维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2003年第12卷第5期
J Regional Anat & Operative Surg, 2003, Vol. 12, No. 5

·个案与短篇·

肺癌肺袖式切除联合肺动脉成形术2例报告

李 庄[1]，王俊东[1]，李爱民[1]，周晓华[1]，范智东[2]，方砚伟[2]
（大理学院附属医院：1.胸心外科；2.麻醉科，云南 大理 671000）

[关键词] 肺癌；肺动脉；成形术
[中图分类号] R734.2； [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2003)05－0385－02

肺癌的袖式肺叶切除术联合肺动脉成形术是肺癌手术治疗方面的一大进步，这种手术扩大了中心型肺癌的手术适应证，避免了一侧全肺切除术和姑息性袖式肺叶切除术，保留了未受肿瘤侵及的健康肺叶，提高了手术后病人的生活质量。现将我科收治并完成的2例肺袖式切除联合肺动脉成形术报告如下。

1 临床资料

病例1，男，60岁，因咳嗽、咳痰伴痰中带血3个月入院。查体：全身浅表淋巴结未扪及肿大，左肺呼吸稍粗。胸部X线检查示：左上肺阴影（左上肺中心型肺癌可能）。胸部CT示：左上肺占位病变（左上肺中心型肺癌可能）。纤维支气管镜检查发现：左肺上叶开口处有肿瘤侵犯，活检后确诊为“左上肺鳞癌”。手术于全麻双腔插管麻醉下进行。术中探查见左上肺有中心型肿块，直径约2.5 cm，肿瘤侵犯左肺上叶开口，并局限性侵及左肺动脉干的血管壁；肺门周围淋巴结肿大，术中除成功施行了左上肺叶袖式切除并楔形切除了被肿瘤侵犯的左肺动脉干，同时行左肺动脉成形术。术中左肺动脉阻断8 min，单肺通气35 min。术后病人恢复良好，围手术期未发生手术并发症。术后随访一年余，能从事一般的家务劳动。

病例2，男，58岁，因胸痛、胸闷2周入院。查体：全身浅表淋巴结未扪及肿大，右肺呼吸音稍粗。胸部X线检查示：右中上肺阴影（右上肺中心型肺癌可能）。胸部CT示：右中上肺占位性病变（右中上肺中心型肺癌可能）。纤维支气管镜检查发现：右肺上叶开口处有肿瘤侵犯，活检确诊为“右上肺鳞癌”。手术于全麻双腔插管麻醉下进行，术中探查见右上肺中心型肿块，直径约为7.5 cm，肿瘤侵犯右肺上叶及右肺中叶开口，并局限性侵及右肺动脉干的血管壁；肺门周围淋巴结肿大，术中施行了右肺中上叶袖式切除，并楔形切除了被肿瘤侵犯的右肺动脉干，同时行右肺动脉干成形术。术中右肺动脉阻断12 min，单肺通气65 min。术后病人恢复良好，围手术期未发生手术并发症，术后随访10月，能从事一般的家务劳动。

2 讨论

外科手术至今仍然是肺癌治疗的首先方法[1]，肺癌外科治疗的公认原则是最大限度地切除肿瘤组织并最大限度地保留健康肺组织。在保证切除癌组织前提下，尽量缩小手术切除范围，这是肺癌外科治疗方面取得的重大进步。在肺癌手术术式的选择方面，已经从过去的根治性一侧全肺切除术逐步趋向肺叶切除术和有限的肺切除术[2]。其中最具有代表性和典型性的例子便是肺癌的袖式肺叶切除术。

肺癌的袖式叶除术主要适用于肿瘤位于左肺或右肺上叶支气管开口部的病例，手术方法是将病肺和与其相邻的一段主支气管一并切除，同时使用支气管成形术将余肺支气管与主支气管近侧端进行端端吻合术，从而保留了健康的肺叶（余肺），避免了一侧全肺切除术。如采用常规的肺叶切除术，因其肿瘤本身或转移灶已经累及上叶支气管开口部或与之相邻的主支气管，因而不能彻底切除肿瘤；但若施行一侧全肺切除术，则因过多地切除了健康的肺组织，心肺储备功能差的病人则不能耐受一侧全肺切除术，即使病人能耐受一侧全肺切除术，其术后生活质量也明显低于袖式肺叶切除术者。然而肺癌病人术前检查和剖胸探查证实肿瘤侵犯肺动脉干时，在行袖式肺叶切除术的同时，要做受累肺动脉干的部位侧壁切除、切线位部分切除[3]或肺动脉干的袖式切除术，以便彻底切除病肺及受累的组织结构，提高肺癌袖式切除术的疗效。

施行肺癌的袖式肺叶切除联合肺动脉成形术时，一般采用气管内双腔支气管插管或健侧肺单腔支气管插管，必须保证支气管插管进入健侧主支气管内确保其位置正确无误。必要时采用高频正压通气或高频喷射通气。支气管成形术的手术步骤包括主支气管的袖式切除加肺叶切除术以及支气管端端吻合术。在施行肺动脉的吻合之前，要按技术要求游离下肺门、支气管和肺动脉远侧及近侧两端，切断下肺韧带。要遵循下列基本手术操作原则：①要保证支气管切缘有足够的血液供应。②肺门和纵隔淋巴结的清扫要在支气管端端吻合前完成，以预防对吻合口的不必要的机械损伤；③吻合口无张力；④肺动脉的阻断时间不要超过2 h；⑤注意掌握正确的吻合方法，如吻合技术缺陷，一旦发生支气管吻合肺动脉瘘，病人多死于致命的大咯血。

