·经验交流·

肌瓣填塞治疗慢性脓胸36例分析

Stuffing operation with muscle segment for chronic empyema in 36 cases

安仲军,石昌国,白 桦,裴艳志 (佳木斯市肿瘤结核医院胸外科,黑龙江 佳木斯 154000)

[关键词] 脓胸;手术;肌瓣填塞
[中图分类号] R561.6;R655 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)02-0104-01

慢性脓胸是胸外科一种常见疾病,需手术治疗,术式有胸膜纤维板拨脱术、胸廓改形术、胸膜肺切除术等。肌瓣填塞术是治疗慢性脓胸、消灭残腔的主要方法之一。我院1998年至2007年采用肌瓣填塞治疗慢性脓胸36例取得了较好效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组慢性脓胸36例,其中男20例,女16例;年龄最小20岁,最大70岁。结核性脓胸24例,感染性脓胸8例,术后脓胸3例;左侧脓胸24例,右侧脓胸12例;单纯性脓胸31例,合并支气管胸膜瘘5例。

1.2 治疗方法

根据影像资料判断脓胸的大小,设计填充脓胸所需的肌瓣和手术入路。切口采用后外侧切口或前外侧切口。切开皮肤及皮下脂肪组织,在皮下向肌肉远端游离肌肉至肌肉骨附着点或筋膜处,以保证游离肌肉足够大。在起点游离肌肉、背阔肌游离胸背动脉、前锯肌游离胸外侧动脉和胸大肌游离胸肩峰动脉,血管周围要保留一部分肌肉组织形成一束,同时切除第2肋骨约5~7 cm,做为肌瓣进胸的入口,这样可防止对血管蒂的挤压、扭曲及损伤。脓胸彻底清创,清除坏死肉芽组织及结核干酪坏死物。结核性脓胸、胸膜表面钙化者,将钙化物除去,胸膜剥至表面有血性渗出为止。以热盐水纱布热敷止血,用5%碘伏溶液浸泡胸腔5 min,无菌生理盐水把胸腔冲洗干净。气管残端涂以生物胶封堵,用带血管缔肋间肌覆盖包埋,再用前锯背阔肌或胸大肌填充脓腔。术后脓腔闭式引流或接负压吸引约1周,使其引流充分不存积血。

2 结果

36例患者中有1例发生局部皮肤肌肉坏死,给予局部换药,3个月后愈合;1例合并支气管胸膜瘘患者术后复发,再次行胸改手术;3例局部皮肤切口延期愈合;其余31例Ⅰ期愈合。无手术死亡病例。

3 讨论

传统的胸膜纤维板剥脱术是切除脓胸周围全部增生的纤维层,尽量完整切除脓腔[1]。但对于某些慢性脓胸合并肺内病变患者一般采用胸廓成型术,切除肋骨后胸廓塌陷,对病人身心都有较大影响,生存质量低,且手术需分期进行,费用较高,而行肌瓣填塞术可避免以上缺点。肌瓣填塞术式保持胸廓稳定,不致过多影响呼吸和循环功能。可供选择的胸壁肌瓣有背阔肌、胸大肌、前锯肌及腹直肌,这些肌瓣的血供丰富,易成活。术前要根据胸片、CT等影像资料判断脓腔的大小,选择填充脓腔的肌瓣。游离背阔肌瓣时,要保留胸背动脉附近的部分肌束的止点不被切断,即将背阔肌的起点部离断。游离胸大肌时要保留其起点部分的锁骨内侧及胸骨上部的部分束不被切断,以保护胸肩峰动脉。在游离前锯肌时应切断其止点处,以保护胸外侧动脉。保留部分肌瓣营养动脉附近的肌束不被切断,是为了保护营养血管不受牵拉和肌瓣发生扭转影响肌瓣的正常血运。为获得最大的背阔肌瓣,在后外侧切口切开胸壁肌层前,先循皮下和肌层间向下,向脊柱旁分离,尽量近背阔肌起点处离断背阔肌[2]。

手术切口选择一般采用后外侧标准切口,选择前锯肌及背阔肌填充脓腔。对于后外侧切口开胸术后的患者,因背阔肌已被切断,切口远端的背阔肌血供已不足原来的胸背动脉分支,故不能分离整块背廓肌做填充物,可根据脓腔大小选择前外侧切口游离胸大肌做填充物。选择的肌瓣要足够填充脓腔,如果肌肉薄弱不能填满脓腔,可以腋中线为中心切除第5肋下多根肋骨,长度7~10 cm,使胸壁下陷脓腔缩小,这样对患者胸廓外侧影响较小。肌瓣要以可吸收线或生物胶固定适当的位置,尤其对合并支气管胸膜瘘的患者。术后创口加压包扎,防止游离肌瓣后皮下残腔形成。

[参考文献]

[1] 王兴焱,李伟平,徐继庆. 肌瓣填塞术治疗慢性脓胸6例体会[J]. 黑龙江医药科学,2002,25(6):68.
[2] 黄继红,白德巍,邵 阳. 心包内处理血管的全肺切除术治疗肺癌24例[J]. 局解手术学杂志,2004,13(5):316.
[3] 牛清华,李广胜. 开窗引流与肌瓣填塞治疗全肺切除术后脓胸2例[J]. 山西临床医药,2002,11(2):158.

[收稿日期] 2008-11-10 [修回日期] 2008-12-15

(编辑:左艳芳)