DOI:10.16016/j.1000-5404.1992.04.025

经验交流

支气管气管成形肺切除术治疗原发性肺癌——附 28 例报告

路作新 齐悦国 向明章 （第三军医大学新桥医院胸外科）630037

我院胸外科从 1988 年 12 月～1991 年 11 月施行支气管气管成形肺切除术治疗肺癌 28 例，报告如下。

1 临床资料

28 例均为男性，年龄 47～65 岁，均为中央型肺癌，部位在右上叶 16 例，右中下叶 3 例，左上叶 9 例。按国际 TNM 分期，Ⅰ期 8 例，Ⅱ期 10 例，Ⅲa 期 8 例，Ⅲb 期 2 例。28 例术前均予支纤镜检明确病理诊断并观察病变侵及范围。鳞癌 24 例，腺癌 4 例。手术均采用后外侧切口，第五肋床进胸，其中右上叶＋主支气管袖式切除，右中间段支气管和主支气管吻合 8 例。右上叶＋主支气管半隆突切除，右中间段支气管和气管吻合 1 例。右上叶＋主支气管楔形切除，右中间段支气管和主支气管吻合 7 例。右全肺＋主支气管半隆突和部分气管切除 2 例。右中下叶＋主支气管袖式切除，右上叶支气管和主支气管吻合 1 例。左上叶＋主支气管袖式切除，左下叶支气管和主支气管吻合 4 例。左上叶＋主支气管楔形切除，左下叶支气管和主支气管吻合 5 例。20 例行肺门和部分纵隔淋巴结清扫。全组 28 例住院期间无死亡，除 1 例背部手术切口皮下组织液化延期愈合外，余无严重并发症，均恢复顺利出院。术后住院时间 16～45d，平均 22d。

2 讨论

对肺癌手术切除应遵循的原则是最大限度的切除癌肿和最大限度的保存肺组织。支气管气管成形肺切除术符合这一原则，使以前必须行全肺切除的中央型肺癌能保存 1～2 叶肺组织，且能使癌肿彻底切除，保存了更多的肺功能，使一些肺功能差，难以接受全肺切除的老年病人得到手术治疗，扩大了手术指征，提高了术后的生存质量。Naruke 等指出支气管成形手术应是早期的中央型肺癌[1]。本组 28 例，$T_1N_0M_0$ 仅 3 例，余 25 例均为中晚期癌，其中Ⅲ期的 10 例，这说明较晚期中央型肺癌也可行气管支气管成形肺切除术。我们掌握的手术适应征是：(1) 癌肿侵及段支气管的行主支气管楔形切除术。(2)癌肿已侵及叶支气管开口或主支气管，但距隆突 2cm 以上的行主支气管袖式切除。(3)癌肿距隆突＜2cm 但＞1cm 的行主支气管袖式＋半隆突切除。Paulson 认为肺门纵隔淋巴结有转移者应列为该术式的禁忌[2]。但本组有肺门和纵隔淋巴结转移者 20 例均予手术切除，我们的体会是术中见肺门纵隔淋巴结增大不是该术式的禁忌，只要肺门纵隔淋巴结有一定的活动度，未侵及大血管，未呈冻结状态，都可采取肺门纵隔淋巴结清扫完成手术。

支气管气管成形肺切除术要求较熟练的手术技术，其难度较常规的肺叶或全肺切除复杂，需将肺动脉与支气管分离，在肿瘤包绕肺动脉时，为防止术中肺动脉破裂大出血，在肺动脉根部或心包内分离出肺动脉，暂时给予阻断，只要切开动脉外鞘，肿瘤包绕的肺动脉主干分支均能予以结扎。

术中麻醉采取单侧通气，本组有两例术中见癌侵及范围比术前支纤镜检所见更近隆突，并侵及气管下端外侧壁，我们将双腔插管向上退入，用边切边缝方法完成右全肺半隆突部分气管下端切除术。

