

胸腔镜辅助肺叶切除术

叶中瑞 叶加洪 马德华 金 将 叶敏华 陈保富 朱成楚

(浙江省台州医院胸外科, 临海 317000)

中图分类号: R655.3

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2009)07-0667-02

随着微创外科技术的提高与发展, 手术器械的逐步完善和手术技巧的不断成熟, 电视胸腔镜手术(video-assisted thoracoscopic surgery, VATS) 临床应用已越来越普遍, 适应证逐步扩展。我院 2005 年 6 月~2009 年 1 月应用 VATS 行肺叶切除 50 例, 均获成功, 现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 50 例, 男 23 例, 女 27 例。年龄 17~78 岁, 平均 58 岁。

术前诊断肺癌 4 例, 肺部包块 30 例; 20 例咳嗽 1 个月~10 年, 9 例咯血 7 天~1 个月, 5 例体检发现肺部肿块 1 天~1 个月。CT 平扫 + 增强提示肿瘤为单个, 直径 2~5 cm, 位于肺的周边。30 例行痰找脱落细胞检查, 34 例行支气管镜检查。4 例行 CT 定位下穿刺活检, 病理诊断腺癌, 术前分期: I a 期 3 例, I b 期 1 例。

支气管扩张症 14 例: 均有咳嗽、咳痰(2 个月~3 年), 5 例伴咯血 2 天~10 个月。病灶部位呼吸音低, 可闻及痰鸣音。均经 CT 平扫 + 增强诊断支气管扩张症。病灶位于肺叶或肺段。

肺囊肿 2 例: 咳嗽、咳痰 1 个月、1 年。病灶部位呼吸音低, 闻及痰鸣音。CT 平扫 + 增强、支气管镜检查诊断肺囊肿伴感染。病灶均为单发, 直径 2、4 cm, 位于肺的周边。

病例选择标准^[1]: 术前诊断支气管扩张、肺囊肿病变局限于一个肺叶; 肺实质性病变位于肺周边, 不适合行楔形切除术; 肺癌病灶位于段级支气管以远, 直径 ≤ 5 cm, 胸部增强 CT 显示无肺动脉和静脉明显受侵, 纵隔淋巴结肿大直径 ≤ 1 cm; 无明显胸膜粘连, 心、肺功能检查无肺叶切除术禁忌证。

1.2 方法

全身麻醉, 双腔气管插管, 单肺通气。术侧上肢悬吊在麻醉架上。于腋中线第 7 或第 8 肋间做 1.5 cm 切口, 置入 trocar 及 30° 胸腔镜。腋后线第 5 肋间置入后操作套管, 腋前线第 4 肋间做 4 cm 切口为前操作孔(或腋后线第 5 肋间做 4 cm 切口为后操作孔, 腋前线第 4 肋间置入前操作套管), 不撑开肋

骨。

进胸后松解粘连, 探查肺叶的病变范围及肿瘤部位, 对 30 例术前无病理诊断的病灶行穿刺或活检, 确定病灶的性质, 决定切除范围。对肺癌行肺叶切除 + 淋巴结清扫, 对支气管扩张、肺囊肿行肺一叶或两叶切除。对肺裂发育不良者, 用电凝钩分离肺门的前后胸膜, 以上中叶肺静脉定位确定肺裂位置后, 用钝头吸引器及电凝钩交替分离叶间裂, 也可用 Endo-GIA 处理肺间裂。或先处理肺血管、支气管, 最后处理肺裂。对肺血管处理, 应用丝线推结器结扎法、钛夹法或直线切割缝合器法。对淋巴结清扫, 用淋巴结钳或卵圆钳提起淋巴结, 用电凝钩、吸引器头锐钝结合清扫叶间、肺门、隆突下淋巴结。对支气管, 结扎或夹闭支气管动脉后, 应用直线切割缝合器或支气管残端闭合器切断支气管。切除的肺叶及淋巴结置入标本袋经 4 cm 切口取出。19 例术后诊断 I b ~ III a 期肺癌者行化疗, 应用吉西他滨或紫杉醇或长春瑞滨 + 顺铂, 每 21 天重复, 共 4 个疗程, 每 3 个月复查一次。良性患者术后 1、3、6、12、24 个月复查。

