

胸腔镜对肺部小肿瘤的诊断和治疗^①

区景松^② 何建行 杨运有

(广州医学院第一附属医院胸外科; 广州, 510120)

摘要 作者回顾 1994年 4月至 1996年 9月该院用胸腔镜诊治肺部小肿瘤 56例,其中有胸腔镜肺肿瘤摘除 3例,肺楔形切除 39例,肺叶切除 9例,胸腔镜探查 13例。全部病例手术顺利,无严重并发症,手术时间 15~180 min,术后住院 5~15 d,是一种优于传统的全新的诊治方法。

主题词 胸腔镜检查 方法; 肺肿瘤 外科学

中图分类号 R 655.3; R734.2

胸腔镜手术近年来已在国内逐渐推广,由于它创伤轻微的优点而在肺部疾病的诊治中具有优越性。我院从 1994年 4月起,共进行胸腔镜手术近 400例,其中用作诊断和治疗肺部小肿瘤的有 56例,并取得良好效果,现报告如下。

1 临床资料和手术要点

1.1 临床资料

男 38例,女 18例,年龄 13~77岁,平均(48±3.5)岁。其中肺癌 30例,结核瘤 10例,肺囊肿 3例,炎症假瘤 4例,错构瘤 3例,蝶螈瘤 1例,血管瘤 3例,平滑肌瘤 2例。

1.2 手术要点

双腔管气管内全麻方式,术中单肺通气,全侧卧位,腰桥抬高。于腋中线第 8肋间放置一胸壁套管用于放入胸腔镜,根据肿瘤的位置作 2~3个长约 1 cm切口,以放进器械,切口呈三角形分布,需作肺叶切除时最好在正对着主肺裂或靠近肺动脉的位置做长约 5~8 cm的开胸切口,尽可能与开胸切口一致。首先进镜,若发现有粘连,则先按文献所描述的方法处理粘连^[1]。处理粘连后进行全胸探查,关键是寻找肺内肿瘤,文献报道有 5种方法:骆驼峰法,手指触摸法,器械触诊法,缝针定位法及 B超探头定位法^[2],我们采用了前 3种方法。手术的方式有①肿瘤摘除法:多用于突出表面的肿瘤,用内窥镜打开肿瘤的包膜,就可以将肿瘤完全取出,创面可用缝合法关

闭或用钛夹钳夹出血点,检查无漏气和出血点后,于最下切口放置胸管 1根。②肺楔形切除术:明确肺内肿瘤部位后,1个切口放进内镜钳或圆钳提起肿物,另 1切口先放进无齿内镜钳于肿瘤下方稍压窄肺组织后,放进内镜缝合切割器 (Endo GIA30 Stapler)行肺楔形切除术,或用缝合方式将肿瘤完整切除;检查无残留病灶后放置胸管 1根。③肺叶切除术:首先自叶间分离肺动脉,用简易打结器双重结扎,再用金属夹钳夹动脉近端两道,然后切断肺动脉。同样处理肺静脉,游离支气管,用内镜缝合切开器切除肺叶,检查无漏气后可放置引流管,缝合小切口。

2 结果

全部病例手术顺利,术后恢复良好。肿瘤完整切除后,即送病理冰冻切片及石蜡切片检查而确诊。56例中,良性肿瘤摘除 3例;肺楔形切除 39例,其中 18例术中冰冻报告为恶性,8例用胸腔镜作肺叶切除,10例行开胸肺叶切除;胸腔镜肺叶切除术 1例,为多发性肺囊肿(均位于右下叶);胸腔镜探查 13例,其中 11例确诊为恶性肿瘤伴肺门淋巴结转移,改行开胸手术,2例广泛转移不能手术,仅作探查,避免不必要剖胸。

胸腔镜手术切除病灶 43例的手术时间为 15~180 min,平均 40 min,除 9例肺叶切除时间较长外,其余均在 1 h内完成,5例肺叶切除各输血 300~900 mL,其余手术,包括 4例肺叶切除术输血总量

① 广东省科委科研基金,广东省卫生厅科研基金,广州市科委科研基金资助课题;② 第一作者,1968年出生,男,医师,中山医科大学 94级在读硕士生

均小于 300 mL 术后拔除胸管时间平均 36 h(24~72 h)。全组病例术后每例仅使用 1次止痛药,术中、术后无严重并发症,术后平均住院日为 8 d(5~15 d)。

3 讨论

肺部小肿瘤通常是指直径小于 3 cm的肿块,它们要通过影像作出准确诊断较难。而经皮肺穿刺组织活检术的确诊率也较低^[3],部份肺良性肿瘤也有恶变的可能,所以无论从诊断和治疗上都应把肿瘤切除。

胸腔镜与开胸手术切除肺部小肿瘤物相比具有的优点:胸腔镜手术不切开胸壁肌肉,不牵拉肋骨,故创伤轻微,术后疼痛明显减轻;手术时间明显缩短;对心肺功能影响小,术后并发症少;明显缩短了住院时间;胸腔镜手术对心肺功能较差的老年患者尤为适合,是现阶段一种极为理想的诊治方法。病例中有个别病例的手术时间偏长及输血达 600~900 mL,是因为当时我们技术仍未够成熟。现在我们做肺叶切除手术很少超过 2 h,而且较少需要输血。所以,对于肺部小肿瘤胸腔镜手术是一种优于传统开胸的新手术方式。

胸腔镜手术基本上适用于所有肺部小肿瘤患者的诊治,如术中发现为 II 期以上恶性肿瘤则应改开胸处理。禁忌症为不能耐受全麻手术者。本组 56例病人术中、术后无严重并发症。在广东省首届胸外科学术会议上有作者报道胸腔镜手术的常见或严重的并发症有:肺损伤、术中大出血、恶性肿瘤的胸壁种植、皮下气肿等。这些并发症可通过细心的操作及应用取物袋取出肿瘤物而预防发生,如术中大出血,内镜处理确有困难则应及时改开胸止血。

参 考 文 献

- 1 何建行,杨运有,韦兵,等. 电视胸腔镜手术 230例. 中华外科杂志, 1996, 34(2): 73
- 2 Daniel TM, Kern JA, Tribble CG, *et al.* Thoracoscopic surgery for disease of the lung and pleura: effectiveness, changing indications and limitations. *Ann Surg.* 1993, 217: 566
- 3 Calhoun P, Feldman P S, Armstrong P, *et al.* The clinical outcome of needle aspirations of the lung when cancer is not diagnosed. *Ann Thorac Surg.* 1986, 41: 592

(1996-09-10收稿 1997-01-05修回)

THORACOSCOPY IN DIAGNOSIS AND THERAPY OF PULMONARY SMALL NEOPLASMS

Ou Jingsong He Jianxing Yang Yunyou

(Department of Chest Surgery, First Affiliated Hospital of Guangzhou Medical College, Guangzhou, 510120)

Between April 1994 and September 1996, 56 patients suffered from pulmonary small neoplasms were diagnosed and treated with thoracoscopy satisfactorily, including 3 pulmonary mass excisions, 39 pulmonary wedge resections, 9 lobectomy and 13 thoracoscopic explorations. Operations were done in all cases within 15 ~ 180 minutes with successful, the patients recovered 5~ 15d postoperatively without severe complications. It is a novel diagnostic and therapeutic method and superior to traditional measures and worthy to be spread in the clinical practice.

Subject Headings thoracoscopy /methods; pulmonary neoplasms/surgery