2.3 两组生存率比较

随访时间6~120个月,随访率93.9%(139/148),失访9例,其中APR组3例,SPO组6例。APR组中位生存时间为(46.0±6.2)个月,5年生存率为47.7%。SPO组中位生存时间为(46.0±5.8)个月,5年生存率为49.0%,与APR组比较无显著差异。

3 讨论

中低位直肠癌术式的选择一直是近年来争论的热点之一,经腹会阴联合直肠切除术(APR)适用于肛管癌、直肠下段癌、癌灶下缘距肛门缘6~7 cm以下者,该术式切除彻底,切除率约为90%。APR缺点在于结肠近端需在腹壁作永久性人工造口,常被患者拒绝而延误手术时机[2,3]。近年来,随着对直肠癌病理形态学特征的深入了解及各种吻合方法的普及,有效地保留肛门括约肌功能以提高患者生活质量这一观点已经为越来越多的外科医师所采纳,SPO只要按规范操作可以达到和APR相同的根治效果。

直肠癌能否实施保肛手术主要取决于患者个体的具体情况,应在术前做好评估,包括患者全身情况、肿瘤分化程度、浸润转移范围及肿瘤下缘距齿状线距离等。要保持完整的排便、控便功能必须保留健全的括约肌功能和感觉神经反射,因此,对低位直肠癌在切除癌肿及其远端3 cm正常肠管后,只要肛管直肠环和肛管括约肌完整健全,均即可选作保肛手术。另外,仅凭术前评估并不可靠,应在术中充分探查,游离直肠后有时可改变手术方式,因为充分游离直肠后,均可延长3~5 cm,而肿块距齿线3 cm仍可行根治保肛术。保肛手术最好是直肠腺癌或乳头状癌,同时病理分级较好、肿瘤横径较小,肿瘤临床分级较高但肿瘤局部浸润范围较小也可进行SPO。如果肿瘤已形成环形固定,癌细胞分化差,虽然肿瘤位置较高,也不宜行保肛手术。对于严重的浸润型、黏液腺癌及Dukes C期的直肠癌应行扩大切除,不能做保肛手术[4]。排便功能统计结果说明,SPO组患者术后排便、控便功能良好,取得了满意的效果。比较APR组造瘘排便显然具有提高生活质量方面的优势,而且两组生存率比较无显著区别,说明行SPO对患者的预后无显著影响。

总之,有选择的对低位直肠癌患者进行保肛手术是可行的,但必须是以能够达到根治为前提,以提高患者的生存率和术后的生活质量为目的。现阶段手术条件下,SPO手术后患者并发症、复发率及患者5年生存率与传统手术方式比较无显著区别。

关键词:直肠肿瘤;肛门括约肌;外科手术;适应证
中图法分类号:R657.1 **文献标识码**:B

参考文献:

[1] Martinez S R, Chen S L, Bilchik A J. Treatment disparities in Hispanic rectal cancer patients: a SEER database study[J]. Am Surg, 2006, 72(10): 906-908.
[2] Daniels I R, Strassburg J, Moran B J. The need for future surgical low rectal cancer studies[J]. Colorectal Dis, 2006, 8(Suppl 3): 25-29.
[3] 华秀琴, 蔡金兰. 直肠癌结肠造口患者生活质量影响因素与对策[J]. 实用临床医药杂志, 2007, 11(10): 18, 20.
[4] Guerriero O, Tufano G, Pennetti L, *et al*. Sphincter-saving surgery in low rectal cancer[J]. Chir Ital, 2006, 58(1): 83-92.

