

胸腔镜辅助小切口诊治孤立性肺结节 23例

朱 峰, 王培生, 缪华新, 郝宝泉

[摘要]目的: 探讨胸腔镜辅助小切口肺楔形切除术在孤立性肺结节诊治中的价值。方法: 23例孤立性肺结节患者采用胸腔镜辅助 4~6 cm小切口楔形切除病灶, 术中快速病理检查, 恶性者扩大切口至 10~15 cm行肺叶切除及淋巴结清扫术。结果: 术后病理 9例诊断为恶性, 14例为良性, 术后住院 5~14天。胸腔引流 1.5~4天。全组无手术死亡及严重并发症。结论: 胸腔镜辅助小切口的肺楔形切除术能达到微创诊治孤立性肺结节的要求, 同时降低医疗费用, 可弥补单纯胸腔镜手术的一些不足。

[关键词] 肺肿瘤; 孤立性肺结节; 电视胸腔镜手术; 肺楔形切除术

[中国图书资料分类法分类号] R 734.2 [文献标识码] A

孤立性肺结节(solitary pulmonary nodule, SPN)是指肺内单发, 直径 ≤ 4 cm的圆形、椭圆形结节状病灶, 且无肺不张、肺炎、卫星病灶和局部淋巴结肿大^[1]。此类结节良恶性鉴别困难。近年, 国内多家胸科中心提倡胸腔镜下肺楔形切除术作为 SPN的最佳诊疗手段^[2-5]。1997年 12月~2005年 12月, 我们采用胸腔镜辅助小切口手术, 对 23例 SPN进行诊治, 效果较好, 现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 23例均为 CT和 X线胸片发现肺部病灶, 1.0~3.5 cm, 淋巴结影像未见肿大, 其中男 16例, 女 7例; 年龄 36~72岁。术前均无有创活检病理诊断。发现 SPN距手术时间为 3天~2年。有发热、胸痛、咳嗽等呼吸道症状就诊 18例, 无症状健康体检发现 5例。

1.2 手术方法 采用双腔气管插管全身麻醉, 90°健侧卧位。术前根据 CT影像定位, 术中采用胸腔镜常规切口探查胸腔后, 根据肺内病灶位置加配 4~6 cm小切口。均先做肿块连同肺组织楔形切除, 切缘距肿块 5 mm以上, 整块标本送快速冷冻或石蜡切片病理确诊。良性病灶即手术结束。恶性病灶扩大切口至 10~15 cm行肺叶切除和淋巴结清扫术。

2 结果

全组均顺利完成手术, 无手术死亡及严重并发症, 术后恢复良好, 均痊愈出院。手术时间 50~140 min, 术中出血 100~250 ml, 均未输血。术后胸腔引流 1.5~4天。术后住院时间 5~14天。

术后病理诊断 9例为恶性; 其中, 鳞癌 2例, 腺

癌 5例(其中 3例伴区域淋巴结转移), 小细胞癌 1例, 鳞腺癌 1例。14例为良性; 其中, 肺结核瘤 4例, 肺炎性假瘤 5例, 肺脓肿 2例, 肺错构瘤 1例, 肺纤维瘤 1例, 肺软骨瘤 1例。肺癌患者术后随访至今其中 2例腺癌、1例鳞腺癌、1例小细胞癌于 47个月内因肿瘤复发或转移死亡, 余皆存活, 体检未见复发、转移。

3 讨论

随着现代影像学诊断技术的发展和健康体检的普及, SPN尤其是直径 < 2.0 cm的结节检出率明显增高^[2,3]。这些肺内的小病灶可能是早期肺癌, 或转移性肿瘤, 或肺良性肿瘤, 或者是肺内的炎性肿块。由于 SPN体积小对肺的结构和功能影响较小, 若无其它淋巴结肿大影像, 单凭症状和影像学难以诊断良恶性结节。有报道常用的痰细胞学检查、纤维支气管镜活检、经皮肺穿刺活检阳性率依次为 43%、20%、74%^[1,2]。病变体积越小, 活检成功率越低, 若为假阴性则使癌症患者错过最佳手术治疗时机。

传统的开胸术创伤大, 若为良性病变则付出“小手术大切口”的代价, 患者多难以接受。而微创胸腔镜手术将肺部结节作楔形完整切除, 通过术中快速冷冻病理检查即可明确诊断。若为恶性, 即可抓住时机根治病变, 即使是良性病变其治疗也是极有针对性的, 完整切除病灶后即在短时间内达到了根治, 避免了保守经验性用药导致其他器官组织损害, 排除了结节恶变和穿刺造成医源性转移的机会^[3]。因此微创的胸腔镜肺楔形切除术成为国内多个技术成熟的胸科中心治疗 SPN的首选^[2-5]。

由于胸腔镜肺楔形切除术需使用进口一次性器械, 故手术费用较高, 若为较深部病变, 采用“剥香蕉法”更需多次使用, 手术费相当高昂^[4]; 结节体积较小或位于较深部时胸腔镜探查定位困难^[2,3]; 胸

