

电视胸腔镜手术治疗自发性气胸 62 例

鲍灵发 毛卫华

(浙江省台州市中心医院 台州 318000)

摘要:目的:探讨经电视胸腔镜手术(VATS)治疗自发性气胸、肺大泡的方法和临床经验。方法:2002 年 8 月~2006 年 6 月经 VATS 行肺大泡切除 62 例,其中 4 例辅以胸壁小切口,比较该类手术与传统开胸手术有何优点并总结手术的适应证、操作要点和疗效。结果:本组无手术死亡,全部治愈,随访至今,无复发。结论:VATS 或辅以小切口是自发性气胸、肺大泡的首选治疗方法。

关键词:电视胸腔镜;自发性气胸;肺大泡

中图分类号:R 655.2

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)03-0020-02

电视胸腔镜手术(VATS)是一个全新的微创技术,90 年代初 VATS 开始应用临床并得到迅速发展,目前电视胸腔镜技术已成为胸部疾病诊断和治疗的重要手段,其中自发性气胸已成为 VATS 治疗的主要疾病之一。我院自 2002 年 8 月~2006 年 6 月应用 VATS 治疗自发性气胸 62 例,效果满意。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组男 52 例,女 10 例;年龄 12~58 岁,平均 29.5 岁;病变位于左侧 24 例,右侧 38 例;首次发病 18 例,其余均为 2 次以上复发,最多为 3 次;术前 CT 片检查证实肺大泡 8 例,62 例患者术中有 1 例未见明显肺大泡及漏气征象。

1.2 手术方法 术前准备同开胸手术,均采用静脉复合麻醉,双腔管插管,健侧单肺通气,术侧肺萎缩,健侧卧位,于腋中线第 6 或第 7 肋间做 1.5cm 光源切口置入胸腔镜探查,根据病变部位位于腋前线第 4 或第 5 肋间、腋后线第 5 或第 6 肋间做 1.5cm 切口插入套管做操作孔,根据不同病变选择手术方法,病变孤立且肺大泡基底小于 2 cm 者可直接结扎或缝扎,也可用内镜切开缝合器(Endo-GIA)切除肺大泡,残留部分仍可用结扎法,对于弥漫性肺大泡或巨大肺大泡或胸腔内粘连严重致解剖结构不清可将 3 个切口中的 1 个延长至 5~8cm,即行胸腔镜辅助小切口手术(VAMT)在自视下分离并行肺大泡切除缝扎术或 Endo-GIA 肺大泡切除术,本组 4 例应用此法,关胸前用干纱布从胸顶开始沿肋骨走行方向用力摩擦壁层胸膜至充血,以达到胸膜粘连、固定的目的,术终请麻醉师鼓肺,无漏气出血,于进镜孔置一至胸顶的胸腔引流管,关闭另 2 个切口。

2 结果

本组病例术中出血量 80~220mL,平均 150mL;手术时间 45~125min,平均 65min;4~9d 出院,平均 6.2d。其中 1 例术后漏气达 2 周,经胸腔负压引流而愈合,拔除胸引管后残留气胸 1 例,胸腔积液 2 例,分别经胸腔抽气及抽液后治愈,全组均一次手术成功,无手术后出血及胸腔感染,无死亡,随访至今无复发者。

3 讨论

自发性气胸的发生多为位于肺尖或下叶背段的胸膜下泡及肺大泡破裂所致,肺大泡是由于肺泡壁弹力纤维先天发育不良或胸膜下炎症导致胸膜内弹力纤维断裂,邻近肺泡内空气进入胸膜腔内引起^[1]。多见于体形瘦长的青年男性,多数患者经胸穿抽气或胸腔闭式引流术即可好转,但由于未能去

除病因,容易复发,有报道初发者复发率约为 20%,有复发史者复发率可高达 60%~70%^[2]。而手术的目的就在于切除肺大泡封闭漏气和避免自发性气胸复发^[3],传统开胸切除肺大泡由于创伤大、出血多、手术疤痕等原因不容易为患者接受,而 VATS 具有治疗病因、减少住院时间和术后镇痛药的使用、降低气胸复发率和治疗费用等优点,它安全可靠、有效和微创,优于传统开胸手术,目前已被公认为自发性气胸的首选治疗方法^[4]。

