

支气管肺动脉袖状成形术治疗右肺上叶中央型肺癌

章雪林 徐晓文 毛卫华

(浙江省台州市中心医院胸心外科 台州 318000)

摘要:目的:总结支气管肺动脉袖状成形术治疗右肺上叶中央型肺癌的临床疗效。方法:对 21 例右肺上叶中央型肺癌患者施行支气管肺动脉袖状成形右肺上叶切除术,其中支气管袖状切除 11 例,单纯肺动脉袖状切除 2 例,支气管肺动脉联合袖状切除 8 例。结果:全组无手术死亡,术后无支气管吻合口瘘,2 例呼吸衰竭。结论:支气管肺动脉袖状成形治疗右肺上叶中央型肺癌能扩大手术适应症,改善生活质量,能提高生存率。

关键词:右肺上叶中央型肺癌;袖状肺叶切除;手术疗法

Abstract:Objective:To summarize the clinical value of bronchoplastic procedures or pulmonary artery reconstruction in right upper central lung cancer.Methods:21 cases with right upper central lung cancer were given bronchoplastic procedures or pulmonary reconstruction, including 11 cases of bronchoplastic sleeve right upper lobectomy;2 cases of pulmonary artery reconstruction sleeve right upper lobectomy;8 cases of double sleeve right upper lobectomy.Results:There were no operative death or anastomotic fistula;but 2 cases of respiratory failure.Conclusion :Bronchoplastic procedures or pulmonary artery reconstruction of sleeve right upper lobectomy can improve the curative rate and long-term survival in patients with right upper central lung cancer.

Key Words:right upper central lung cancer; sleeve lobectomy

中图分类号:R 734.2

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2005)03- 0004-02

肺癌目前发病率高,是当前危害人类生命和健康最严重的恶性肿瘤。特别在农村,就诊时大多为中晚期肺癌,其中右上肺中央型肺癌占有一部分的比列,应用支气管肺动脉袖状成形术,扩大手术适应症,且疗效满意。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组男 18 例,女 3 例;年龄为 50~75 岁,平均 61 岁;病理类型鳞状细胞癌 17 例,腺癌 3 例,腺鳞癌 1 例,均为中央型肺癌;术前肺功能测定:低度危险(VC 于 60%~79%之间,MVV 于 60%~74%之间,FEV₁ 于 60%~79%之间)6 例,中度危险(VC 于 50%~59%之间,MVV 于 50%~59%之间,FEV₁ 于 40%~59%之间)12 例,余肺功能为正常;P-TNM 分期:Ⅱ期 5 例,Ⅲa 期 14 例,Ⅲb 期 2 例。

1.2 手术方式 支气管袖状切除 11 例,单纯肺动脉袖状切除 2 例,支气管肺动脉联合袖状切除 8 例;其中单纯右肺上叶袖状切除 12 例,右主支气管联合右肺上叶袖状切除 8 例,右主支气管、隆凸联合右上肺叶袖状切除 1 例。

2 结果

本组 21 例手术均顺利,未发生吻合瘘,无心血管并发症,无意外大出血,正常肺叶膨胀良好。肺功能较术前轻度减损,有 2 例出现肺部严重感染并发呼吸衰竭,转 ICU 治疗 3 周后出院。术后病理检查发现切缘均阴性,术后平均住院时间 10d。随访:21 例术后 1 个月和 6 个月摄胸片未见残肺不张,2 例术后 6 个月 CT 检查与纤支镜提示吻合口轻度狭窄。

3 讨论

右肺上叶中央型肺癌侵犯上叶支气管口或主支气管造成阻塞性肺不张,常伴外侵穿过支气管壁并侵及邻近肺动脉。以往手术为了保证肿瘤切除的根治性,一般实行右全肺切除术,但全肺切除术后并发症的发生率和死亡率明显高于常规肺叶切除术。其原因主要是全肺切除术后肺功能严重下降,单肺血流量大量增加,右心负荷加重,极易引起心律失常和急性肺水肿,甚至可因急性呼吸循环衰竭而死亡。文献报

道袖状右上肺叶切除术后,其通气功能与常规上叶切除无显著性差异,且治疗部分肺癌病例中能达到与全肺切除相同的根治效果^[1]。体现了最大限度地切除肿瘤和最大限度地保留肺组织的作用,达到改善生活质量、提高生存时间目的。