腔镜手术常因胸内粘连无法松解剥离而中转为常规开胸术^[4-9]。

相比较,我们采用的胸腔镜辅助小切口下肺楔形切除术,不使用一次性耗材,费用基本等同常规开胸手术;对于难以定位的结节可用手指直接接触探查,楔切部位更为精确;对于胸内粘连者,便于松解剥离;恶性肿瘤可以随时扩大切口以便操作。对于经济欠发达地区来说是一种既微创又经济的选择。

胸壁小切口部位选择应根据术前影像定位和术中腔镜探查所见结节的位置选取肋间,以贴近结节处为宜。术前诊断考虑恶性可能性大的病例,我们多采用第5肋间切口,在中转肺叶切除时延长,以便解剖肺门血管及清扫淋巴结。术中牵开肋骨时用特

制小胸撑,一般不切断肋骨,手术使用普通开胸及腔镜器械配合操作,胸腔镜起辅助照明及探查作用。

[参考文献]

- [1] Ost D, Fein AM, Feinsilver SH. Clinical practice: The solitary pulmonary nodule [J]. N Engl J Med 2003, 348(25): 2535-2542
- [2] 梁毅,王得坤,姜海明,等.肺部孤立性小结节的微创伤诊治[J].实用医学杂志,2001,17(5):411-412
- [3] 何建行,杨运有,张镜芳.肺部微小结节的微创伤诊治[J].中华胸心血管外科杂志,2000,16(3):144-146
- [4] 李文军,杨劫,叶国麟.胸腔镜肺楔形切除术在肺肿瘤治疗中的应用[J].中国内镜杂志,2002,8(2):35-36
- [5] 谭群友,王如文,蒋耀光,等.胸腔镜与常规开胸切除孤立性肺结节的比较[J].中国微创外科杂志,2003,3(5):408-410

[文章编号] 1000-2200(2007)03-0338-02

。临床医学。

不同镇痛方法用于人工流产术效果比较

杨云

[摘要]目的:探讨不同镇痛方法用于人工流产术的镇痛效果及可行性。方法:对320例早孕妇女分成用药组(A、B、C组)和对照组(D组),A组应用利多卡因加阿托品宫颈局麻,B组应用氧化亚氮一氧面罩吸入,C组静脉注射丙泊酚,D组不用任何干预措施。观察各组镇痛效果。结果:各组用药前及术后10 min内血压、心率、呼吸比较,C组术后呼吸频率较用药前稍减慢,其他体征无明显变化;镇痛比较,C组效果最好,B组次之,A组较差($P < 0.01$);B、C两组无人工流产综合征。结论:丙泊酚静脉麻醉下行人工流产,术中镇痛效果优于宫颈注射;氧化亚氮一氧吸入下行人工流产术,能降低人工流产综合征的发生率,对子宫收缩均无影响。3种镇痛方法对生命体征及子宫收缩均无影响。

[关键词] 流产,人工;丙泊酚;氧化亚氮;利多卡因;阿托品

[中国图书资料分类法分类号] R 169.43 R 971.2 [文献标识码] A

人工流产术作为避孕失败的补救措施,已被广泛接受,随着人们生活水平的提高及医疗条件的改善,如何在施术时提高镇痛技术,最大限度地减少孕妇的痛苦显得尤为重要^[1]。2003年10月~2005年10月,我院对320例早孕妇女采用不同镇痛方法进行人工流产术,均取得了较好的效果,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择自愿要求人工流产而无合并症及禁忌证者共320例,年龄18~25岁,孕次1~4次,产次0~3次,孕龄4~70天。随机分为4组,每组80例,各组平均年龄、孕次、孕龄均无明显差异,吸宫负压控制为380~500 mmHg。

1.2 麻醉方法 A组:采用宫颈局麻,常规消毒后,在宫颈3~9点处穿刺回抽如无血则注射2%利多

卡因2 ml+阿托品0.5 mg并用棉签浸透2%利多卡因及阿托品液插入子宫颈口,5 min后取出棉签行人工流产术^[2]。B组:氧化亚氮一氧面罩吸入法。术前禁食2~4 h使用装有50%氧化亚氮(N_2O)与50%氧(O_2)的混合气体的钢瓶,钢瓶口连一个随孕妇呼吸而启闭的自动活瓣,再用螺纹管接至面罩供给孕妇吸入。消毒外阴时,孕妇即将面罩紧贴口鼻,先作3~5次深呼吸,其连接的自动开启活瓣可随孕妇呼吸而吸入混合气体,采用紧闭法间断自控吸入至手术结束。吸入频率可由孕妇自己掌握,调节流量3~4 ml/min^[3]。C组:丙泊酚静脉注射。术前禁食4~6 h手术开始前建立静脉通道,检查患者后消毒,铺巾时开始缓慢注入不稀释的丙泊酚,患者意识消失后即开始手术,并立即将丙泊酚用量改为20 mg·kg⁻¹·h⁻¹,给药维持至手术估计在2 min内能够完成时停止^[4]。D组不用任何麻醉,常规手术。

1.3 监测指标 各组用药前及术后10 min内测血压、心率、呼吸,手术室备有复苏抢救设备,由麻醉医

[收稿日期] 2006-09-12

[作者单位] 安徽省涡阳县人民医院 妇产科, 233600

[作者简介] 杨云(1964-),女,主治医师。