

• 临床医学 •

文章编号: 1002-0217(2015)03-0269-03

## 56 例胸腔镜手术在基层医院的应用总结

郑甜, 查贵智, 吕晶, 叶黄平, 柏光宗

(泾县医院 胸外科, 安徽 泾县 242500)

**【摘要】**目的: 探讨如何在基层医院开展胸腔镜手术。方法: 回顾性分析 56 例胸腔镜手术资料, 总结在基层医院开展胸腔镜手术的可行性及如何制定合理的学习曲线。结果: 56 例胸腔镜手术均顺利完成, 有 2 例出现围术期并发症, 并发症发生率为 3.57%, 无死亡病例。结论: 只要制定合理的学习曲线, 在基层医院开展胸腔镜手术切实可行。

**【关键词】**胸腔镜手术; 基层医院

**【中图分类号】**R 655 **【文献标识码】**A

**【DOI】**10.3969/j.issn.1002-0217.2015.03.019

## Experience of video-assisted thoracoscope surgery in 56 cases in local hospital

ZHENG Tian, ZHA Guizhi, LÜ Jing, YE Huangping, BAI Guangzong

Department of Thoracic Surgery, Jingxian County Hospital, Jingxian 242500, China

**【Abstract】Objective:** To summarize the experience of video-assisted thoracoscopic surgery in local hospital. **Methods:** Retrospective analysis was performed in 56 patients undergone video-assisted thoracoscope surgery and the experience was summarized for determination of the feasibility and rational learning curve for the surgeons in this technique application. **Results:** Video-assisted thoracoscope surgery was successful in 56 patients. Preoperative complications occurred in 2 cases (3.57%), no death occurred. **Conclusion:** Applying the video-assisted thoracoscope surgery appears possible in local hospital on rational learning curve basis.

**【Key words】**thoracoscope surgery; local hospitals

胸腔镜手术作为一种微创技术已被证实为一种安全、有效的胸外科手术, 广泛应用于肺、食管等疾病的治疗<sup>[1]</sup>。但目前这项技术的开展仍然局限在三级医院, 基层医院受经济和技术力量等限制, 胸腔镜手术的开展相对滞后。我院自 2010 年 6 月 ~ 2014 年 6 月共开展胸腔镜手术 56 例, 手术效果满意, 现总结如下。

## 1 资料与方法

1.1 临床资料 本组共统计我院自 2010 年 6 月 ~ 2014 年 6 月开展的胸腔镜手术 56 例的临床资料。男性 37 例, 女性 19 例, 年龄 16 ~ 66 岁。手术方式包括胸腔镜下肺大疱切除加胸膜固定术 33 例, 胸腔镜下肺良性占位楔形切除 7 例, 胸腔镜下纵隔肿瘤切除 2 例, 胸腔镜辅助小切口肺叶切除 12 例, 全胸腔镜下右上肺叶切除加纵隔淋巴结清扫 2 例。

1.2 器械选择 电视成像系统, 内镜下切割缝合器

(EndoGIA 美国强生), 胸腔镜下加长手术器械, 超声刀和常规开胸手术器械。

1.3 麻醉要求 双腔气管插管静脉复合全麻, 术中单肺通气。

1.4 手术方法 双腔气管插管静脉全麻后患者取健侧卧位。常规选取腋中线第 7 肋间做观察孔(体型偏胖的上移 1 肋间), 第 3 或第 4 肋间腋前线做主操作孔, 肩胛线第 6 或第 7 肋间做辅助操作孔。单纯肺占位楔形切除和纵隔肿瘤切除的操作孔选择根据具体病灶位置定。胸腔镜辅助小切口肺叶切除只做一个观察孔, 缩小常规开胸之后外侧切口至 10 cm 左右, 尽量减少肋骨撑开。

1.4.1 肺大疱破裂患者根据大疱范围大小, 直径范围在 0.5 ~ 1 cm 的直接应用长电刀或超声刀凝固。范围较大的肺大疱设计好合理的切割路径, 采用有齿卵圆钳钳夹固定或缝针悬吊牵引, 尽量少用切割缝合器及钉仓(减少患者经济负担), 残留面较少时

收稿日期: 2014-11-28

作者简介: 郑甜(1979-), 男, 主治医师, (电话) 13856352418, (电子信箱) zhengtiantanghulu@126.com.

