芳,李园园,胡克.两种引流方法治疗结核性胸膜炎临床疗效的 Meta 分析[J].医学研究杂志,2017,46(1):115-119.
- [9] 王德翠,陈子芳,陈琦,等. GeneXpert MTB/RIF 技术在结核性胸膜炎诊断及利福平耐药检测中的价值[J].国际呼吸杂志,2015,35(14):1071-1074.
- [10] 刘昕阳,李锐成,沈建军,等.结核性胸膜炎诊断方法在临床应用中的比较研究[J].检验医学与临床,2017,14(2):206-208.
- [11] 杨新婷,关国英,王亚红,等.结核性胸膜炎的临床特征及诊断技术分析[J].中国防痨杂志,2017,39(11):1162-1168.
- [12] 唐先梅,赵英仁,江自成,等.新方法初治结核性胸膜炎的疗效观察[J].中国感染控制杂志,2018,17(1):52-55.
- [13] 周辛灿.对 118 例结核性胸膜炎患者进行治疗的方法和效果探析[J].当代医药论丛,2014,4(21):8-9.
- [14] YAMOTO M, KAWAGISHI Y, MURATA A, et al. Successful treatment of non-tuberculous mycobacterial pleurisy with acute fever by antimycobacterial therapy[J]. *Bmj Case Rep*, 2018, 2018:bcr-2017-222439.
- [15] 周敏,杨清莹,陈华昕,等.外周血及胸腔积液 γ -干扰素释放试验对结核性胸膜炎的诊断价值[J].解放军医学杂志,2018,43(1):56-60.

(收稿日期:2019-09-05 修回日期:2019-12-28)