维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2004年第13卷第5期
J Regional Anat & Operative Surg, 2004, Vol.13, No.5

·经验交流·

心包内处理血管的全肺切除术治疗肺癌24例

Pneumonectomy with intrapericardial vessel management for the treatment of lung cancer: a report of 24 cases

黄继红,白德巍,邵 阳
(鞍山钢铁集团公司立山医院外科,辽宁 鞍山 114032)

[关键词] 心包内处理;全肺切除术;肺癌
[中图分类号]R655.3 [文献标识码]B [文章编号]1672-5042(2004)05-0316-01

近年来肺癌发病率逐年增加,肺癌在其自然的生长过程中侵犯各级肺血管很常见,临床上Ⅲ期中心型肺癌增多。对于那些肺门冻结,心包外已无法处理肺血管者,切开心包,在心内处理血管行全肺切除术,对于心肺功能尚好的病人仍能达到根治性治疗的目的,手术的安全性亦好。自1989年2月至2003年10月,我科采用全肺切除手术治疗肺癌86例,其中24例经心包内处理肺血管后行全肺切除术,术后疗效满意,现结合病案分析报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组24例,男性20例,女性4例。年龄45~68岁,60岁以上者8例。行左全肺切除者18例,右全肺切除者6例。肺癌的病理类型:鳞癌16例,腺癌5例,未分化小细胞癌3例。按国际肺癌TNM分期Ⅱ期4例,Ⅲa期15例,Ⅲb期5例。心包内处理血管全肺切除手术理由:肿瘤紧靠肺门生长20例,肺门淋巴结转移4例,均与肺动脉干和(或)上肺静脉、下肺静脉浸润粘连,心包外处理血管已不可能。

1.2 手术方法

心包切口一般在膈神经与肺门之间,沿神经平行方向切开,上达肺动脉上缘,下至肺静脉下缘。如瘤体侵及膈神经,则在膈神经前切开心包。在心包内解剖游离肺动脉及上,下肺静脉根部后,再与心包外肺血管表面沟通,即有足够的长度供结扎及缝扎。如果心包内的血管较短,可将其上的心包返折剪开,还可增加肺血管长度。采用上述方法仍有血管游离长度不够常规结扎要求时,可先将较长的血管处理完毕,然后切断支气管,将整个肺牵引,用无创伤血管钳夹住该血管根部,切除全肺,即所谓"整块切除"[1]。

2 结果

本组无术后死亡病例;术后并发切口感染3例,经换药治愈;胸腔内感染2例,行胸腔引流治愈;无支气管瘘发生。随访24例,术后1、3、5年生存率分别为82.0%,28.6%,20.4%,未分化小细胞癌患者无一例生存满1年。

3 讨论

3.1 肺癌采用全肺切除手术原则

对所有需要手术治疗的肺癌病人,都要估计到全肺切除的可能性。全肺切除对病人的益处是肺癌可能得到根治,从理论上减轻了瘤负荷。但全肺切除对病人来讲是一种高风险、高功能代价的外科治疗,尤以右侧全肺切除为甚。因此,必须限于在病人心肺功能允许并由于技术或肿瘤学原因只有全肺切除术才能达到肿瘤根治性切除的情况下才能进行。

3.2 心包内处理血管行全肺切除术的适应证

术前常规做肺功能检查,并将如下标准视为全肺切除的禁忌证[2]:①用力呼气量小于2 L;②1 s的用力呼气量小于用力肺活量的50%;③最大呼吸量小于预计值的50%;④弥散量小于预计值的50%;⑤动脉CO_2分压大于45 mmHg。对于满足全肺切除指标的病人,综合文献资料经心包内处理血管的全肺切除术适应证[3]:①中心型肺癌瘤体较大,侵及或包绕心包外血管干,无法按常规程序处理者;②肺门淋巴结广泛转移,肺门固定;③肺癌侵犯肺根部心包或心房;④术中解剖肺血管时,不慎造成损伤出血而无法在心包外处理者。心包内处理血管行全肺切除术,在技术上无特殊困难,甚至更为安全。比较心包内处理血管的全肺切除术和标准全肺切除术,死亡率和最重要并发症发生率差异无显著性,提示此术式是安全的;生存率与标准全肺切除亦大致相同,故可在临床上推广应用。

[参考文献]

[1] 郭永庆,赵凤瑞,梁朝阳,等.肺癌心包内处理血管的全肺切除手术59例[J].中华胸心血管外科杂志,2001,17(2):82-83.
[2] 李 庄,王俊东,李爱民,等. 肺癌肺袖式切除联合肺动脉形成术2例报告[J].局解手术学杂志,2003,12(5):385-386.
[3] 付 平,肖 湛,何远宇,等. 肺癌的影像学诊断[J]. 局解手术学杂志,2004,13(3):178-179.

[收稿日期] 2004-05-28 [修回日期] 2004-08-18

(编辑:黄春霞)