

临床研究

DOI:10.3969/j.issn.0253-3626.2012.03.026

全腔镜下肺癌根治术 52 例报告

陈焕文, 杜 铭

(重庆医科大学附属第一医院心胸外科, 重庆 400016)

【摘 要】目的:探讨全腔镜肺癌根治术的临床经验。方法:从 2009 年 1 月-2011 年 1 月我们在全腔镜下完成肺癌根治术 52 例。52 例患者,男,38 例,女 14 例,年龄 38~72 岁。平均 58 岁。手术方法是在全腔镜下完成肺叶切除和系统性淋巴结清扫。结果:5 例因胸腔粘连 2 例因术中出血而中转辅助小切口。全组手术时 90~240 min,平均 120 min,术中出血 50~300 ml,平均 120 ml。淋巴结切除 7~19 枚,平均 14.8 枚。术后住院 6~10 d,平均 7 d。2 例因术中出血而中转辅助小切口。术后无肺部感染、肺功能不全。所有患者均顺利出院。结论:全腔镜进行肺癌根治术,最大限度的减小创伤及并发症,肿瘤切除、淋巴结清扫情况与其他手术方法没有明显差别,且安全可行。

【关键词】胸腔镜;肺叶切除术

【中国图书分类法分类号】R734.2

【文献标志码】A

【收稿日期】2011-09-14

Video-assisted thoracoscopic lobectomy for lung cancer in 52 cases

CHEN Huanwen, DU Ming

(Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery, the First Affiliated Hospital, Chongqing Medical University)

【Abstract】Objective: To review the clinical experience of video-assisted thoracoscopic lobectomy for lung cancer. Methods: From January 2009 to January 2011, 52 patients with lung cancer underwent VATS lobectomy. Among them, 38 were males and 14 were females, aged 38~72 years old. The average age was 58. Video-assisted thoracoscopic surgical approach included lobectomy and lymph node dissection. Results: Because of 5 cases of pleural adhesion and 2 cases of bleeding, VATS was converted to transit-assisted small incision. All operative time was 90~240 min, with an average of 120 min. Intraoperative bleeding volume was 50~300 ml, with an average of 120 ml. 7~19 pieces of lymph nodes were removed, with an average of 14.8. The length of hospital stay was 6~10 days, with an average of 7 days. Postoperative complications: there were no postoperative chylothorax, lung infection, or respiratory insufficiency. Conclusion: VATS lobectomy for lung cancer is a feasible operation with minimal invasion and fewer perioperative complications, whose effect is comparable to thoracotomy lobectomy.

【Key words】thoracoscopy; lobectomy

手术切除是治疗肺癌的主要方法之一,但是传统切除术,创伤大,术后并发症多^[1]。20 世纪末,微创技术受到外科各个领域的重视,腔镜技术被广泛运用。1992 年 Roviario 完成了第 1 例全腔镜肺叶切除术。随后该技术逐渐开始开展。目前胸腔镜肺叶切除术的方式还是呈多样性。本研究选取从 2009 年 1 月-2011 年 1 月在全腔镜下完成肺癌根治术 52 例,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

52 例患者,男,38 例,女 14 例,年龄 38~72 岁,平均 58

作者介绍:陈焕文(1977-),男,副主任医师,博士,

研究方向:微创外科与临床。

通信作者:杜 铭,男,副教授,Email:ljdyt1103@sina.com。

岁。术前均常规经胸部 CT、纤维支气管镜、脑 MRI、骨扫描及腹部超声等检查,病理类型为鳞癌 35 例,腺癌 17 例,均排除外转移性病变的存在。

1.2 手术方法

双腔气管插管,静脉复合麻醉,健侧肺通气。患者取 90 度侧卧位,患侧上肢前举,固定于托手架上,胸腔镜镜孔选在腋中线第 6、7 肋间,长约 1.0~1.5 cm,主操作孔 2 个,1 个位于腋后线偏后第 8、9 肋间,长约 1.5~2.0 cm;1 个位于腋前线第 3、4 肋间,长约 3 cm。探查胸腔内有无种植转移后,牵引病肺,暴露肺根部,首先打开纵隔胸膜,游离肺静脉,用腔内直线切割缝合器切断。除右肺上叶先离断尖前支动脉外,其余肺叶切除均先游离叶支气管,再用腔内直线切割缝合器切断。最后将位于肺动脉分支旁的淋巴结向远处推移,游离肺动脉且用直线切割缝合器切断或者用 hemolock 钳夹处理,最后处理肺裂。常规清扫淋巴结。

2 结 果

从 2009 年 1 月-2011 年 1 月在全腹腔镜下完成肺癌根治术 52 例。全组无围术期死亡。5 例因胸腔粘连 2 例因术中出血而中转辅助小切口。全组手术时 90~240 min, 平均 120 min, 术中出血 50~300 ml, 平均 120 ml。淋巴结切除 7~19 枚, 平均 13.8 枚。术后住院 6~10 d, 平均 7 d。术后无严重并发症: 术后病理类型为鳞癌 35 例, 腺癌 17 例。所有患者均顺利出院。

3 讨 论

随着微创外科的不断发展, 腔镜技术得到了不断的进步。作为未来的趋势, 电视胸腔镜手术已广泛运用于胸部的各种疾病的治疗^[2-5], 其中包括: 手汗症、胸部病变活检、肺部疾病、食管癌, 甚至心脏外科。

