维普资讯 http://www.cqvip.com

83-84,64

文章编号：0253-3626(2000)01-0083-02

R655.3

(30)

腋下小切口及常规切口治疗自发性气胸的比较研究

葛明建，李良彬，温剑虎，吴庆琛、秦治明、杜 铭
（重庆医科大学临床学院胸外科 400016）

摘 要 比较腋下小切口(TAMT)和前/后外侧切口(APLT)治疗自发性气胸(SP)的临床效果。共72例SP病人接受了治疗，对其中40例采用APLT手术途径，而对另外32例则采用TAMT方法。对两组病人的手术时间、切口长度、术后杜冷丁用量、胸引管安放时间以及住院时间等方面进行比较分析。TAMT组与APLT组比较，在切口长度(7.6±1.1 cm VS 18.6±2.1 cm，$P<0.01$)、术后杜冷丁用量(102.8±58.9 mg VS 243.9±99.1 mg，$P<0.01$)和术后住院时间(6.4±1.3天VS 8.9±1.5天，$P<0.01$)等方面均有显著差异。两组病人术后随访均无复发。TAMT法治疗SP疗效确切，缩短了住院时间，减轻了术后疼痛和不适，具有明显的美容效果，符合“微创”外科的新观点，值得推广。

关键词 自发性气胸；外科治疗；微创 外科手术 腋下小切口、TAMT APLT
中国图书分类法分类号：R655.3 **文献标识码**：A **收稿日期**：1999-05-20

Transaxillary minithoracotomy (TAMT) versus antero/posterolateral thoracotomy (APLT) for primary spontaneous pneumothorax

GE Ming-jian, et al
Department of Thoracic Surgery, College of Clinical Medicine

Abstract: **Objective** To compare the clinical results of transaxillary minithoracotomy(TAMT) and antero/posterolateral thoracotomy(APLT) in treating primary spontaneous pneumothorax (SP). **Methods** Seventy-two patients with primary SP were involved in this study. Forty patients were treated by APLT and 32 by TAMT. The operating time、length of incision、amount of Dolantin used on the postoperative day, duration of the indwelling chest tube and the time of hospitalization were compared. **Results** The length of incision was 7.6±1.1 cm in TAMT and 18.6±2.1cm in APLT ($P<0.01$). The amount of Dolantin used on the postoperative days was 102.8±58.9 mg in TAMT and 243.9± 99.1 mg in APLT($P<0.01$). The time of hospitalization was 6.4±1.3 days in TAMT and 8.9±1.5 days in APLT. There was no case of recurrence in either group. **Conclusions** TAMT is curative, limits hospitalization,permits rapid return to a normal lifestyle, diminishes patients' pain and is cosmetically acceptable. It fits with today's trend of mini-invasive surgical procedures. It is recommended that patients with primary SP should undergo TAMT.

Key Words: Spontaneous pneumothorax; Operation; Mini-invasive procedures

近几年来，我们分别从腋下小切口(Transaxillary Minithoracotomy,TAMT)和前/后外侧切口(Antero/Posterolateral Thoracotomy, APLT)两种不同的手术途径来治疗自发性气胸(SP)病人，取得了不同的临床效果，现总结如下：

1 临床资料

1.1 一般资料

1993年3月至1995年12月我们采用APLT途径对40例SP患者进行了手术治疗(APLT组)，而在1996年1月至1999年3月期间则改用TAMT方式治疗了32例SP患者(TAMT组)。有关两组患者的一般资料见表1。

1.2 围手术期处理

1.2.1 APLT操作过程无特殊更改[1]。以下为TAMT的简要过程：若术前患者未接受胸腔闭式引流术，则于麻醉前在患侧胸壁锁骨中线第2肋间处插置12号注射针头，使之与胸腔相通以防机械通气后出现张力性气胸。选用全身麻醉，单腔或双腔气管插管通气，取患者为健侧卧位，患侧上肢与躯干垂直，前臂水平固定，充分暴露腋窝。切口选择为腋下第3或第4肋间，前达胸大肌后缘，后至背阔肌前缘，长约5cm～8cm。术前将切口设计好，以便患者术后患侧上肢处于中立位时手术疤瘢隐蔽在腋下不能被看见。切开皮肤后在分离皮

