

· 短篇报道 ·

# 电视胸腔镜治疗左肺巨大肺大疱合并食管平滑肌瘤 1 例

白 舒 张 瑛

(辽宁朝阳市中心医院心胸外科,朝阳 122000)

中图分类号 :R655.3 ;R735.1

文献标识 :D

文章编号 :1009 - 6604(2005)05 - 0415 - 02

2004 年 8 月我们通过电视胸腔镜治疗左肺上叶巨大肺大疱合并食管中段平滑肌瘤 1 例,现报道如下。

## 1 临床资料

患者男,48 岁,因“胸闷 1 月余,下咽困难 4 d”入院,就诊我院前病人已经在多家医院就医,诊断为食管平滑肌瘤。

入院查体:一般情况良好,呼吸平稳,口唇无发绀,瘦长无力体型。无颈静脉怒张,气管居中。胸廓对称,

左前上胸叩诊呈鼓音,听诊该部位呼吸音弱,余处呼吸音未闻及异常。辅助检查:上消化道钡餐造影显示食管中段平滑肌瘤,直径 1.5 cm(图 1)。电子胃镜提示进镜 26.0 cm 食管右侧壁黏膜局限性隆起,直径 1.0 cm 大小,可滑动。超声内镜提示食管固有肌层平滑肌瘤,15.0 mm × 10.0 mm 大小(图 2)。胸部 CT 显示左肺上叶巨大肺大疱(图 3)。

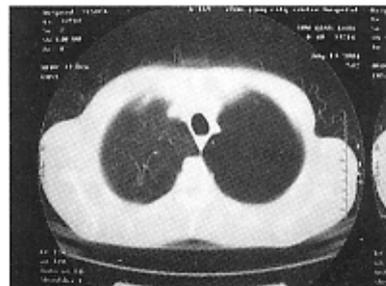
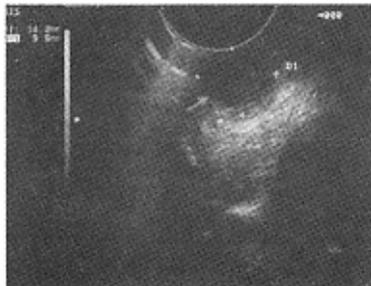


图 1 上消化道钡餐造影显示食管中段平第 6、7 椎体间隙处见自右前向左后凸之充盈缺损,直径约 1.5 cm 大小,其平面见“桥形皱襞”,黏膜无破坏

图 2 超声内镜提示食管壁第 4 层结构内低回声肿块,15.0 mm × 10.0 mm 大小,内部回声均匀,边界清晰

图 3 胸部 CT 显示左肺上叶巨大肺大疱,占据胸腔容积近 1/3

2004 年 8 月 14 日在全麻双腔气管插管下手术。右侧卧位,左上肢悬吊于外展位。观察口选择在腋中线第 7 肋间,2 个操作口分别选择腋前线第 4 肋间和腋后线第 5 肋间。置镜探查见左肺上叶肺大疱占据胸腔容积近 1/3,部分大疱壁与胸顶粘连,分离粘连后以卵圆钳夹持将整个大疱从 4 肋间切口拉出,用常规手术器械在基底部缝合结扎后完整切除。上叶、下叶位于斜裂边缘密集排列以及下叶肋面的高粱米粒大小的肺大疱电凝固化处理。在消化科纤维胃镜协助下寻找食管中段的平滑肌瘤,位于食管右前壁主动脉弓下 3.0 cm 处,经左胸镜下切除困难。将第 5 肋间切口向前延长为 8.0 cm 小切口,胸腔镜辅助下游离中段食管,穿过纱布带牵引食管,利用牵引带与食管的摩擦力将牵引带两端循逆时针方向适度牵拉,受牵引部分食管随之逆时针旋转 90°,直至充分显露病变部位。切开部分

食管外膜,钝性分开瘤体表面的食管肌层,在纤维内镜的上顶作用下顺利完整摘除 1.3 cm × 1.3 cm × 0.8 cm 食管平滑肌瘤。纤维胃镜观察未见食管黏膜破损,阻断病变部位远端食管管腔,经纤维胃镜注气也未见有气泡溢出。食管肌层切开处未予缝合。手术结束前将 3.0 g 无菌滑石粉通过多孔引流管均匀喷洒于胸腔内,行胸膜固定术。

病理诊断:肺大疱、食管平滑肌瘤。术后第 1 天拔除胃管,恢复经口进食。肺 I 度漏气 3 d,漏气停止后拔除胸腔引流管。术后 7 d 治愈出院。随访 3 个月无异常情况。

## 2 讨论

最初我们考虑到病人的食管平滑肌瘤位于食管中段的右侧壁上,所以拟定经右胸实施瘤体摘除的手术

方案。但是在详细询问病史时,我们对病人自述的“慢性支气管炎”病史及“胸闷”的主诉症状产生了疑问,胸部 CT 检查结果发现左肺上叶的巨大肺大疱,于是改变了手术方案。就诊我院前病人曾因其它疾病和食管平滑肌瘤就诊多家医院,均未发现左肺巨大肺大疱。如果我们仅仅从右胸手术摘除食管平滑肌瘤,不仅遗漏了重要的病变,而且手术中左肺单肺通气势必大大增加手术的风险性。经左胸入路的方案不但治疗 2 种疾病,而且增加了手术的安全性。

在手术前我们充分估计到了胸腔镜下经左胸切除食管右侧壁平滑肌瘤的困难,采取了以下措施保证了

手术的顺利进行:①将第 5 肋间操作口延长为小切口,胸腔镜辅助施术;②在纤维胃镜的帮助下寻找病变,并利用胃镜在食管腔内的上顶作用协助摘除平滑肌瘤,检查食管黏膜的完整性<sup>[1]</sup>;③利用食管牵引带的摩擦力将食管逆时针旋转,从而充分显露病变。

### 参考文献

- 1 刘军,李剑锋,赵辉,等.电子纤维食管镜在食管良性疾病电视胸腔镜手术中的应用.中华外科杂志,2002,40:852-854.

(收稿日期 2004-11-30)

(修回日期 2005-01-31)