对支气管吻合采用 5×14 尼龙缝线间断缝合，针距 2mm，缝针距支气管切缘 1.5mm，线结打在支气管腔外，支气管切缘力求整齐，

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

先吻合软骨环部，再吻合膜部，以矫正支气管两切端口径大小不一，如两切端口径相差较大，对大口径端采取纵向楔形切除部分支气管壁，再纵行缝合缩小其口径，有报告吻合支气管需使用 4-0 Vicryl 缝线，并采用粘膜外缝合，术后应用小量激素治疗，以防止肉芽组织向管腔内生长致使支气管吻合口狭窄[3,4]。但本组 28 例支气管吻合中，使用尼龙缝线，粘膜下缝合和全层缝合均予使用，术后也未用激素治疗，28 例都得到随访，2 个月～3 年均未见发生支气管吻合口狭窄。吻合完成后将肺门部充分游离，减少吻合口张力，用纵隔胸膜或心包膜等组织将吻合口包绕固定，使肺动脉和吻合口线结隔开。有报道术后发生肺动脉吻合口瘘和吻合口断裂等严重并发症[3]，本组无有发生。

我们认为支气管气管成形肺切除术是目前治疗中央型肺癌较好手术方式，值得深入开展。

关键词 肺肿瘤/外科手术；肺切除术

参考文献

1. Naruke T, Yoneyama T, Ogata T, et al. Bronchoplastic procedures for lung cancer. J Thorac cardiovasc Surg, 1977;73(6):927
2. Paulson DL, Shaw RR. Bronchoplastic procedures for bronchogenic carcinoma. J Thorac Cardiovasc Surg, 1970;59:38
3. 宋玉忱 杜喜群 张 逊，等。气管、隆突、主支气管肿瘤切除及其成形术。中华胸心血管外科杂志，1991;7(2):95
4. Frist WH, Mathisen DJ, Hilgenberg AD, et al. Bronchial sleeve resection with snd without pulmonary resection. J Thorac Cardiovasc Surg, 1987;93:350

（收稿：1992-01-21；修回：1992-05-07）

下颌骨缺损纯钛人工颌骨置换成形术——附 53 例报告

李忠禹 谭颖徽 高 志 （第三军医大学新桥医院口腔颌面外科）630037

我科 1977 年通过动物实验证明纯钛适合作为下颌骨整形材料。自 1978 年开始将纯钛人工颌骨用于临床，迄今共整复下颌骨缺损 53 例，效果满意，现报告如下：

1 材料和方法

1.1 一般资料

另 32 例，女 21 例。年龄 18～61 岁，其中 45 岁以下者 43 例。下颌骨缺损原因：良性肿瘤截骨 40 例，外伤 9 例，放射性骨髓炎 4 例。缺损部位：单侧下颌骨体 35 例，一侧下颌骨体伴部分升支 8 例，双侧下颌骨体 6 例，单侧下颌骨升支（不含髁状突）4 例。缺损长度：最短 5cm，最长 19cm。手术种类：病变切除即刻移植 44 例，二期移植 9 例。

1.2 方法

1.2.1 材料及加工成形

选用国产纯钛材（陕西宝鸡有色金属研究所提供，型号 TA－1，含杂质不大于（0.05%，N_2 0.03%，H_2 0.015%，O_2 0.010%）经机械加工制成人工颌骨，厚 2mm，宽 1cm，长为 8cm，12cm，15cm 和 25cm 四种规格。为便于塑形及组织长入，移植体上下缘制成"V"形缺损，板面钻有孔眼（图 1）。钛螺丝钉长 0.9～1.3cm，直径 4mm。

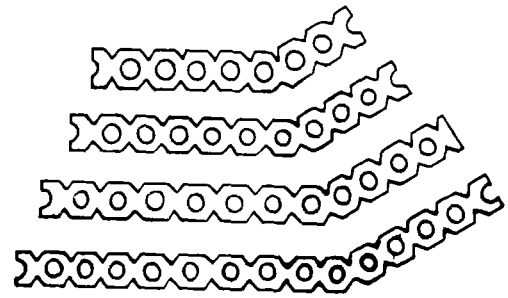


图 1 人工颌骨形态

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net