电视胸腔镜手术适应证是:(1)反复发作的单侧自发性气胸;(2)经胸腔闭式引流后持续漏气 2 周以上;(3)双侧自发性气胸,不论是否同时发生;(4)巨大的肺大泡压迫肺组织,影响呼吸功能者;(5)老年、心肺功能较差不能耐受常规开胸手术者。而对于气胸持续时间长、纤维板已经形成、肺功能太差不能耐受单肺通气及伴有出血性疾病者不适宜 VATS。

麻醉均应使用双腔气管插管,术中单侧肺通气,有利手术操作,麻醉诱导时外科医生必须在手术室内,麻醉前带胸腔引流管者,麻醉成功后拔除胸管,胸管已拔除者,常规准备一粗针头,一旦因麻醉过度通气后出现张力性气胸可迅速排气减压。

某些气胸患者胸膜腔存在不同程度粘连,VATS 手术首先需要进行粘连分离,继发肺气肿的老年性气胸,胸膜腔常伴有区域性纤维素样粘连,我们用带电凝的内镜剪刀或内镜胸膜剥离钩一边分离粘连一边寻找漏气的肺大泡,遇有条索样粘连带,使用钛钉夹闭后剪断。反复发作的气胸,由于多次放置闭式引流,管口周围胸膜腔增生血管较多,分离粘连时我们使用钛钉夹闭的方法,以防出血。若粘连严重或肺大泡弥漫多发或巨型肺大泡镜下操作困难时可将操作孔延长至 6~8cm,肺大泡基底小于 2 cm 者应尽量采用结扎或缝扎法,基底宽且较深的肺大泡应用 Endo-GIA 切除,切除部位应选择肺大泡的基底与正常肺组织交界处并切除少量正常肺组织,对于巨型肺大泡如基底不易判断可剪开肺大泡从大泡腔内用卵圆钳探明基底再用 Endo-GIA 切割,必要时可用多枚 Endo-GIA 连续切割。总之,我们认为肺大泡切除不可拘泥于一定之规,其手术原则是尽可能切除病变,又要避免切除过多的肺以免影响余肺的扩张,为防止术后气胸复发,应行胸膜固定,本组病人均采用胸膜摩擦法固定胸膜,无 1 例复发,简便易行且疗效确切。

术后第 1 天拍 X 线片,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,术后肺粗面和缝针处

炎琥宁治疗小儿急性上呼吸道感染的疗效观察

温剑武

(广东省肇庆市第二人民医院 肇庆 526060)

摘要:目的:观察炎琥宁注射液对小儿上呼吸道感染的治疗效果。方法:选择上呼吸道感染患儿 100 例,随机分为炎琥宁组和病毒唑组,在应用青霉素的基础上分别静脉滴注炎琥宁注射液和病毒唑注射液。观察治疗后的临床疗效和病情改善情况。结果:与病毒唑组比较,炎琥宁组治疗后总有效率和显效率明显提高($\chi^2=8.57, P<0.01$ 和 $\chi^2=5.84, P<0.05$),差异有显著意义;炎琥宁组治疗后主要症状体征改善情况均优于病毒唑组($P<0.01$)。结论:炎琥宁注射液疗效可靠,无严重的不良反应,是治疗小儿上呼吸道感染较为理想的药物。

关键词:上呼吸道感染;儿童;炎琥宁注射液;青霉素 G 钠

中图分类号:R 725.6

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)03-0021-02

目前防治急性上呼吸道感染的药物繁多,但疗效不一。作者采用炎琥宁注射液治疗小儿急性上呼吸道感染 100 例,疗效满意。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 2004 年 10 月~2005 年 6 月,选择符合急性上呼吸道感染诊断标准^[1]的患儿 100 例,全部病例均来自本院儿科门诊。其中急性扁桃体炎 42 例,急性咽炎 34 例,疱疹性咽峡炎 15 例,咽结膜热 9 例;男 47 例,女 53 例;年龄 3 个月~1 岁 26 例,1~3 岁 30 例,3~6 岁 23 例,6~12 岁 21 例;病程 1~7d。临床均有不同程度发热、咳嗽、流涕、咽痛等症状,体温升高,体温 $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ 61 例, $< 38.5^{\circ}\text{C}$ 39 例。血常规检查中白细胞 $< 4 \times 10^9/\text{L}$ 17 例, $(4\sim 10) \times 10^9/\text{L}$ 55 例, $> 10 \times 10^9/\text{L}$ 28 例,分类均在正常范围或淋巴细胞增多。X 线检查除个别肺纹理增粗外,无其他炎性病变更。

