

参考文献

- 1 Csendes A, Carlos Diaz J, Burdiles P, et al. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification[J]. Br J Surg, 1989, 76(11):1139.
 - 2 Baer HU, Matthews JB, Schweizer WP, et al. Management of the Mitiz-zi syndrome and the surgical implication of cholecystcholedochal fistula[J]. Br J Surg, 1990, 77(7):743.
 - 3 Glenn F, Fox MS, Wilk PJ, et al. Acute acalculous cholecystitis[J]. Ann Surg, 1982, 195(2):131.
 - 4 施维锦. 老年人胆道疾病[J]. 腹部外科, 1990, 3(3):99.
- [收稿日期 2009-09-16][本文编辑 宋卓孙 吕文娟(见习)]

经验交流

胸腔镜辅助下小切口手术治疗复发性气胸 14 例

周曼新, 杨逊军, 岑家福, 邓宇江

作者单位: 542800 广西, 贺州市人民医院胸外科

作者简介: 周曼新(1974-), 男, 大学本科, 医学学士, 主治医师, 从事心胸外科工作。E-mail: zhousmz-007@163.com

[摘要] 目的 探讨胸腔镜辅助下小切口手术治疗复发性气胸的临床应用效果。方法 回顾性分析 14 例在电视胸腔镜辅助下行小切口手术治疗复发性气胸的病历资料。结果 全组所有患者均取得良好的治疗效果, 无围术期死亡, 术后随访 2~24 个月, 未见有复发。结论 电视胸腔镜辅助下行小切口手术治疗复发性气胸是一种易被广大患者接受和胸外科医生所掌握的手术方法, 在基层医院值得推广。

[关键词] 胸腔镜; 小切口; 手术; 复发性气胸

[中图分类号] R 561.4 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2010)02-0170-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.02.27

Thoracoscopic-assisted minimal incision surgery in the treatment of 14 patient with recurrent pneumothorax

ZHOU Man-xin, YANG Xun-jun, CHEN Jia-fu, et al. Department of Thoracic Surgery, Hezhou People's Hospital, Guangxi 542800, China

[Abstract] **Objective** To evaluate the clinical application effect of thoracoscopic-assisted minimal incision surgery for recurrent pneumothorax. **Methods** Retrospective analysis of the clinical data of 14 patients with recurrent pneumothorax underwent video-assisted thoracoscopic surgery with minimal incision was performed. **Results** All patients in this group had achieved good therapeutic effect, there was no perioperative death, all patients were followed up for 2 to 24 months, there was no recurrent patient. **Conclusion** Video-assisted thoracoscopic surgery with minimal incision for recurrent pneumothorax is easily accepted by the patients and thoracic surgeon, and should be promoted at the grass-roots hospital.

[Key words] Thoracoscope; Minimal incision; Operation; Recurrent pneumothorax

2007-01~2009-07,我们在电视胸腔镜辅助下行小切口手术治疗复发性气胸 14 例,获得良好效果,现总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 14 例复发性气胸患者,其中男性 11 例,女性 3 例,年龄 19~72 岁,平均年龄 38 岁。左肺病变 6 例,右肺病变 8 例。引起气胸的基础肺部疾病中,肺大疱 10 例,肺结核 2 例,慢支-肺气肿 2 例。所有病例均为第一次复发,其中 10 例既往行胸穿抽气术,4 例行胸腔闭式引流术,从首次治疗至复发的时间最长者 5 年,最短者半个月。

1.2 手术方法 病人常规行开胸术前准备,手术在双腔气管插管全麻下进行,取健侧卧位,腋下垫高,术中健侧单肺通气,在患侧腋中线第 8 肋间切开长约 1.5 cm 的切口作为观察孔,插入胸腔镜探查胸腔,明确病变的部位后,根据病变的位置另外在第 4 或者第 5 肋间做一长约 8~12 cm 的切口,切口长度可根据术中情况适当延长,用小号胸廓牵开器牵开肋间隙,对于估计胸腔粘连比较明显的,也可以先切开肋间切口,将胸腔内的粘连部分松解后再插入胸腔镜。术中在胸腔镜及直视下仔细检查全肺表面,如果胸腔粘连严重,用电刀将粘连松解,对于肺尖部及纵隔面对粘连者,也可以用电凝勾电灼松解,直至将肺叶完全松解后,再将病变处提至小切

口处,行大疱切除,基底部用 1 号丝线交锁缝合。对于多发、体积较小的大疱可用丝线结扎或电刀烧灼,消除肺大疱,重新张肺,仔细检查缝合处及其他位置确认无漏气和渗血后,退出胸腔镜,于观察孔放置胸腔引流管。术中我们以常规手术器械与胸腔镜器械相互配合使用,能满足各部位的手术操作,不使用内镜直线切开缝合器和钛夹等一次性材料。

2 结果

全部患者顺利完成手术,无死亡病例及发生严重并发症,手术时间为 65~195 min,平均为 115 min,术中出血量为 150~550 ml,平均为 250 ml,切口长 8~12 cm,术后胸腔留置 1~5 d,术后平均住院为 7~15 d,平均为 11 d,术后随访 2~24 个月,均无复发。

