文章编号:1000-5404(2007)09-0853-02

经验交流

电视胸腔镜诊断和治疗顽固性胸腔积液的体会

赵云平,蒋耀光,王如文,马 铮,谭群友,龚太乾,周景海,邓 波 (第三军医大学大坪医院野战外科研究所全军胸外科中心,重庆 400042)

胸腔积液病因复杂常为临床诊断困难的疾病之一,给治疗带来困难及延误。恶性胸腔积液多见于晚期肺癌、乳腺癌、淋巴瘤、恶性间皮瘤、食管癌、恶性纵隔肿瘤和胃癌等胸膜侵犯或转移,以往多采用胸腔穿刺、放置胸腔闭式引流、胸腔内注射黏连剂等方法治疗。自电视胸腔镜问世以来,已逐渐成为诊断治疗恶性胸腔积液的首选方法[1,2]。自1997年4月至2006年10月,我科应用电视胸腔镜诊断和治疗顽固性胸腔积液48例,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组48例顽固性胸腔积液患者,男性36例,女性12例,年龄32~77岁,平均61.7岁。单侧胸腔积液42例,双侧6例。双侧胸腔积液中,2例行双侧VATS手术,4例仅对胸水较多的一侧施行手术。

本组病情:①无原发病灶病理结果,多次行胸穿脱落细胞学检查结果为阴性者27例,占56.2%。②有原发病灶病理结果并证实为晚期肿瘤,胸穿脱落细胞学检查结果为阴性,经保守治疗胸水不消退者15例,占31.2%。③胸水脱落细胞学检查结果为阳性者6例,占12.5%,其中经胸穿抽液并注射黏连剂等治疗无效者4例,胸水未经特殊处理者2例。

患者术前均经X线胸片、CT以及B超等检查证实胸水存在。术前常规胸穿抽液1~3次,尽量抽尽胸水,对术前无胸水脱落细胞学依据者,术中送细胞学检查。胸穿后行X线胸透和X线胸片检查以了解肺复张情况及胸膜病变。

1.2 手术方法

胸腔镜检查:术前按开胸手术准备,采用双腔气管插管静脉复合麻醉,健侧卧位,按标准后外侧切口消毒铺巾,以便必要时中转开胸。于腋中线第6肋间或第7肋间做1个1.5 cm切口,放置胸腔镜探查,另分别于腋前线第3或第4肋间及肩胛线第6或第7肋间作两个操作孔。置入胸腔镜操作器械,在胸腔镜监视和引导之下,吸净胸腔积液,仔细探查脏层和壁层胸膜,如果有胸腔黏连,经操作孔分离或置入带电凝的分离钳松解黏连。于病变或可凝病变处(壁层胸膜或脏层胸膜)取多点活检送术中快速冰冻病理检查。麻醉师给患者通气膨肺,如肺膨胀良好,则均匀喷洒2~4 g消毒滑石粉或50%葡萄糖注射液50 ml;如肺膨胀不完全,则尽可能剥除膨胀不佳肺表面的纤维膜,避免损伤肺组织造成术后漏气和出血。术毕,于胸腔镜置入孔(腋中线第7肋间)放置胸腔引流管。

术后拔胸腔引流管指征:胸腔引流液停止或仅有少量,无漏气。出院前常规复查胸片了解胸水情况。治疗效果评判标准:①极好:症状改善,无胸水表现。②较好:症状有一定改善,肋膈角处有少量胸水残留,但无增多趋势。③差:症状无改善,仍有中等量以上胸水。

2 结果

本组48例无手术死亡,手术时间18~107 min,平均40.1 min。术后住院时间7~25 d,平均9.7 d。12例术前胸穿后肺复张不良者,9例经术中分离黏连、剥离肺表面纤维膜后肺复张改善;3例因肺表面肿瘤广泛浸润,术后仍复张不良。术后不良反应包括:发热27例,体温超过38.0 ℃,持续2~5 d;胸痛7例,持续2~5 d渐缓解。术后并发症发生率4.7%,包括肺部感染1例,持续漏气1例。