直接用胸腔钳在内镜下或拖至辅助操作孔下缝闭。操作结束后应用小方纱蘸高渗糖摩擦胸壁行胸膜固定<sup>[2]</sup>。

1.4.2 胸腔镜下肺占位楔形切除根据病灶位置选择好操作孔后,应用卵圆钳或缝线悬吊固定的方法设计好切割路径,应用内镜下切割缝合器行病灶切除。经济条件差的患者直接用内镜下无损伤钳切除病灶后手工缝合。

1.4.3 2例纵隔肿瘤患者皆为后纵隔来源的神经源性肿瘤,手术方法较为简单,直接应用电钩配合吸引器,边切边吸边止血即可完成肿瘤的切除。

1.4.4 胸腔镜辅助小切口肺叶切除主要应用常规开胸器械,通过缩小常规手术切口,应用内镜照明,不断熟悉三维到二维视野的操作习惯转换,具体肺叶切除方法同常规开放手术,不使用一次性手术耗材。

1.4.5 全胸腔镜下右上肺叶切除的两例患者小开胸切口做在腋前线第4肋间,正对着肺门<sup>[3]</sup>。先解剖纵隔胸膜,因肺门距离主操作孔较近,显露右上肺静脉后套线常规结扎后离断,两断端也是采用常规的4号针线连续缝合。然后逆时针方向继续解剖显露肺动脉的尖前支,应用EndoGIA切断。继续沿着原解剖顺序解剖右上叶支气管后用EndoGIA切断(断前鼓肺判断)。叶间裂较为清楚处用电刀分离,不明显处应用EndoGIA闭合离断。后升支动脉采用homlock夹闭切断。标本离体后清扫纵隔淋巴结。

## 2 结果

本组56例患者均顺利完成手术,无死亡病例。手术时间37~196 min,住院天数6~14 d,出血量20~110 mL,置胸引管72~264 h,术后住院7~15 d。其中2例出现术后持续性漏气,经负压吸引、胸腔灌注药物促进粘连后拔除胸引管出院。随访患者中2例气胸复发,但肺受压较少,症状不明显,未予处理,1周后复查气胸吸收。

## 3 讨论

胸腔镜手术具有创伤小、恢复快等优点,相比传统的开胸手术,全胸腔镜手术保护了胸壁结构,减小了对呼吸功能的影响,减轻了患者术后疼痛,显著降低了术中出血、术后并发症的发生率,而且胸引管引流时间和住院时间也显著短于开胸手术,远期生存甚至可能优于传统开胸手术<sup>[4-5]</sup>。目前,胸腔镜手术的适应证已涵盖所有的胸外科疾病,原有的“禁忌症”屡被突破<sup>[6]</sup>,全胸腔镜肺叶切除手术的安全

性、可行性的争论已经结束<sup>[7]</sup>。但在基层医院开展胸腔镜手术,受到病源少、地区经济水平较差以及技术力量等诸多条件限制。因此基层医院的胸外科医生学习胸腔镜手术必定是个漫长的过程。我院有着较好的腹腔镜基础,结合自身实际情况,我们从简单的手术开始积累经验,并逐渐过渡到肺叶切除等复杂手术<sup>[8]</sup>。在整个胸腔镜开展过程中遵循着由简单到复杂,逐步积累经验的原则,制定好了适合本院实际情况的学习曲线。

3.1 从内镜下的基本操作开始训练,从腹腔镜手术中不断熟悉内镜下的独特二维视野和二维视野下的操作。腹腔镜到胸腔镜的转换也遵循由易到难的顺序。起初独立完成了几十例的胸腔镜下肺大疱的切除手术,了解熟悉并掌握了胸腔镜的操作流程,不断总结经验。与此同时,派科室人员外出进修学习胸腔镜相关技能,并多次参加上级医院组织的各类胸部微创手术培训和学习班,反复观看手术视频,反复积累经验,夯实理论基础。