100 例患儿随机分为炎琥宁组和病毒唑组,每组 50 例。2 组病例年龄、性别、疾病种类、病程和临床表现均无显著性差异。

1.2 治疗方法 2 组患儿均同时应用青霉素作为基础治疗,方法为将青霉素 G 钠 480~640 万单位加入 5%葡萄糖中静脉滴注,每日 1 次,连用 3d。炎琥宁组:加用炎琥宁(国药准字 H50021629)10mg/(kg·d),加入 5%葡萄糖或 5%葡萄糖氯化钠中静脉滴注,每日 1 次,连用 3d。病毒唑组:病毒唑注射液 10mg/(kg·d)加入 5%葡萄糖中静脉滴注,每日 1 次,连用 3d。

1.3 观察指标 (1)临床疗效:疗效标准分为三级,显效:体温在 24~48h 内恢复正常,其他症状与体征部分消失,实验室检查正常;好转:体温在 48~72h 内恢复正常,其他症状与体征部分消失或好转,实验室检查有所改善;无效:临床症状、

体征、实验室检查无改善或加重。其中显效和好转统称为有效。(2)病情改善情况。(3)不良反应。

2 结果

2.1 治疗后 2 组疗效比较 与病毒唑组比较,炎琥宁组治疗后总有效率和显效率明显提高($\chi^2=8.57, P<0.01$ 和 $\chi^2=5.84, P<0.05$),差异有显著意义。见表 1。

表 1 2 组临床疗效比较 例(%)

组别	n	显效	好转	无效	总有效
病毒唑组	50	16(32.0)	14(28.0)	20(40.0)	30(60.0)
炎琥宁组	50	28(56.0) [▲]	15(30.0)	7(14.0)	43(86.0) ^{▲▲}

注:与病毒唑组比较,▲ $P<0.05$,▲▲ $P<0.01$ 。

2.2 2 组主要症状、体征改善情况 炎琥宁组治疗后退热时间和咽部体征消失时间均快于病毒唑组($P<0.01$)。见表 2。

表 2 2 组治疗后病情改善情况比较 ($\bar{X} \pm S$) d

组别	n	退热时间	咽部体征消失时间
病毒唑组	50	3.6 \pm 1.4	3.8 \pm 1.8
炎琥宁组	50	2.2 \pm 1.2 [▲]	2.7 \pm 1.4 [▲]

注:与病毒唑组比较,▲ $P<0.01$ 。

2.3 不良反应 治疗组治疗过程中,未发现严重的不良反应。

3 讨论

近年来由于抗生素的广泛使用,由病毒引起的肺炎有逐渐增多的趋势。上呼吸道感染约有 70%~80%是由病毒引起,包括鼻病毒,副流感病毒,埃可病毒,柯萨奇病毒,呼吸道合胞病毒,腺病毒,流感病毒甲、乙、丙等,细菌感染可直接感染或继发于病毒感染之后,以溶血性链球菌为最常见,其次为肺炎球菌、葡萄球菌、流杆嗜血杆菌,偶或为革兰氏阳性杆菌,其感染主要表现为咽炎或扁桃体炎^[2]。目前临床上对呼吸道病毒感染仍无较好的治疗药物。

VATS 已成为治疗自发性气胸成熟的微创技术。

参考文献

- [1]杨立民,杨达宽,胡旭东.肺大泡的临床分型及外科治疗[J].中华胸心血管外科杂志,2000,16(4):237
- [2]顾恺时.胸心外科手术学[M].北京:人民卫生出版社,1996:357
- [3]谭群友,王如文,蒋耀光,等.电视胸腔镜手术诊治胸部疾病[J].重庆医学,2004,33(2):175
- [4]陈鸿义,王俊.现代胸腔镜外科[M].北京:人民卫生出版社,1998:88

(收稿日期:2006-11-08)

可发生漏气,对于漏气病人,应予胸管持续负压吸引,有利于肺早期复张和粘连形成,本组 1 例漏气达 2 周,经负压引流治愈。依我们的经验,VATS 或辅以小切口,均能顺利完成肺大泡切除手术,与传统开胸手术相比,VATS 具有创伤小、痛苦轻、恢复快、住院周期短、符合美容要求等优点,特别对于年老体弱、心肺功能不良的病人,也都能耐受 VATS 手术,扩大了手术范围和适应证,随着手术设备、器械的发展及手术例数的逐渐增多,操作越来越熟练,手术时间已大大缩短,