作者介绍：葛明建（1970-02出生），男，主治医师、硕士

维普资讯 http://www.cqvip.com

表　两组患者的临床效果比较

项　目	腋下小切口(TAMT)	前/后外侧切口(APLT)
病人数	32	40
性别(男/女)	25/7	37/3
年龄(岁)*	27.6±11.2	26.9±10.8
手术时间(min)*	92.3±16.2	103.4±27.1
切口长度(cm)*	7.6±1.1**	18.6±2.1
术后杜冷丁用量(mg)*	102.8±58.9**	243.9±99.1
术后胸引管安放时间(d)*	4.0±0.9	4.4±1.4
术后住院时间(d)*	6.4±1.3**	8.9±1.5
术后复发例数	0	0

*平均值±标准差　**与APLT组比较　$P<0.01$

下时避免损伤胸长神经和淋巴管，沿下位肋骨的上缘，用电刀切割肋间肌后进入胸膜腔，用卵圆钳抓取肺尖组织至手术野，重叠褥式缝合肺大泡后将肺组织放回原位。胸腔内试水观察修补处或其它部位有否漏气，若有则同法处理。用50%葡萄糖水40ml涂擦肺尖部之壁层胸膜，以便术后胸膜固定。于第5或第6肋间安放胸引管。用可吸收缝线缝合皮肤真皮层。

1.2.2　术后管理与其它开胸手术后相同，鼓励患者咳嗽和深呼吸以促进肺复张。根据患者需要给予肌注杜冷丁止痛。仔细管理胸引管，若24h引流总量小于50ml，咳嗽或深呼吸时无漏气、水柱波动很小，胸透显示肺完全复张时拔除胸引管。拔管后观察24～48h后准予出院。

1.2.3　为评判两种手术途径治疗SP的临床效果，本研究选用以下评价指标：手术时间(从切皮开始至离开手术台为止)、切口长度、术后杜冷丁用量、术后胸引管安放时间以及术后住院时间。

1.3　统计学处理　本组资料属计量资料，选用两样本均数比较的t检验方法进行统计学处理，以$P<0.05$为差异显著性标准。

2　结　果

两组患者的临床效果比较见表1。两组比较在切口长度、术后杜冷丁用量以及术后住院时间几方面均存在显著差异($P<0.01$)。对两组病人进行术后随访2～24月均未发现有复发病例。

3　讨　论

自发性气胸(SP)是青年人中的常见病，其主要病因为上叶肺尖部的先天性肺大泡破裂。该病的临床治疗效果与治疗方式的选择有密切关系[2]。对于首发病例往往采取住院行胸腔闭式引流术的方法，此法的平均住院日为5天，但引流后长时间的漏气并不罕见，此时常需要长时间的观察甚或外科手术治疗[3]。内科倾向于运用胸腔内注射粘连剂的方法来治疗SP，但该法并不能缩短住院时间，并且有复发倾向。传统侧切口(APLT)治疗SP的方法能治疗彻底，但具有损伤重、术后出血多、痛苦大、手术瘢痕长、不美观和病人心理负担重等缺点[2]。

为了克服传统方法的局限性，我们采用腋下小切口(TAMT)的方法对32例SP病人进行治疗，并且与传统侧切口进行比较，结果发现前者同样可以有效地纠正患者的病理状态、达到彻底治疗的目的。此外还具有独到的优越性：首先TAMT法治疗SP可明显缩短住院时间，病人可更早地恢复工作和学习，而且降低了住院费用；其次病人术后的疼痛和不适明显减轻，可主动咳嗽和深呼吸以促进肺复张，使术后留置胸引管的时间缩短。我们注意到TMAT组术后胸引管安放时间较APLT组缩短，虽然两组比较没有显著的统计学差异($P=0.061$)。最后TAMT法具有明显的美容效果，当患侧上肢处于中立位时伤口隐藏在患者的腋窝下不能被看见，术后病人心理负担轻。此外该法保护了胸大肌或背阔肌，术后不影患侧上肢的功能。Kim等的研究还表明TAMT法的临床效果可以与电视胸腔镜辅助下的肺大泡切除相媲美[4]。