3.1 手术适应症 (1)术前纤支镜及 CT 检查,必要时增强 CT 明确病灶范围,保证病灶未跨肺叶;(2)特别适用于鳞状细胞癌,因其残端阳性较小;(3)最好无纵膈、肺门淋巴结转移,或虽有转移但尚可清除;(4)肺功能指标:VC>3.0L, RV/TCL<50%,MVV>50%,FEV₁>1.2L^[2];(5)高龄或心肺功能差,不能耐受全肺切除者。

3.2 切除范围 右肺上叶袖状切除近切端的最大切除限度可达右主支气管全长,远切端的最大切除长度也可达到中间支气管全长,但为吻合方便和不影响背段通气,中间支气管末端最好至少保留 0.3~0.5cm^[3]。需行隆凸切除,气管切除的长度与左主支气管切除的长度之和不易超过 2.5cm,中间支气管切端距中叶和背段支气管开口应有 1.0cm 以上的距离。本组术中均纵形切开病灶部位的支气管观察支气管粘膜面病变的边界,切缘距病变 1.0cm 以上,同时术中应用冰冻检查。当病灶累及肺动脉时,离病灶远近端 0.5~1.0cm 切除肺动脉。文献报道:肺动脉切除长度可超过 6cm,最长可达 7.2cm,但须切断肺下韧带减张外,尚需环形切除右肺下静脉干周围的心包^[4]。

3.3 吻合方法 妥善处理吻合口,支气管吻合须用 4~0 可吸收线,间断吻合,当远端支气管口径小于近端,可修成斜面,并根据口径调整针距,膜部互相对应,吻合后气管轴线不扭曲,避免通气阻力增加,吻合口外可用心包膜、带蒂肋间肌瓣包绕。肺动脉吻合须用 4~0prolene 线连续外翻缝合。其要点如下:(1)肺动脉两端无张力,单纯肺动脉切除不超过 3cm,联合袖状切除可切除肺动脉 4.5cm。(2)预防栓塞,吻合时须保证肺动脉外翻,并用肝素液间断冲洗,抽线打结前须放开近端阻断钳以便充血彻底排气。(3)联合袖状切除者,吻合次序应先支气管后肺动脉。

nm23-H₁、PCNA、p53 蛋白在肺多形性癌组织中的表达及意义

尹满香¹ 林雪平² 方铕华³ 陶正义¹

(1 浙江省武警总队医院 嘉兴 314000; 2 浙江省嘉兴学院医学院 嘉兴 314000;

3 浙江省肿瘤医院 杭州 310022)

摘要:目的:探讨 nm23-H₁、PCNA、p53 蛋白在肺多形性癌组织中的表达及意义。方法:应用免疫组化 SP 法回顾性分析 20 例肺多形性癌组织中 nm23-H₁、PCNA、p53 基因表达,并结合肺多形性癌的转移、侵袭力、肿块大小及预后等进行分析。结果: nm23-H₁ 在肺多形性癌有无淋巴结转移中阳性率分别为 25.0%和 87.5%,差异有显著性($P < 0.01$),有无侵犯周围组织阳性率各为 37.5%和 100%,差异有显著性($P < 0.01$);PCNA 在肺多形性癌有无淋巴结转移中阳性率分别为 66.7%和 75.0%,差异无显著性($P > 0.05$),在有无侵犯周围组织阳性率各为 68.8%和 75.0%,差异无显著性($P > 0.05$);p53 在肺多形性癌有无淋巴结转移中阳性率分别为 83.3%和 25.0%,差异有显著性($P < 0.01$),在有无周围组织阳性率各为 68.8%和 25.0%,差异有显著性($P < 0.01$)。Nm23-H₁、p53 基因表达与肺多形性癌淋巴结转移、侵袭力及预后有关。结论: nm23-H₁、P53 基因能抑制肺多形性癌的转移及侵袭,而 PCNA 基因表达与肺多形性癌的转移和侵袭无明确相关性。

关键词:肺肿瘤; nm23-H₁ 蛋白; PCNA 蛋白; p53 蛋白; 预后

Abstract:Objective: To observe the expression and role of nm23-H₁、PCNA and P53 protein in lung polymorphic cancer tissue. Methods:The expression of nm23-H₁、PCNA and P53 in lung polymorphic cancer were determined by immunohistochemistry, and combined the results with metastasis、invasiveness、tumor and prognosis of lung polymorphic cancer, then compated study. Results:The positive rates of nm23-H₁、PCNA and P53 in lung polymorphic cancer tissues with and without lymphatic metastasis were 25.0% and 87.5%、66.7% and 75.0%、83.3%and 25.0% respectively, In lung polymorphic cancer with and without invasive peripheral tissue, the positive rates were 37.5% and 100%、68.8% and 75.0%、68.8% and 25.0% respctively, The nm23-H₁ and P53 had obvious difference ($P < 0.01$), but PCNA had not difference ($P > 0.05$). The expression of nm23-H₁ and P53 were closely related with the lymphatic metastasis、invasiveness and prognosis of lung Polymorphic cancer. Conciusions: nm23-H₁ and P53 gene can effectively inhibit metastasis and invasiveness of lung polymorphic cancer, but the PCNA can not do it.