3 讨论

3.1 自发性气胸多由于肺大疱壁及脏层胸膜破裂引起。肺的先天性发育不全、反复的细支气管肺炎感染导致肺大疱形成,在咳嗽或肺内压力突然增高时肺大疱破裂造成气胸。可分为原发性和继发性,原发性气胸多发生于年轻健康成人,尤以瘦长体形的男性多见;继发性气胸多见于 45 岁以上伴有明显慢性阻塞性肺部疾病的患者。对于初治的自发性气胸患者,考虑到保守治疗(闭式引流或胸穿抽气)与手术治疗相比,患者身体创伤与治疗费用要低得多。对初治患者我们仍以保守治疗为主,但由于保守治疗未能处理引起气胸的原发病灶,故有文献^[1]报道保守治疗后复发率超过 20%,第二次复发率更高达 50%,3 次发作后的复发率在 80% 以上。因此,对于复发的自发性气胸患者,我们均采取积极的手术治疗。有报道手术后的复发率可以降到 5.5% 以下^[2]。目前气胸的外科手术方法包括传统后外侧切口开胸术、胸腔镜辅助下小切口开胸术、电视胸腔镜手术(VATS)。传统的开胸手术多采用后外侧切口,为了更好的暴露手术野,切口往往超过 20 cm,具有切口长、损伤大、术后疼痛明显、恢复慢的缺点,术后疤痕也影响美观。而 VATS 则要求医生有极高的手术技能,且需要超声刀及内镜切开缝合器(Endo GIA)等一次性耗材,造成治疗费用高,因此很难在基层医院开展,且有报道 VATS 术后复发率要高于传统的开胸手术^[3]。我们采用胸腔镜辅助小切口手术,切口最小可以在 8 cm 即可完成手术,术中以常规手术器械与胸腔镜器械相互配合使用,既发挥了胸腔镜微创手术的优势,又能经小切口直视下对整个胸腔的探查及操作。

3.2 由于手术均在双腔气管插管全麻下进行,而复发性气胸胸腔内可能存在不同程度的粘连,特别是既往曾行胸腔闭式引流术的患者,胸顶部的粘连尤为明显,且肺大疱病变也多数位于肺尖处,此时切口应适当扩大。术中将患侧肺塌陷

后,可用小号的肺叶钳将上叶向下牵开,用电凝将粘连带勾电灼切开粘连,电灼时应尽量靠近肺叶端,以利于胸壁的止血。分开粘连后,如胸壁有出血,用电凝勾或长电刀头电灼止血,对因广泛粘连而造成止血困难者,应当毫不犹豫地转为常规的开胸手术,做胸壁的缝合止血,切不可单纯为追求小切口而造成手术大出血。肺叶松解完全后再逐一修补漏气部位,对巨大型的肺大疱,可将疱壁切开,切除多余的疱壁,基底用 1 号丝线交锁缝合;对于多发、体积较小的肺大疱可用丝线结扎或电刀烧灼,消除肺大疱。对于肺创面和缝针针眼处少量的漏气,我们的经验是只要鼓肺时压力能维持在 25 cmH₂O 以上,只要术后胸腔引流通畅,漏气部位均能在 1~3 d 内自行愈合,术后常规 X 线照片检查,如肺膨胀满意即可拔除胸腔引流管,早期拔管有利于止痛及早期活动。

3.3 通过对本组病例的实践,我们认为胸腔镜辅助小切口手术具有以下几点优势:(1)对手术医生的技术要求不高,胸外科医生只要有熟练的常规开胸手术技术,在了解了一定的腔镜技术后均能掌握。(2)目前腹腔镜技术已在很多基层医院广泛开展,如县级甚至乡镇中心卫生院都有腔镜设备,胸外科医生只要用普通腹腔镜就能开展此类手术。(3)龙浩等^[4]对术后急性期炎症反应及免疫反应的血浆细胞因子水平的检测中发现,小切口开胸手术与 VATS 相比,患者术后的细胞因子水平并无差异,这可能与小切口手术虽然切口比 VATS 大,但对肺组织的损伤确要相对小有关,因此可以认为胸腔镜辅助小切口手术与 VATS 对患者机体的创伤是一样的,均属于微创手术。(4)由于是小切口手术,术中不用内镜直线切开缝合器和钛夹等较昂贵的一次性材料,治疗费用与普通开胸手术相当,易被广大基层患者接受。(5)与常规的后外侧切口开胸手术相比,小切口手术具有创伤小、术后疼痛少、恢复快及疤痕小等特点,有利于患者特别是老年患者的恢复。

参考文献

- 1 顾恺时. 顾恺时胸心外科手术学[M]. 上海科学技术出版社, 2003:517.
- 2 Ayed AK, Al-Din HJ. The results of thoracoscopic surgery for primary spontaneous pneumothorax[J]. Chest, 2000, 118(1): 235-238.
- 3 Sawada S, Watanabe Y, Morigama S. Video-assisted thoracoscopic surgery for primary spontaneous pneumothorax[J]. Chest, 2005, 127(6): 2226-2230.
- 4 龙浩,林志潮,司徒冬荣,等. 胸腔镜手术与小切口开胸肺切除术细胞因子反应的随机对照研究[J]. 癌症, 2007, 26(9): 991-995.

[收稿日期 2009-09-10][本文编辑 谭毅 章柯洁]