综上所述,TUKEP联合小切口治疗方式是高龄 高危BPH伴膀胱结石患者比较理想的选择,安全性 高、创伤小且并发症较少。

参考文献

- 1 朱刚,王建业,王东文,等.老年人良性前列腺增生/下尿路 症状药物治疗共识[J].中华老年医学杂志,2011,30(11): 889-893.
- 2 游志勇, 俞金水, 刘振明. 经尿道等离子体前列腺剜除术 治疗巨大体积前列腺增生[J]. 中国医药指南, 2014, 12 (4):123-124.
- 3 王朝,盛玉文,刘奔,等.经尿道前列腺等离子腔内剜除术治疗大体积良性前列腺增生的临床疗效[J].北京医学,2014.36(2):102-105.
- 4 Brain M, Benway MD, Sam B, et al.Lower urinary tract calculi[A]//Wein AJ, Kavoussi LR, McDougal WS. Campbell-Walsh Urology[M].Oxford: Elsevier Limited, 2011.2521-2530.
- 5 张跃辉,施国伟,王洋,等.前列腺增生并发膀胱结石形成原因探讨[J].现代泌尿外科杂志,2012,17(3):272-273.
- 6 Mcvary KT, Roehrborn CG, Avins AL, et al.Update on AUA guideline on the management of benign prostatic hyperplasia[J].J Urol, 2011, 185(5):1793-1803.
- 7 罗建仕,陈光,曾四平,等.经尿道前列腺等离子电切术联

- 合气压弹道碎石术治疗高龄高危前列腺增生并膀胱结石的临床效果[J].现代泌尿外科杂志,2013,18(6):578-581.
- 8 Reece AS. Dying for love: Perimenopausal degeneration of vaginal microbiome drives the chronic inflammation—malignant transformation of benign prostatic hyperplasia to prostatic adenocarcinoma[J].Med Hypotheses, 2017, 101 (16):44-47.
- 9 刘定益,王健,王名伟,等.碎石钳与钬激光在前列腺增生并膀胱结石的疗效比较[J].中国内镜杂志,2011,17 (9):966-968.
- 10 Elshal AM, Elmansy HM, Elhilali MM. Transurethral laser surgery for benign prostate hyperplasia in octogenarians: safety and outcomes[J]. Urology, 2013, 81(3): 634-639
- 11 梁学清,于兵,李丹丹,等. 经尿道前列腺汽化电切术联合钬激光碎石术同期治疗良性前列腺增生症合并膀胱结石的临床疗效[J].中国老年学杂志,2016,36(1):146-148.
- 12 Rao JM, Yang JR, Ren YX. Plasmakinetic enucleation of the prostate versus transvesical open prostatectomy for benign prostatic hyperplasia >80 ml; 12-month follow-up results of a randomized clinical trial[J]. Urology, 2013,82(1);176-181.

(收稿日期 2017-07-07) (本文编辑 蔡华波)

·经验交流·

重症监护病房床旁纤支镜术并发症分析及防治对策

吴伟东 李开军 舒建胜 杨凯超

重症监护病房开展床旁纤支镜术对危重患者进行气道管理,安全且疗效确切[1.2],现已广泛应用于危重病患者的抢救。然而ICU患者因病情较重,如适应证把握不严或操作不规范,仍存在一定风

 ${\rm DOI:}\,10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2018.01.021$

作者单位:323000 浙江丽水,丽水市中心医院全科医 学科 险,为了解在床旁纤支镜术发生并发症情况,本次研究对本院行床旁纤支镜术患者出现的并发症进行回顾性分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2008 年 1 月至 2016 年 12 月 在丽水市中心医院综合重症监护病房住院危重 患者 1 076 例,共实施 1 529 次床旁纤支镜术,均 具备行纤支镜术指征,排除严重心肺功能衰竭、未纠正的各种休克、弥散性血管内凝血或血小板计数低于20×10°/L、生命体征不稳定、疾病终末期或放弃治疗者等。其中男性563例、女性513例;年龄15~98岁,中位年龄66.89岁;入住时急性生理与慢性健康状况(acute physiology and chronic health evaluation, APACHE II)评分(19.25±5.12)分;患者原发病包括心、肺、脑等多脏器功能衰竭,严重肺部感染,大手术后,多发伤,重度中毒,肿瘤晚期等。