(编辑 王 红)

文章编号:1000-5404(2008)04-0365-02

经验交流

两种胸腔闭式引流治疗自发性气胸疗效观察

金普乐[1],李松林[2],金 风[3],王 平[1],曹 磊[1] ([1]河北医科大学第四医院呼吸科,石家庄 050011; [2]民航总医院呼吸内科,北京 100035; [3]河北省中医医院功能科,石家庄 050017)

我科采用引流管侧释放导管针,经胸壁胸腔内置入可冲洗胸腔引流管治疗气胸,并与皮肤切开胸壁钝性分离引流管胸腔内置入术比较,评价其疗效和安全性,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床材料

2001年12月至2007年6月在我科治疗的46例自发性气胸患者肺CT显示气胸量均>40%。在内科常规抗菌和对症支持疗法基础上采用随机数字表法分为两组。对照组:采用胸壁切开胸腔(闭式)引流置入术23例,年龄(64.2±9.0)岁,男性16例,女性7例,其中张力型气胸9例,交通型气胸8例,闭合型气胸6例;试验组:采用导管针胸腔(闭式)引流置入术23例,年龄(59.6±10.5)岁,男性15例,女性8例,其中张力型气胸8例,交通型气胸10例,闭合型气胸5例。两组性别、年龄及病情无显著性差异。

1.2 方法

1.2.1 器械 取乳胶管长100 cm,直径1.0 cm,用剪刀在其前端修剪成鸭嘴状和2~3个侧孔备用。引流管侧释放导管针1套,为不锈钢材料,针外径6 mm,长5~6 cm,沿导管针纵向有一宽约2 mm侧槽,用于引流管释放,针芯外径5.5 mm。可冲洗胸腔引流管1条,长45 cm,外径16 F,引流管前端管壁有3个侧孔,距前端15 cm处衔接1条外径2 mm冲洗导管,其管身

作者简介:金普乐,男,河北省文安县人,主任医师,教授,主要从事胸部疾病介入治疗方面的研究。电话:(0311)86095669,E-mail: jinpule@126.com

收稿日期:2007-06-27;**修回日期**:2007-11-12

备有导管封闭夹,其末端带有密封帽。一次性水封瓶1套。

1.2.2 皮肤切开胸壁钝性分离引流管胸腔内置入术 根据胸部CT结果选择置管部位,本研究病例均选择患侧胸腔锁骨中线第2肋间或腋前线第3~6肋间,切开皮肤1.2~1.5 cm,止血钳钝性分离肋间肌至壁层胸膜,用止血钳夹带乳胶管尖端送入胸腔。

1.2.3 可冲洗引流管胸腔内置入术 用尖刀片经穿刺点沿肋间走行切开皮肤,深达皮肤全层,切口长5~6 mm,约与导管针外径等长,待切口出血基本停止后,右手握紧导管针手柄,前端露出略长于胸壁厚度的导管针针体,沿胸壁垂直方向用力,将导管针刺入胸腔,固定导管针,拔出针芯,将引流管沿导管针插入胸腔,确定胸腔内引流管置入长度后,固定引流管退出导管针,在体外沿导管针侧槽释放出引流管,为防治引流管滑脱,在胸壁缝合1针固定。

1.3 疗效标准

有效:引流气体消失,胸片肺复张;无效:仍有引流气体排出,胸片肺未复张。胸腔闭式引流2周后评价疗效、不良反应和并发症。

1.4 统计学方法

采用SPSS 11.0统计软件,两组气胸患者临床疗效比较及两组间置管出血比较采用秩和检验。

2 结果

2.1 疗效

治疗2周后,两组间疗效无显著性差异($P>0.05$),见表1。

表1 两组气胸患者临床疗效

组别	例数	张力性		交通性		闭合性	
		例数	有效	例数	有效	例数	有效
对照组	23	9	7	8	7	6	6
实验组	23	8	5	10	9	5	5

2.2 并发症和不良反应

对照组置管成功平均时间12 min,术后胸痛5例,胸壁瘘口感染3例,愈后疤痕0.8 cm;试验组平均6 min置管成功,术后胸痛1例,胸壁瘘口感染1例,愈后疤痕0.3 cm 。对照组置管时有13例出血量>3 ml,而试验组置管时仅有2例出血量>3 ml。两组比较具有统计学差异($P<0.05$)。

3 讨论

目前,胸壁皮肤切开肋间肌钝性分离引流管胸腔内置入术[1]是气胸治疗最常用的方法,该方法胸腔内气体引流通畅,有利于气胸肺破裂口愈合,但手术较复杂,创伤较大,同时引流管或胸腔不便冲洗。