2 结果

本组 50 例肺叶切除均在胸腔镜辅助下施行, 无需撑开肋间, 无中转开胸。手术时间 90~180 min, 平均 150 min, 术中出血 50~500 ml, 平均 240 ml。10 例术后需要止痛剂。术后引流时间 3~12 d, 平均 9 d。住院时间 3~13 d, 平均 10 d。无并发症发生。术后诊断肺癌 34 例, 其中腺癌 23 例, 鳞癌 6 例, 腺鳞癌 1 例, 细支气管肺泡癌 3 例, 类癌 1 例; 分期 I a 期 15 例, I b 期 11 例, II a 期 2 例, II b 期 3 例, III a 期 3 例。支气管扩张 14 例, 支气管囊肿 2 例。术式: 左下肺叶切除 20 例, 左下肺叶切除 + 舌段切除 3 例, 右下肺叶切除 12 例, 右上肺叶切除 9 例, 左上肺叶切除 5 例, 右中肺叶切除 1 例。34 例肺癌清扫淋巴结 6~16 枚, 平均每例 9 枚, 阳性 30 枚。随访 1~42 个月, 平均 20 个月, 其中 33 例 > 12 个月, 均健在, 其中 1 例 12 个月出现恶性胸腔积液, 经 VATS 胸腔积液清除 + 顺铂胸腔内化疗, 积液好转。

3 讨论

VATS 肺叶切除术是 VATS 发展到一定阶段的产物,随着器械和技术的提高,手术越来越安全可靠。VATS 安全可靠的前提是严格选择患者及医生具有良好的专业技术水平。我们认为 VATS 肺叶切除手术适应证为:①位于肺门区肺部良性肿瘤;②其他良性疾病如支气管扩张,肺囊肿等;③直径 < 5.0 cm 周围型非小细胞肺癌,CT 检查无纵隔淋巴结转移;④需要肺叶切除的肺转移癌等。本组 50 例无严重并发症。赵仁贵等^[2]的报道显示,对于早期肺癌,VATS 肺叶切除术 + 淋巴结清扫能达到满意的治疗效果,其 5 年生存率为 90%,与开胸手术 85% 相似。本组病例尚在随访中。

国内报道的 VATS 肺叶切除大多在小切口辅助下完成,辅助切口一般 5 ~ 10 cm,用肋骨撑开器撑开肋间隙并使用常规器械操作。本组不撑开肋骨,在胸腔镜下完成操作,患者术后疼痛轻,肺功能损害小,特别对老年肺功能差的肺叶切除有明显的优势。

解剖、游离肺门血管是手术的关键,应用电凝钩及钝头吸引器,解剖、游离出血管,用 7 号丝线或细尿管牵引血管,对小的血管,应用推结器丝线结扎法或钛夹钳闭法处理,安全、可靠,且不增加费用。对粗的血管,应用直线切割缝合器处理,安全、快捷,效果最好,但价格较贵。

对肺门及纵隔淋巴结清扫是手术重点^[3],也是争论的焦点,能否在胸腔镜下进行淋巴结清扫,达到根治效果?通过本组 34 例肺癌的临床实践,我们认为可以的,首先我们在病例选择时,主要是以 I 期为主,此期淋巴结相对容易清扫,本组平均每例 9 枚。值得注意的是,虽然是 I 期肺癌,但周围型小肺癌大多为腺癌,较早出现纵隔淋巴结转移,如仅根据术前 CT 检查及术中肉眼观察是不够的,应做肺门、纵隔淋巴结清扫。本组淋巴结阳性 30 枚,术后诊断 II a 期 2 例,II b 期 3 例,III a 期 3 例。

VATS 作为一项新技术,是微创外科的一部分,已充分体现了它的优越性,做肺叶切除是安全可靠的,早期肺癌做淋巴结清扫是可行的,但需要更长时间的随访和观察。

参考文献

- 1 滕洪,王述民,曲家骥,等.电视胸腔镜辅助小切口肺叶切除术 63 例报告.中国微创外科杂志,2008,8(7):591-593.
- 2 赵仁贵,陶永忠,吕兵,等.电视胸腔镜辅助小切口肺叶及全肺切除术.四川医学,2007,28(2):194-196.
- 3 McKenna RJ Jr. New approaches to the minimally invasive treatment of lung cancer. Cancer, 2005, 11(1):73-76.

(收稿日期:2009-03-13)

(修回日期:2009-04-23)

(责任编辑:王惠群)