1.2 方法 所有患者均在监护病房床边进行纤支镜术,术前进行血气分析,严密监测生命体征和血氧饱和度等。无机械通气患者予高浓度吸氧,机械通气患者先给纯氧3 min,然后安装特殊三通管与呼吸机相接,局部气道黏膜麻醉后,纤支镜插入三通管专门设置的孔,即可在机械通气下进行纤支镜各项操作。手术1~2 d后复查胸片或胸部CT。

1.3 观察指标 纤支镜术后行血气分析,观察术中 及术后并发症发生情况及术后转归。

2 结果

2.1 并发症发生情况 术中心律失常发生24例, 主要是窦性心动过速19例、房颤3例、窦缓2例;术 中低氧血症发生78例,术后低氧血症21例,气道出 血23例,发热8例,低于38℃发热5例,38℃以上发 热3例,严重气管、支气管痉挛2例。

2.2 并发症转归 术中心律失常的患者在停止操作后症状自行缓解。术中低氧血症的发生主要见于未使用呼吸机,仅给鼻导管吸氧患者,部分发生在使用气管导管管径7号及以下的呼吸机患者。术后低氧血症的发生多见于灌洗治疗患者,主要原因有灌洗液总量≥100 ml、高龄、肺功能差,且两肺均有灌洗的患者更易发生术后低氧血症。经呼吸机高浓度吸氧1~3 h均恢复正常。术后气道大量出血的患者给予1:10000肾上腺素气管内局部喷洒后出血停止,少量出血者未给处理。严重气管、支气管痉挛的患者因均原有支气管哮喘病史,经激素、多索茶碱、支气管扩张剂治疗后缓解。低于38℃发热5例,未给特殊处理,次日体温降至正常,38℃以上发热3例,给予短期抗生素治疗后降至正常。

3 讨论

由于纤支镜操作时的刺激,易出现心律失常,尤 其是原有冠心病的老年患者,在缺氧状态下更易发 生。术前进行心脏功能评估,充分气管黏膜局部麻醉

 $-\Phi$

和供氧,操作时动作轻巧,可避免或减少心律失常发生。对于这类老年患者,在操作时必须进行心电监护,本次研究中曾有2例老年患者出现心率减慢至40~50次/分伴频发室早,停止操作后,心率恢复正常。

术中低氧血症在纤支镜术并发症中较常见,本 次研究低氧血症主要发生在鼻导管或面罩吸氧下, 其原因与纤支镜镜身堵塞大部分气道及支气管痉挛 等有关,然而由于在ICU绝大多数患者是在机械通气 下行纤支镜术,说明机械通气并不是纤支镜操作的 禁忌证,机械通气患者安装一特制三通接头,可在机 械通气下进行纤支镜操作,能保持呼吸机回路的相 对密闭,故反而相对较少发生低氧血症。若术中出 现血氧饱和度低于90%,应立即停止操作,退出纤支 镜,予高浓度吸氧数分钟后,才可继续进行。术前充 分吸氧、气道黏膜麻醉和尽量缩短纤支镜操作时间 是避免术中低氧血症的关键。术后低氧血症主要发 生在支气管肺泡灌洗术后,本次研究3例患者术后持 续低氧血症,经高流量吸氧3~4h后纠正,考虑与灌 洗液过多、两肺都灌洗有关。因此,建议灌洗液量以 小于50 ml为宜,尤其对于老年患者。

术后出血主要原因为气管黏膜局部麻醉不充分,在纤支镜操作时,患者咳嗽反射仍较强,纤支镜易损伤气道黏膜而引起出血,尤其是黏膜水肿、糜烂的患者则更易引起黏膜损伤出血。但是这种原因引起的出血量一般不多,大多数不需处理,一般1~3d后出血会自行停止。少数大量出血的患者给予1:10000肾上腺素局部喷晒止血。因此,为了防止术后出血,术前需给予充分局部黏膜麻醉,不仅有利于操作顺利进行,也可明显减少术后出血的发生。必要时也可给予小剂量镇静。