肺癌袖式肺叶切除联合肺动脉成形术的目的，是为了使患有中心型肺癌的病人避免接受全肺切除术。这种手术对高龄肺癌病人肺功能或心肺功能及全身一般健康状况不良者尤为适用，因为这一部分肺癌病人不能耐受任何比袖式肺叶切除联合肺动脉成形以外的其他较大的肺癌手术。近年来一些年青

[收稿日期] 2003－09－10 [修回日期] 2003－10－08

维普资讯 http://www.cqvip.com

的中心型肺癌病人也采用这种术式进行治疗[4]，其目的同样为了避免一侧全肺切除术的有害影响，保证病人术后有较好的工作能力和生活质量。但这种支气管与肺动脉的成形手术对术者及麻醉师的技术要求较高，需在有经验的胸外科医生和有条件的医院才能开展。

[参考文献]

[1] 孙衍庆. 现代胸心外科学[M]. 北京：人民军医出版社，2000. 780－795.

[2] 张效公. 胸外科学[M]. 北京：中国协和医科大学出版社，2001. 103－118.

[3] Rendina EA, Venuta F, Ciriaco P, et al. Bronchovascular sleeve resection : Technique, peripherative management, prevention, and treatment of complication [J]. J Thorac Cardiovasc Surg, 1993, 106:73－80.

[4] Maggi G, Cassdio C, Pischedda F, et al. Bronchoplastic and angioplastic techniques in the treatment of bronchogenic carcinoma [J]. Ann Thorac Surg, 1993, 55:1501－1510.

（编辑：张天飞）

32例腹腔镜脾切除术围手术期的护理体会

李洪艳

（第三军医大学附属新桥医院肝胆外科，重庆 400037）

[关键词] 腹腔镜；脾切除；围手术期；护理

[中图分类号] R248.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2003)05－0386－02

我科自2001年7月至2003年4月行腹腔镜脾切除(LS)、门奇静脉断流术共32例，经过充分的术前准备和精心的术后护理，均取得较满意的效果。现将有关护理体会报告如下。

1 临床资料

本组32例肝硬化、门静脉高压症、充血性脾肿大伴脾功能亢进、食道胃底静脉曲张的病人中，男25例，女7例，年龄32～72岁，平均年龄48岁。32例腹腔镜脾切除加门奇断流术，无一例转行开腹手术，手术时间1.5～2.5 h，失血50～800 ml。术后12～20 h拔除胃管，进流质饮食，24 h后即可下床活动，48～72 h后拔除腹腔引流管。32例病人均无明显并发症发生，无死亡病例，术后平均住院7 d。术后脾亢完全纠正，食道胃底下端静脉曲张情况明显减轻或消失。

2 术前准备

2.1 心理护理

虽然腹腔镜技术已被广泛应用，但腹腔镜脾切除国内外开展较少，患者及其家属对该术式不了解，并且该类病人由于病程较长，临床症状重，多数病人有过上消化道大出血史，故患者的心理问题较多，对手术存在疑虑。为此，我们制定相应的护理措施，将健康宣教贯穿于整个治疗护理中。首先，将有关的知识向患者及其家属作详细的介绍，带他们走访、比较传统开腹手术和腹腔镜手术的病例，使患者对手术有一个初步的认识，从而患者保持良好的心理状态，积极配合手术，对恢复健康充满信心。

2.2 术前的常规准备

2.2.1 常规检查 做心电图、拍胸片，查肝、肾功能及电解质，了解肝肾功能状况；查血常规、凝血酶原时间等，了解病人的凝血机制；做食道吞钡检查，了解食道胃底静脉曲张程度；每天测腹围，了解腹水控制情况。判断手术的耐受能力。

2.2.2 常规准备 术野皮肤准备，尤应注意脐部的清洁。备血。术晨禁食，术前置胃管，由于大部分病人食道胃底静脉曲张程度较重，置胃管前嘱病人服用10 ml液体石腊油，胃管软硬适度，插胃管时动作宜轻柔，并与病人的吞咽动作密切配合，减轻对病人咽喉部的刺激，防止曲张的静脉破裂出血。

3 术后观察及护理

3.1 一般护理

全麻术后去枕平卧位，头偏向一侧，防止呕吐引起误吸。待肠蠕动恢复后拔除胃管，并逐渐进流质饮食、半流质饮食。本组病例因手术创伤小、对胃肠干扰少，术后胃肠功能恢复较快，多数病人术后1 d即拔除胃管。由于LS使用气腹以及麻醉药品的影响，病人术后有呕吐者，给予肌肉注射胃复安10 mg，让病人安静休息。

3.2 生命体征及腹部体征的监测

术后测血压、脉搏、呼吸每小时1次，使用心电监护，监测心率、呼吸、血压、体温、氧饱和度变化，观察患者的面色及精神状态，注意有无肝昏迷的先兆，注意腹部体征的观察，注意有无腹痛、腹胀等。

3.3 腹部切口及腹腔引流管的观察

由于肝硬化病人组织脆弱，多有凝血功能障碍[1]，部分病人腹水未完全控制，术后要注意观察腹部切口渗血、渗液情况，及时更换敷料，保证伤口清洁干燥。保持腹腔引流管通畅，注意观察引流液的性质、量，术后当日要准确记录每小时腹腔引流液的量，若腹腔血性引流液较多，应警惕腹腔内有无活动性出血（或创面广泛渗血），以便及时处理。本组有两例病人，术

[收稿日期]2003－09－21 [修回日期] 2003－10－12