

# 电视胸腔镜下心包囊肿摘除术 2 例报告

陈德兴 董加纯 梁长 杨立波 田玉华

吉林省前卫医院普通外科(长春,130012)

心包囊肿是一种少见疾病,开胸手术切除囊肿是一直沿用的治疗方法。我院自 1993 年至 1999 年收治 2 例心包囊肿,均在电视胸腔镜下作囊肿切除术,术后效果极佳,现报道如下。

病例 1:女性,43 岁。因胸腔肿物于 1997 年 4 月 1 日入院。于入院前 2d 于 X 线胸透时发现胸腔左侧位于心尖部有一肿物。查体未见异常。实验室检查未见异常。胸 CT 扫描:见左心尖旁可见一新月形小凸影,大小约为 5.0cm × 4.0cm,其边界光滑有蒂影,与左心缘相连。诊断为心包囊肿,在电视胸腔镜下心包囊肿摘除术。随访 4 年,疗效良好。

病例 2:女性,年龄 40 岁。因胸部闷痛,劳累或平卧时加重 1 个月,于 1999 年 11 月 15 日入院。查体未见异常。胸部 X 光透视:右侧心膈角区可见球形阴影。CT:右侧心膈角区可见囊性水样密度影。诊断:心包囊肿。于 1999 年 11 月 22 日在全麻电视胸腔镜下摘除心包囊肿。随访 18 个月,效果良好。

## 手术方法

术前准备同开胸手术。应用双腔管气管插管。患侧肺萎缩。穿刺点一般选 3 个,如果手术需要可根据情况增加一个穿刺点。穿刺点一般选在锁骨中线、腋前线、腋中线及腋后线上。根据囊肿的位置选择每个穿刺点的位置。置入胸腔镜后即可清楚见到心包囊肿。提起囊肿,沿囊壁周围分离,最后分离囊肿基底部,摘除囊肿。用冲洗吸引器冲洗观察囊肿残腔有否

出血。如有活动出血应止血。胸腔留置闭式引流管。

## 讨 论

心包囊肿发病率 10 万人中 1 例。一般认为是一种先天性疾病。囊肿切除是唯一的治疗方法<sup>[1]</sup>。传统手术方法是开胸切除囊肿。胸腔镜下切除囊肿,具有不开胸,痛苦小,术后恢复快,住院时间短等优点。胸腔镜手术时,应选择双腔管插管,可将患侧肺叶萎缩,增大操作空间。胸壁穿刺点,应根据囊肿的部位而定。置镜的部位应是观察囊肿和手术视野的最佳位置,穿刺孔应位于镜孔与病灶之间,容易操作,且两个操作孔之间应具有一定的距离,以便操作时不至于相互干扰。囊肿或与心包腔隔绝,或经囊蒂与心包腔相通,此即所谓心包憩室。若为后者游离囊蒂时,由于囊蒂较深,游离时视野显露不清,不宜强行牵拉,应慎重游离以免引起出血。由于囊壁较薄,牵拉时易撕裂,游离囊肿时应注意尽量避免撕破囊壁,已使囊肿与周围组织界线清楚,确保囊肿完整切除。胸腔镜手术具有无需像腹腔镜那样气腹的特点,所以对器械的要求并不象腹腔镜那样严格。因此,腹腔镜器械、常规手术器械都可以应用于胸腔镜手术。由于胸廓具有良好的空间,可以调换胸腔镜角度及位置,所以视野优于开胸手术。

## 参 考 文 献

- 1 兰锡纯主编. 心脏血管外科学. 北京:人民卫生出版社, 1985. 355-356.