所有病例在术中或术后获得病理诊断:结核性胸腔积液7例;非小细胞肺癌20例,小细胞肺癌3例;恶性胸腺瘤2例;食管癌1例;转移癌7例;恶性间皮瘤7例;梭形细胞肉瘤1例。治疗效果极好者25例(52.1%),较好者20例(41.7%),效果差者3例(6.2%),有效率达93.8%。术后随访1个月,治疗有效的病例中2例于术后1个月内胸水复发死亡。

3 讨论

胸腔积液临床甚为常见,但部分顽固性积液诊断甚为困难,传统方法是反复胸穿抽液、胸膜穿刺活检,其确诊率较低。Boutin等[3]对150例恶性胸腔积液患者行胸腔积液细胞学检查、胸膜穿针活检或两者相加检查,阳性结果分别为22%、35%及40.6%。研究显示胸腔镜胸腔积液确诊率达80%~97.5%,而对于恶性胸腔积液,胸腔镜诊断准确率达90%~100%,胸腔镜是诊断恶性肿瘤累及胸膜最为可靠的方法[4]。本组在电视胸腔镜监视下于病变部位多点取材,均获得明确的病理诊断,包括结核性胸腔积液7例,原发性胸部肿瘤26例,转移癌7例,胸膜间皮瘤8例。

恶性胸腔积液的发生往往预示着肿瘤患者预后较差。因此在治疗方面,恶性胸腔积液的治疗目的主要是有效控制胸水,改善呼吸困难和胸部不适,有些恶性肿瘤引起的胸水,肿瘤对放疗或化疗高度敏感,在有效地控制肿瘤后,胸水可减少。而对放、化疗不敏感肿瘤引起的胸水,一般采用反复胸膜腔穿刺,胸管引流,胸膜腔内注射药物胸膜固定术等。但研究表明单纯胸腔穿刺平均4.2 d需再次穿刺,约90%的患者难以靠穿刺维持。放置胸腔闭式引流虽可排尽胸腔积液,但拔管后30 d

作者简介:赵云平(1968-),男,云南省昆明市人,博士,副主任医师,副教授,主要从事胸部疾病外科治疗方面的研究,发表论文20余篇。电话:(023)68757241

收稿日期:2006-12-12;修回日期:2007-01-11

内的复发率仍高达80%，而且大量的胸液丢失将严重影响这些晚期肿瘤患者的营养状况[5,6]。

胸膜固定术是目前治疗恶性胸腔积液常用而有效手段，传统的方法是内科反复穿刺抽液后注入抗癌药或胸膜固定剂，嘱患者转动体位，使黏连剂均匀地分布胸膜表面，产生无菌性黏连，但因为胸腔积液难以完全抽尽或包裹，注入的抗癌药或胸膜固定剂无法均匀扩散，抽液后被压缩的肺仍不能复张等原因，故疗效往往难以令人满意。胸腔镜手术具有创伤小的特点，它不仅能充分松解黏连、剥除纤维素，使肺组织充分复张，还可注入抗癌药或加滑石粉固定胸膜，均匀覆盖整个胸膜腔，不留死角，促使胸膜腔广泛黏连，缩短引流时间，减少蛋白丢失。目前胸腔镜已逐渐成为控制恶性胸水的首选方法。文献[7,8]报道其手术有效率达92%以上，长期随访，胸水复发率仅5%左右。本组手术有效率95.8%。术后随访1个月，仅2例出现胸水复发，近期效果满意。

国外有文献报道使用滑石粉可引起ARDS和广泛脏层胸膜硬化导致的限制性通气功能障碍，ARDS发生率为1.3%。Kolschmann等[9]认为ARDS的发生可能与滑石粉的用量大(10 g)有关。我们认为滑石粉2~5 g较为合适，若用量过多，则引起发热、疼痛、呼吸窘迫综合征机会较多，而过少则疗效欠佳。

关键词：胸腔积液；电视胸腔镜

中图法分类号：R561.3　　**文献标识码**：B

参考文献：

[1] Brega-Massone P P, Conti B, Magnani B, *et al*. Minimally invasive thoracic surgery for diagnostic assessment and palliative treatment in recurrent neoplastic pleural effusion [J]. Thorac Cardiovasc Surg, 2004, 52(4): 191-195.