胸腔导管针引流管置入术,皮肤切口小,方法简单、安全性好[2,3]。但目前置入的引流管口径受到导管针内径限制,不可置入末端膨大胸腔引流管,引流管内径小,容易出现引流不畅、堵塞。目前市场多无与其配套的引流管,引流管多取材于乳胶管、硅胶管、医用聚乙烯塑料管,医师用剪刀在其前端修剪成鸭嘴状和2~3个侧孔。这种自制的引流管在侧孔处牵拉力差,容易离断,将前端遗留在胸腔。部分导管复型性差,长期牵拉和压迫容易老化和变形。同时该引流管用于胸腔抽吸或灌洗同样不便,常需将注射器刺入引流管,多次穿刺易导致引流管管壁漏气或漏液[4]。

引流管侧释放导管针和可冲洗引流管,在保留了导管针原有的特点基础上,还具有如下特点:①其管体侧壁有2.0~2.5 mm宽侧缝,使得目前市场销售的末端膨大的胸腔引流管可在导管针侧壁释放,不必再行胸壁切开分离引流管置入手术。②可冲洗胸腔引流管是在原有胸腔引流管基础上,距前端15 cm处衔接1条外径2 mm的冲洗导管,用于胸腔气体或液体抽吸,引流管或胸腔灌洗十分方便(如胸膜硬化术治疗复发性或难治性气胸;当胸膜渗出大量黏蛋白和纤维素时,为预防和治疗包裹性气胸发生,胸腔内灌注肝素盐水)。冲洗管备有封闭夹,末端有密封帽,十分安全和方便。③由于引流管释放不必再通过导管针前端,确保了引流管内径,气体引流通畅,发生引流管堵塞机会明显下降。④胸腔引流装置(引流管、连接管和液体收件箱)在胸腔穿刺前连接,胸穿成功后,拔出针芯,沿外导管针将引流管送入胸腔,确保该操作快捷、安全和洁净。⑤胸穿置管组织损伤小,导管和胸壁密封性好,拔管后胸壁伤口无需缝合。⑥引流管侧释放导管针为不锈钢材料,消毒后可重复使用。1套引流管和气胸箱共30~50元,价格低廉。

本研究中,两组间疗效无显著性差异($P>0.05$),均显示良好效果。实验组置管时出血、疼痛等并发症明显少于对照组,提示实验组有良好的安全性。

操作中应注意:①在穿刺点用尖刀片沿肋间走行切开皮肤,切口长度应小于或等于导管针外径,并深达皮肤全层,确保胸壁瘘口与引流管有足够张力和减少穿刺阻力。②右手握紧导管针手柄,前端露出略长于胸壁厚度的导管针针体,沿胸壁垂直方向用力,将导管针刺入胸腔,可避免进针过深伤及肺脏。③导管针尖端的锐缘和导管针侧缝应避免毗邻肋骨下缘,防止损伤肋间动脉和神经。④胸腔穿刺前,应预先将引流装置(引流管、连接管和液体收件箱)连接,确保该操作快捷、安全和清洁。

本研究显示采用导管针胸腔(闭式)引流置入术治疗气胸是一种更加简单、安全、价廉和同样有效的方法。

关键词:气胸;导管针;治疗

中图法分类号:R561.405 **文献标识码**:B

参考文献:

[1] Cantin L, Chartrand-Lefebvre C, Lepanto L, *et al*. Chest tube drainage under radiological guidance for pleural effusion and pneumothorax in a tertiary care university teaching hospital: Review of 51 cases[J]. Can respir J, 2005, 12(1): 29-33.

[2] Haggie J A. Management of pneumothorax. Chest drain trocar unsafe and unnecessary[J]. BMJ, 1993, 307(6901): 443.

[3] 钟 蔚, 邱文燕, 许承琼. 套管针穿刺行闭式引流术治疗气胸126例报告[J]. 右江民族医学院学报, 2007, (2): 205.

[4] 李秀华, 王惠军, 吴 军. 胸腔闭式引流术并发症的原因及急救护理[J]. 临床肺科杂志, 2003, 8(6): 528.

(编辑 龙 亮)