对于原有支气管哮喘病史者,应充分气道黏膜麻醉和纤支镜时刻保持视野在气道中央,减少镜头对气道壁的触碰。出现严重支气管痉挛,应立即退出纤支镜,给予吸氧、激素、多索茶碱、支气管扩张剂等治疗。

有研究报道纤支镜检查有出现死亡的严重并发症^[3,4]。本次研究未出现死亡病例,但高龄老年患者往往病重体弱,合并症较多,进行纤支镜检查仍有一定的风险,在操作过程中为减少并发症发生,需注意:①术前评估患者心肺功能;②充分气道麻醉,动作轻柔,负压吸引适度,注意充分供氧,若出现血氧饱和度下降至90%以下应暂停操作,加大氧浓度待血氧饱和度恢复至90%以上再继续操作,③

连续操作时间尽量不超过20 min。对于心肺功能较差的老年人要慎重进行支气管肺泡灌洗,如需要则每次注入的体液量要少,重复次数尽量不要太多,动作轻柔迅捷,尽可能缩短每次操作时间,灌洗时间不超过10 min为官。

参考文献

1 支气管镜在急危重症临床应用的专家共识组.支气管镜在急危重症临床应用的专家共识[J].中华急诊医学杂志,2016,25(5);568-572.

- 2 吴伟东,李开军,舒建胜. 床旁纤维支气管镜术对重症监护病房患者气道管理的应用价值[J]. 中华危重症杂志, 2016,9(4):222-225.
- 3 曾军,林材元,钟维农,等. 纤维支气管镜检查的严重并 发症回顾及分析[J]. 中国内镜杂志,1998,4(6):37-39.
- 4 陈世雄,高宝安,阮玉姝,等.支气管镜检查中引起的严重 并发症及其防治对策分析[J]. 重庆医学,2012,41(7): 716-719

(收稿日期 2017-05-16) (本文编辑 蔡华波)

·经验交流•

非结核分枝杆菌肺病60例患者的临床疗效 及其耐药性分析

曹杨荣

非结核分枝杆菌是临床上常见的致病菌,是除了结核分枝杆菌和麻风分枝杆菌外的其他分枝杆菌,可以侵犯人肺部、淋巴结、骨骼、关节等组织器官,从而能引起全身播散性疾病,严重影响患者健康及生活。非结核分枝杆菌肺病则是由于非结核分枝杆菌引起的疾病,且疾病发生率呈上升趋势,根据我国2010年调查结果表明,我国非结核分枝杆菌肺病发生率达到22.9%,患者发病早期临床症状缺乏特异性,容易造成临床诊断、治疗出血误诊,从而延误最佳治疗时机^{12,31}。常规治疗方法以传统克拉霉素联合阿米卡星方案为主,该方案虽然能延缓病情发展,但是远期疗效欠佳,药物耐药性较高,导致患者预后较差¹⁴¹。有研究指出,将克拉霉素、阿米卡星联合利奈唑胺用于治疗非结核分枝杆菌肺部患者效果理想,可以提高临床疗效,降低耐药性,降低

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2018.01.022 作者单位: 321000 浙江金华, 浙江金华广福医院结 核科 炎症因子水平^[2,5]。本次研究旨在探讨非结核分枝杆菌肺病患者临床疗效及其耐药性。现报道如下。

1 资料与方法

-

1.1 一般资料 取 2016年5月至2017年5月浙江金华广福医院结核科收治的非结核分枝杆菌肺病患者60例,其中男性35例、女性25例;平均年龄(46.98±4.24)岁;平均病程(2.35±0.86)月。纳入标准:①符合2007年美国ATS文件中关于非结核分枝杆菌肺病临床诊断标准^{16.71};②均伴有不同程度的咳嗽咳痰、血痰、发热及胸闷气促等;③均符合药物治疗适应证。排除标准:①资料不全或难以配合治疗者;②合并严重心、肝、肾功能异常及精神异常者。本次研究在伦理委员会批准、监督下进行,患者对治疗方法等知情同意。按照不同治疗方法将研究对象分为对照组和观察组。其中对照组30例,男性18例、女性12例;年龄16~75岁,平均(46.83±4.21)岁;病程1~4月,平均病程为(2.31±0.85)月。观察组30例,男性17例、女性13例;年龄17~76岁,平均年龄