

电视胸腔镜手术 53 例分析

邵仲凡 陈光辉 刘晓峰 王正冬

江苏省连云港市第一人民医院胸外科(连云港 222002)

中图分类号 R655

文献标识 B

文章编号 :1009-6604(2004)02-0162-02

电视胸腔镜手术(video-assisted thoracoscopic surgery, VATS)是近年来迅速发展起来的一种全新的胸部外科微创技术,已广泛用于临床。我们 2000 年 5 月~2003 年 3 月共完成各类电视胸腔镜手术 53 例,取得满意的临床效果,现总结报告如下。

临床资料与方法

一、一般资料

本组 53 例,男 46 例,女 7 例。年龄 16~83 岁,平均 56.7 岁。自发性气胸,肺大疱切除术 26 例,其中巨型肺大疱切除 2 例,气胸为反复发作、放置胸腔引流 1 周以上仍漏气,恶性胸水行胸膜固定术 11 例,均为单侧胸水并伴有不同程度的胸闷、气促,所有胸水病例术前均行多次胸腔穿刺抽液,平均每次抽液量 >1000 ml,肺部微小结节、转移瘤及良性肿瘤行肺楔形切除术 11 例,术前作肺功能测定,其中 5 例肺功能中度减退,2 例重度减退;外伤性血胸行胸腔止血并血凝块清除术 2 例,胸膜活检及肺门淋巴结活检 2 例,胸腔内金属异物取出术 1 例。

二、手术方法

双气管插管,全身麻醉,术侧肺萎陷。患者取健侧卧位,并将手术床调节成折刀位 30°。胸腔镜切口一般选在腋中线第 7 肋间,另外 2 个操作孔位置根据病灶位置决定,3 个切口呈倒三角形,如果切口下胸膜粘连,进镜困难,可用手指或器械分离,然后置入套管插入胸腔镜。在胸腔镜监视下选择第二和第三个切口,插入操作器械进行胸腔内病灶探查和手术。术毕生理盐水冲洗胸腔,双肺通气,逐渐加压膨胀,漏气或出血处用电凝或钛夹处理,经最低位切口置胸腔引流管。

结 果

3 例因术侧胸膜腔广泛致密粘连,进镜困难而中转开胸,2 例加胸部 6 cm 小切口辅助完成 VATS 手术,余 48 例均经电视胸腔镜完成整个手术操作。手术时间 20~70 min,平均 41 min。全组手术出血量 <100 ml,无输血。术后置胸腔管 1~7 d,平均 2.5 d,无手术死亡及胸腔感染并发症。3 例术后低热伴有患侧胸痛,为恶性胸水患者,行胸膜固定,滑石粉刺激反应所致,予以对症处理症状消失。术后住院 5~12 d,平均 8 d。自发性气胸肺大疱切除术后 26 例均获随访 2~34 个月,无复发。恶性胸水行胸膜固定术后效果满意,

11 例中除 3 例术后半年内死亡外,余 8 例生存期内随访 6~18 个月,无胸水复发。

讨 论

自发性气胸被视为 VATS 最佳手术适应证之一。术中寻找破裂肺大疱开口是手术关键^[1]。患者多有反复发作,并经胸腔闭式引流处理,胸膜腔多有粘连,肺大疱的破裂口大部分位于肺尖的粘连根部。在单肺通气不能发现漏气部位时,胸内注入适量生理盐水,并膨胀术侧肺组织,即能发现漏气部位。对于巨型肺大疱,因占据胸腔的大部,且有很大的膨胀力,影响手术视野,可先剪破大疱壁使之萎陷获得良好的显露,用器械夹持破裂的大疱旋转,使其原先宽大的基底部变窄,便于放置腔内切割缝合器(Endo-GIA)并一次性切割完全。

对于顽固性胸水,临床确诊及有效遏制有时很困难,传统的方法是反复胸腔穿刺抽液及胸膜穿刺活检,癌细胞检出率较低^[2]。本组恶性胸水病例均在电视胸腔镜下发现病灶并进行活检获得确诊,同时用自制滑石粉喷洒器将消毒的滑石粉均匀喷布于胸膜脏、壁层表面,使其获得永久性粘连闭锁,消灭胸膜腔,终止胸腔积液。主要不良反应是短暂的发热和胸痛,系滑石粉刺激胸膜产生炎症反应所致,给予对症治疗即可缓解。滑石粉使用量约 10 g。为防止复发性肺水肿发生,对有大量胸水患者,术前置胸腔闭式引流缓慢放掉胸液,术中定时并分次膨胀,术后适当使用激素,并注意控制输液量及滴速。

肺楔形切除术主要用于肺周围型病灶或肺内微小结节的治疗或诊断性切除。对于直径 < 3 cm 的良性肿瘤及肺部转移瘤,使用 Endo-GIA 施肺楔形切除术,均能达到治疗目的^[3]。在诊断不明的周围型肺肿瘤,尤其是肺部微小结节,在电视胸腔镜下作肺楔形切除并送病检,几乎能达 100% 确诊。如果是良性病变,诊断同时也完成治疗^[4]。肺内微小结节的定位是此类手术的关键步骤。本组 1 例因我们早期开展此项技术经验不足,镜下无法找到肺内结节而加小切口辅助完成。术前病灶的影像学定位对胸部操作孔切口的选择和术中能否找到病灶很重要。术中置入无创性卵圆钳或手指经操作孔触摸,必要时扩大操作孔至 3 cm,食、中指将被查肺组织夹在二指之间进行双合诊,尽量确定肺内病灶位置,完成肺楔形切除。

(下转第 164 页)

(上接第 162 页)

对于外伤性血气胸,置镜孔常规在腋中线第 7 肋间,操作孔应尽量靠近伤道,以利止血。手术要彻底探查整个胸腔,吸尽积血,对于肺挫裂伤予以缝扎,胸顶或肋间血管出血采用钛夹钳闭效果满意。需要注意的是,VATS 手术对于急诊外伤病例适应证的选择要慎重,排除心脏、肺大血管损伤,气管断裂等需要急诊开胸抢救生命的病例。

胸膜及肺门淋巴结活检、胸腔内异物取出也是很好的电视胸腔镜适应证。本组 3 例经 VATS 手术迅速获得明确诊断和正确治疗。

参 考 文 献

1 何鹏飞,刘同发,韩军. 电视胸腔镜在胸外科应用体会. 中华胸

心血管外科杂志 2002,18:300.

- 2 邵仲凡,陈光辉. 电视胸腔镜诊治恶性胸水. 江苏医药 2002,9:710.
- 3 刘彦国,王俊,刘军,等. 电视胸腔镜手术在肺周围型小结节病变诊断与治疗中的应用. 中国胸心血管外科临床杂志 2003,10:71-73.
- 4 格桑耕噶,曾富春,舒俊,等. 电视胸腔镜辅助小切口肺部手术 28 例. 中华胸心血管外科杂志 2000,16:172.

(收稿日期 2003-05-27)

(修回日期 2003-09-01)