[2] Cardillo G, Facciolo F, Carbone L, *et al*. Long-term follow-up of video-assisted talc pleurodesis in malignant recurrent pleural effusions[J]. Eur J Cardiothorac Surg, 2002, 21(2): 302-305.

[3] Boutin C, Astoul P. Diagnostic thoracoscopy [J]. Clin Chest Med, 1998, 19(2): 295-309.

[4] Arapis K, Caliandro R, Stern J B, *et al*. Thoracoscopic palliative treatment of malignant pleural effusions: results in 273 patients [J]. Surg Endosc, 2006, 20(6): 919-923.

[5] Antony V B, Loddenkemper R, Astoul P, *et al*. Management of malignant pleural effusions [J]. Eur Respir J, 2001, 18(2): 402-419.

[6] Luh S P, Chen C Y, Tzao C Y. Malignant pleural effusion treatment outcomes: pleurodesis *via* video-assisted thoracic surgery (VATS) versus tube thoracostomy [J]. Thorac Cardiovasc Surg, 2006, 54(5): 332-336.

[7] Ohm C, Park D, Vogen M, *et al*. Use of an indwelling pleural catheter compared with thoracopic talc pleurodesis in the management of malignant pleural effusions[J]. Am Surg, 2003, 69(3): 198-202.

[8] Erickson K V, Yost M, Bynoe R, *et al*. Primary treatment of malignant pleural effusions: video-assisted thoracoscopic surgery poudrage versus tube thoracostomy [J]. Am Surg, 2002, 68(11): 955-959.

[9] Kolschmann S, Ballin A, Juergens U R, *et al*. Talc pleurodesis in malignant pleural effusions [J]. Pneumologie, 2006, 60(2): 89-95.

(编辑　薛国文)

经验交流

文章编号：1000-5404(2007)09-0854-02

胃代食管术治疗食管腐蚀伤后瘢痕狭窄的效果

何　勇，蒋耀光，周景海，范士志，王如文，龚太乾　(第三军医大学大坪医院野战外科研究所全军胸外科中心，重庆 400042)

1976年1月至2006年8月，我科采用胃代食管术治疗食管腐蚀伤后瘢痕狭窄28例，效果良好，现将治疗体会报告如下。

1　资料与方法

1.1　一般资料

选取本科28例食管腐蚀伤后瘢痕狭窄患者，其中男性20例，女性8例，年龄3~55岁，平均27.8岁。28例中吞服强碱24例，占85.7%，强酸4例，占14.3%；误服27例，企图自杀者1例；吞服量3~20 ml。伤后1~34个月来院就诊。食管钡餐检查狭窄起始于主动脉弓平面以下27例，主动脉弓平面以上1例。伤后6~34个月(平均12.2个月)接受瘢痕食管切除、胃代食管术。本组患者28例中有4例反复食管扩张效果不佳；2例在我院行改良食管腔内置管术治疗失败；18例通过胃造瘘维持营养，其中1例在外院行结肠代食管手术失败后胃造瘘，伤后10年在外院行空肠代食管，术后半年移植空肠坏死，在我院行坏死空肠切除术，胃造瘘术后半年再行胃代食管术；另1例拟行结肠代食管时，发现结肠血管变异，无法切取结肠，而胃又太小，不能达到所需长度，仅行胃造瘘，术后加大胃饲食量，半年后胃扩大将胃经胸骨后隧道提至颈部吻合。

1.2　手术方式

开胸行瘢痕食管切除、胃重建食管。胃食管主动脉弓下吻合22例，弓上吻合3例，颈部吻合3例。经左侧开胸24例，右侧开胸3例，不开胸颈腹部切口1例。除1例采用吻合器行食管胃吻合外，余27例均施行胃食管套入式吻合术。其中1例术前21个月已行胃代食管病例中，术中切除狭窄的吻合口及狭窄段食管，食管胃再次吻合术。胸内吻合病例手术平均时间

作者简介：何　勇(1972-)，男，黑龙江省遵义市人，博士，主治医师，讲师，主要从事胸部肿瘤的基础和临床方面的研究，发表论文15篇。电话：(023)60983998，E-mail：heyong8998@yahoo.com.cn

通讯作者：蒋耀光，电话：(023)68757261

收稿日期：2006-12-13；修回日期：2007-01-17