1992 年, roviaro 完成了第 1 例全腹腔镜肺叶切除术。随后该技术逐渐开始开展, 目前 VATS 肺叶切除是近年国际肺癌指引列为肺癌的外科治疗方法之一。相对于传统手术而言, 胸腔镜手术无需撑开肋骨, 切口小且美观, 创伤小、患者术后恢复快, 更容易为患者所接受。但是此种模式的适用范围受到病例情况、外科医生技术、外科器械等因素的影响。与国内其他学者相似^[6,7], 认为病例选择原则为: 早期肺癌 (I 期), 具体而言肿瘤 (T) 小于 5 cm, 无重要结构侵犯 (如胸壁、纵隔)。纵隔淋巴结 (N) 最好无转移, 但对于某一站孤立的转移淋巴结切除在技术上可行。应在增强 CT 片上仔细评估肺门、支气管周围淋巴结, 此部位肿大淋巴结会对手术造成困难。

在手术程序及方法上, 研究者认为应该注意几点: ①切口设计目前呈多样性, 但是还是应该根据术者习惯选择自己熟悉的切口。②肺门处理时, 应根据血管支气管的位置, 哪个方便先处理哪个。③分离血管或者支气管时, 应该将鞘膜打开裸化, 尽量在其内处理, 这样不容易损伤邻近结构。Shiraishi、Lewis 等^[8,9]提出 VATS 下可用直线切割缝合器一起处理肺动脉和支气管, 但是这种方法不符合解剖性肺叶切除的原则, 不利于叶间淋巴结的清扫。我们认为在离断支气管后, 将肺动脉之间以及与支气管之间的淋巴结向远端推移, 将肺动脉与肺裂一起用切割缝合器处理还是安全可行的。④分离血管或者支气管以及清扫淋巴结时, 尽量多采用电凝钩 (或超声刀) 与吸引器相互配合游离。⑤如遇到腔镜下无法处理的出血, 应果断中转开胸。

从结果部分可以看出: VATS 肺叶切除与开放手术相比,

最大限度的减小创伤及并发症, 肿瘤切除、淋巴结清扫情况与其他手术方法没有明显差别。

综上所述, 胸腔镜肺叶切除术治疗肺癌在技术上是安全可行的, 同时可以减少患者的手术创伤、缩短住院时间。

参 考 文 献

- [1] 张长弓, 巫正伟, 李高峰, 等. 电视胸腔镜辅助小切口肺叶切除 44 例临床分析. 肿瘤基础与临床, 2010, 4(23): 335-337.
- Zhang C G, Wu Z W, Li G F, et al. A study of video-assisted thoracoscopic surgery lobectomy in small incision of 44 cases. Journal of Basic and Clinical Oncology, 2010, 4(23): 335-337.
- [2] 李 强, 杨正宏, 吴庆琛, 等. 胸腔镜下胸交感神经切断术治疗手汗症的临床应用[J]. 重庆医科大学学报, 2007, 32(7): 43-44.
- Li Q, Yang Z H, Wu Q C, et al. Thoracic sympathectomy under thoracoscope for palmar hyperhidrosis[J]. Journal of Chongqing Medical University, 2007, 32(7): 43-44.
- [3] Rocco G, Brunelli A, Jutley R, et al. Uniportal VATS for mediastinal nodal diagnosis and staging[J]. Interact Cardiovasc Thorac Surg, 2006, 5(4): 430-432.
- [4] Liu L X, Che G W, Pu Q, et al. A new concept of endoscopic lung cancer resection: single-direction thoracoscopic lobectomy[J]. Surg Oncol, 2010, 19(2): 71-77.
- [5] Luketich J, AlveloRivera M, Buenaventura P, et al. Minimally invasive esophagectomy: outcomes in 222 patients[J]. Ann Surg, 2003, 238: 486.
- [6] 李剑锋, 杨 帆, 李 运, 等. 连续 100 例全胸腔镜下肺叶切除术的临床分析[J]. 中国胸心血管外科临床杂志, 2009, 16(1): 1-5.
- Li J F, Yang F, Li Y, et al. Clinical analysis of 100 consecutive completely thoracoscopic lobectomy[J]. Chinese Journal of Clinical Thoracic and Cardiovascular Surgery, 2009, 16(1): 1-5.
- [7] 刘伦旭, 车国卫, 蒲 强, 等. 单向式全胸腔镜肺叶切除术[J]. 中华胸心血管外科杂志, 2008, 24(3): 156-158.
- Liu L X, Che G W, Pu Q, et al. Single-direction complete video-assisted thoracoscopic surgery for lung cancer[J]. Chinese Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, 2008, 24(3): 156-158.
- [8] Shiraishi T, Shirakusa T, Miyoshi T, et al. A completely thoracoscopic lobectomy segmentectomy for primary lung cancer—technique, feasibility, and advantages[J]. Thorac Cardiovasc Surg, 2006, 54(3): 202.
- [9] Lewis R J, CaecavaLe R J. Video-assisted thoracic surgical non-rib spreading simultaneous stapled lobectomy (VATS (n) SsL) [J]. Sen Thorac Cardiovasc Surg, 1998, (4): 332.

(责任编辑: 冉明会)