腋下小切口也有其局限性，由于手术野暴露欠佳，对多发性肺大泡或胸膜粘连增厚需行胸膜剥脱时有一定难度。因此术前需作好相关检查以定位病变，准确选择病例。对于年轻患者，其病因往往为上叶的肺大泡破裂，因此行胸部X线检查就已足够。对于年老患者，术前需要作胸部CT检查以准确定位病变。术中需耐心而细致操作，不必要的抓扯和不适当的牵拉肺组织可能造成肺撕裂、出血和其它并发症。TAMT法最适于继发于肺尖部大泡破裂的SP病例。若术前疑有多发性肺大泡、巨大型肺大泡需折叠成形或有胸膜增厚需行纤维板剥脱以及肺组织与壁层胸膜之间存在严重粘连时，可先作腋下横形小切口以探查决定能否完成手术，若有困难可适当延长切口或行常规侧切口。　(下转第64页)

维普资讯 http://www.cqvip.com

了大量研究，取得了满意的治疗效果[3]。但所用角膜缘干细胞移植片均为新鲜材料，临床上新鲜材料十分缺乏，且在应用的时间及空间性上受到限制，在一定程度上影响了临床工作的开展，而另一方面，穿透性角膜移植所剩下的角膜缘干细胞材料又未能得到充分利用，出现角膜缘干细胞材料相对浪费，我们将穿透性角膜移植所剩下的角膜缘干细胞材料收集起来进行程序降温，-196℃液氮深低温保存，经动物实验证实保存到2个月的角膜缘干细胞具有活性[1]，临床上4例5眼眼表疾病通过深低温保存1个月以上的角膜缘干细胞移植后，角膜上皮得到了修复，恢复了正常的眼表结构，经过1个月以上的随访，术后视力除1眼无改变外，其余4眼均有明显的提高。未发现排斥等不良反应。达到了显著的治疗效果。

我们通过深低温保存角膜缘干细胞移植治疗眼表疾病的初步临床研究，说明了深低温保存法能够有效地保持角膜缘干细胞的活性，能够将被丢弃的角膜缘干细胞重新利用，变废为宝，且深低温保存的材料结合中、短期保存液能够克服临床应用上时间及空间性的限制，为临床角膜缘干细胞移植治疗眼表疾病提供了可利用的材料。但本文所观察的病人数较少，随访的时间较短，深低温保存法保存的角膜缘干细胞的时间不长等许多问题还有待于进一步研究。

参 考 文 献

[1] 周善璧，陈家祺，黄　挺，等. 深低温保存角膜缘干细胞自体移植实验研究[J]. 眼科学报，1998;14(4):224~226,231

[2] Tseng SCG and Tsubota K. Important concepts for treating ocular surface and tear disorders[J]. AM J Ophthalmol，1997;124(6):825～835

[3] Tan DTH, Ficker LA and Buckley RJ. Limbal transplantation [J]. Ophthalmology，1996;103(1):29～36

[4] Kenyon KR and Tseng SCG. Limbal autograft transplantation for ocular surface disorders[J]. Ophthalmology，1989;96(5):709～723

(上接第84页)

由于病人普遍对在局麻下行胸腔闭式引流感到畏惧；入院后希望得到彻底的治疗，避免以后再发；而且盼望尽可能快的恢复工作和学习，避免长时间住院。基于以上原因，我们主张在运用TAMT法治疗复发性SP病人时，在入院当日即行急诊手术治疗而避免行术前胸腔闭式引流术。

总之，对SP病人采用腋下小切口的方法进行治疗顺应了当今“微创”外科的新潮流，该法疗效确切，缩短了术后住院时间，减轻了术后疼痛，具有明显的美容效果，值得推广。

参 考 文 献

[1] 顾恺时，主编. 胸心外科手术学[M].第一版.北京:人民卫生出版社，1992:278～280

[2] Murray KD,Matheny RG, Howanitz EP, et al.A limited axillary thoracotomy as primary treatment for recurrent spontaneous pneumothorax[J]. Chest, 1993;103(1):137～142

[3] 李良彬，林尚清，李法荫，等. 32例自发性血气胸外科治疗体会[J]. 重庆医学. 1993;22(1):68～70

[4] Kim KH, Kim HK, Han JY, et al.Transaxillary minithoracotomy versus video- assited thoracic surgery for spontaneous pneumothorax[J]. Ann Thorac Surg, 1996;61(5):1510～1512