

表 4 4 组患者治疗前后血清 Treg 细胞因子 TGF-β₁、IL-10 及趋化因子 MCP-1、IP-10、CCL-3 水平比较(̄x ± s)

组别	例数	TGF-β ₁ (pg/ml)	IL-10 (pg/ml)	MCP-1 (pg/ml)	IP-10 (μmol/L)	CCL-3 (pg/ml)
对照组	治疗前	25 677.45 ± 186.57	43.18 ± 27.39	461.94 ± 120.65	5.65 ± 0.92	216.48 ± 60.67
	治疗 3 周后	25 325.14 ± 114.47 ^a	25.13 ± 5.44 ^a	164.33 ± 51.02 ^a	4.13 ± 0.78 ^a	164.87 ± 26.78 ^a
胸腔镜组	治疗前	25 703.24 ± 253.69	46.73 ± 25.84	487.35 ± 148.12	5.57 ± 1.16	228.39 ± 65.78
	治疗 3 周后	25 189.03 ± 67.66 ^{ab}	17.68 ± 3.57 ^{ab}	127.76 ± 43.75 ^{ab}	3.54 ± 0.67 ^{ab}	130.46 ± 30.23 ^{ab}
热疗组	治疗前	25 694.83 ± 212.81	45.25 ± 27.61	445.24 ± 155.18	5.49 ± 0.95	202.50 ± 73.95
	治疗 3 周后	25 131.17 ± 54.84 ^{abc}	14.74 ± 4.29 ^{abc}	95.41 ± 38.38 ^{abc}	3.02 ± 0.64 ^{abc}	112.94 ± 20.12 ^{abc}
联合组	治疗前	25 690.56 ± 248.24	44.69 ± 22.73	468.59 ± 106.34	5.71 ± 1.13	193.86 ± 71.34
	治疗 3 周后	25 87.45 ± 32.51 ^{abcd}	12.25 ± 3.26 ^{abc}	68.94 ± 26.49 ^{abcd}	2.48 ± 0.49 ^{abcd}	89.35 ± 23.41 ^{abcd}

注:与同组治疗前比较,^aP<0.05;与对照组治疗 3 周后比较,^bP<0.05;与胸腔镜组治疗 3 周后比较,^cP<0.05;与热疗组治疗 3 周后比较,^dP<0.05

除纤维间隔,有利于胸腔积液的清除,是治疗胸膜粘连增厚的有效手段之一。

此外,临床上对于结核性胸膜炎,除了全程有规律、适量使用抗结核药物并积极处理胸腔积液以外,深部热疗也是近年来在临床上应用较广的一项治疗恶性胸腔积液的新方法^[7]。本研究中,热疗组与对照组患者胸腔积液引流总量比较差异无统计学意义,这可能是由于本课题纳入的病例样本量偏少及热疗能够加速组织局部血液循环进而促进胸腔积液吸收等原因。

有研究证实,机体的免疫状态是导致结核病发病的主要原因之一^[8]。Treg 亚群具有免疫抑制和免疫调节功能,可通过分泌具有免疫抑制作用的 IL-10、TGF-β₁,激活 CD4⁺ 和 CD8⁺ T 淋巴细胞,从而调节免疫应答。另外趋化因子也是与结核杆菌感染密切相关的因子,可趋化单核细胞向胸膜内皮下间隙募集,转化为巨噬细胞,并激活巨噬细胞、局部炎症细胞等产生细胞因子,从而加重炎症反应。本研究中,治疗 3 周后 4 组患者血清 TGF-β₁、IL-10、MCP-1、IP-10、CCL-3 水平均低于治疗前,且治疗 3 周后胸腔镜组、热疗组和联合组患者 TGF-β₁、IL-10、MCP-1、IP-10、CCL-3 水平均低于对照组,表明内科胸腔镜和深部热疗均有一定的治疗优势,都能够通过不同的作用原理治疗包裹性结核性胸膜炎,而两者联合使用可进一步增加患者的临床获益。

综上所述,内科胸腔镜联合深部热疗治疗包裹性结核性胸膜炎疗效确切,可大大改善患者的肺功能,提高机体细胞免疫功能,为临床推广使用提供了一定的理论支持。

参 考 文 献

[1] 唐艺洋,吴洲鹏,易敏. 结核性胸膜炎免疫指标研究进展[J]. 检验医学与临床,2018,28(9):1363-1365.

[2] 唐晓媛,左慧敏,陈国峰,等. 内科胸腔镜治疗结核性胸膜炎的意义[J]. 中国内镜杂志,2018,24(7):1-4.

[3] 肖绍文,吴稚冰,张珂. 肿瘤热疗中国专家共识[J]. 实用肿瘤杂志,2020,35(1):1-10.

[4] Yamamoto J, Nishiura M, Ohata T, et al. Tuberculous Pleurisy Diagnosed by Thoracoscopic Lung Biopsy[J]. Kyobu Geka,2018,71(3):169-172.

[5] Machado NO. Sclerosing Encapsulating Peritonitis: Review [J]. Sultan Qaboos Univ Med J,2016,16(2):e142-e151.

[6] 王科文,王雁军. 胸腔闭式引流联合尿激酶等治疗结核性胸膜炎疗效观察[J]. 人民军医,2018,217(4):324-326.

[7] Lloret M, García-Cabrera L, Hernandez A, et al. Feasibility of a deep hyperthermia and radiotherapy programme for advanced tumors: first Spanish experience[J]. Clin Transl Oncol,2019,21(12):1771-1775.

[8] Satti I, McShane H. Current approaches toward identifying a correlate of immune protection from tuberculosis[J]. Expert Rev Vaccines,2019,18(1):43-59.

(收稿日期:2020-02-26)

(本文编辑:周三凤)



[DOI]10.3969/j.issn.1001-9057.2021.03.019

http://www.lenkz.com/CN/10.3969/j.issn.1001-9057.2021.03.019

· 病例报告 ·

心房除极延迟误诊为心房起搏障碍一例

李倬澜 郭其凤 许祥林

[关键词] 起搏器; 心电图; 心房除极延迟; 心房起搏障碍

[中图分类号] R540.4 [文献标识码] B

患者,女,64岁,因“反复劳累、胸闷、乏力2年”于2020年3月24日入院。患者2年前无明显诱因出现劳累、胸闷,感四肢乏力,轻微活动后上述症状明显,休息后稍有缓解,夜间能平

卧,伴双下肢水肿,无胸痛、心悸。因既往有起搏器植入术史。门诊以“起搏器植入术后”收入院。入院体格检查:T 36.3℃,P 60次/分,R 20次/分,Bp 108/64 mmHg,神志清楚,全身皮肤黏膜无出血点及瘀斑,双侧颈静脉无怒张,口唇无发绀,甲状腺未触及明显肿大,双肺呼吸音清,心界不大,律不齐,心率约