Key words: lung tumor; nm23-H₁ protein; PCNA protein; P53 protein; prognosis

中图分类号:R 734.2

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2005)03- 0005-03

肺多形性癌较少见,组织来源存有争议。1999 年 WHO 新的定义^[1]认为肺多形性癌是一种分化差的含有肉瘤样成分的非小细胞癌,其本质是癌。它的临床病理特点及与肺癌肉瘤的区别,我们^[2]已作了回顾性分析。在此基础上,我们应用免疫组化法进一步检测 20 例肺多形性癌组织中 m23-H₁、PCNA、p53 基因的表达,以探讨肺多形性癌的转移及预后。

1 材料和方法

1.1 临床及病理资料 选自 1994 年 1 月~2000 年 12 月间经病理证实的肺多形性癌标本 20 例,其中 9 例源自浙江省武警总队医院,11 例源自浙江省肿瘤医院。男 18 例,女 2 例;年龄 35~74 岁,中位年龄 59.6 岁;肿块平均直径 6.79 cm;侵犯周围组织 16 例,有淋巴结转移 12 例;病变右上肺 7 例,右

下肺 6 例,左上肺 7 例;术后随访 16 例,死亡 9 例,术后生存期从 2 月~4 年 1 月,平均 11.2 月。病理特点:20 例肺多形性癌中上皮成分为鳞癌 10 例,腺癌 5 例,大细胞癌 3 例,腺鳞癌 2 例;肉瘤样成分为伴有多少不等明显异型的梭形细胞或巨细胞,其比例在 30%~50%间。

1.2 材料及实验方法 20 例均为手术切除标本,用 4%甲醛溶液固定,肿瘤组织均多块取材,常规石蜡包埋,连续 4um 切片 2 张,1 张行 HE 染色以复查诊断,另 1 张行免疫组化染色。免疫组化采用 SP 法,应用鼠抗人 m23-H₁、PCNA、p53 单克隆抗体进行标记,并分别设立阳性对照(已知阳性切片)及阴性对照(以 PBS 代替一抗),试剂为福建迈新公司产品。

1.3 结果判断 以癌细胞胞浆及胞膜呈棕黄色为阳性,以阳

3.4 呼吸道管理 与麻醉医生配合默契,术中均采用双腔支气管插管,能使两肺隔离,创造良好的手术视野,缩短手术时间,保证良好的单肺通气^[3]。术中随时吸除健侧支气管痰液及术中渗漏的血液,在缝合支气管后,插入导管吸净远端支气管的痰液及积血,充分保证术中的供氧,以确保手术的安全。术后加强雾化吸入、化痰治疗,保持呼吸道湿润,使痰液稀释,并鼓励咳嗽排痰,协助翻身拍背,以保证呼吸道的通畅。

3.5 并发症的防治 (1)术中尽量缩短吻合时间,加强抗感染治疗。本组有 2 例出现肺部严重感染并发呼吸衰竭。(2)可应用小剂量的激素,预防吻合口的水肿,保证肺膨胀。(3)术后 1 月和 6 月门诊复查胸片,必要时行纤支镜和胸部 CT 检查,以明确吻合口有无狭窄。本组 1 例 6 月后出现吻合口轻

中度狭窄,行支气管内支架置入术,治愈。

参考文献

[1]茅乃权,祝家兴,黄鼎铭,等.袖状肺叶切除术后肺通气功能的研究[J].广西医学,2004,26(5):657~658
[2]马富锦,史宁江,高昕,等.支气管隆凸血管成形术治疗肺癌 96 例疗效分析[J].中华胸心血管外科杂志,1998,14(2):90
[3]顾恺时.胸心外科手术学[M].上海:上海科学技术出版社,2003.652
[4]周清华,刘伦旭,杨俊杰,等.支气管肺动脉袖状成形术治疗侵犯肺动脉干的 III 期肺癌[J].中国肺癌杂志,2002,5(6):403~407
[5]徐伟兴,高天华,周全福,等.袖状肺叶切除术的呼吸管理[J].上海医学,2002,25(2):124~125

(收稿日期: 2004 -01-10)