3.2 在病人的选择上,遵循着由简单到复杂的顺序。先选择了几例单纯肺良性肿瘤做楔形切除,接着应用胸腔镜辅助行小切口肺叶切除术,熟悉掌握胸腔镜下肺叶切除的流程,这样既保证了手术的安全,又为下一步行全腔镜下肺叶切除打下基础。实现肺叶切除从传统开放手术到微创手术的过渡。

3.3 不断建立手术信心。在手术操作过程中,早期特别注重操作的精细,减少出血,减少不必要的中转开胸手术,使整个团队的信心不断建立起来,配合逐渐默契。2例全胸腔镜下右上肺叶切除加纵隔淋巴结清扫术前,多次开会讨论准备工作,从患者术前呼吸道的准备、手术相关器械的准备、麻醉预案、各种可能出现的风险及并发症的处置预案均一一落实到位。整个手术过程中按照术前讨论的步骤一步一步做好,不忙不乱。虽然第2例右上肺患者因病灶与胸壁侵犯,术中分离过程出血较多,但整个手术流程仍然比较顺畅。

3.4 减少一次性耗材的使用,控制手术费用,减轻病人经济负担。在56例胸腔镜手术过程中,尽量减少EndoGIA的使用,代之以内镜下电凝闭合以及缝合、结扎、打结,应用费用低的钛夹和homlock部分取代EndoGIA。通过控制手术费用,使得更多的农村患者能够接受这种微创手术。

近些年来,胸腔镜手术已经日趋成熟,有逐步取代常规开胸手术的趋势。作为基层医院的胸外科,虽然受到诸多条件的限制,胸腔镜技术的发展比较缓慢,但如果我们裹足不前,势必会被淘汰。相信通

• 临床医学 •

文章编号: 1002 - 0217( 2015) 03 - 0271 - 03

## 改良三孔法腹腔镜胆囊切除术 48 例临床应用

刘良超 梁 明 王世满 王晓晖 张正林 程 欣 吕承刚

( 芜湖市中医医院 普通外科 安徽 芜湖 241000)

**【摘要】**目的: 探讨改良三孔法腹腔镜胆囊切除术手术疗效和临床应用价值。方法: 回顾分析我院 2009 年 8 月~2013 年 4 月 48 例例行改良三孔法腹腔镜胆囊切除手术病例, 术中使用常规腹腔镜手术器械行改良三孔法腹腔镜胆囊切除术。结果: 48 例患者均采用改良三孔法顺利完成手术, 术中未增加腹壁切口, 无中转开放手术, 患者术后切口疼痛轻微, 无戳孔感染、出血、胆漏、胆管损伤等手术并发症发生。术后随访 3~12 月, 美容效果满意。结论: 在传统腹腔镜胆囊切除经验基础上行改良三孔法腹腔镜胆囊切除术, 无需特殊手术器械, 具有操作相对简单、手术安全可靠、术后脐部疤痕隐蔽等优点, 同三孔法相比能更好地满足患者对微创美容的要求。

**【关键词】**胆囊切除术; 腹腔镜; 改良三孔法

**【中图分类号】**R 657. 4 **【文献标识码】**A

**【DOI】**10. 3969/j. issn. 1002-0217. 2015. 03. 020

## Clinical experience on the modified three-port laparoscopic cholecystectomy in 48 cases

LIU Liangchao LIANG Ming WANG Shiman WANG Xiaohui ZHANG Zhenglin CHENG Xin LÜ Chenggang

Department of General Surgery, Wuhu Traditional Chinese Medical Hospital, Wuhu 241000, China

**【Abstract】Objective:** To evaluate the clinical effects and values of modified three-port laparoscopic cholecystectomy. **Methods:** The data were retrospectively analyzed in 48 patients undergone laparoscopic cholecystectomy by modified three-port technique in our hospital between August 2009 and April 2013. The procedure was performed by conventional laparoscopic instrument assisted with three-port technique. **Results:** The procedure was successful in 48 patients, without requirements of additional abdominal wall incision or conversion to open surgery. Although the patients experienced slight wound pain after procedure, yet there were no post-operative complications such as port infection, bleeding, bile leakage or biliary duct injury. Post-operative follow-up in 3 to 12 months showed that the patients were satisfied with cosmetic effect. **Conclusion:** Modified three-port technique on conventional laparoscopic cholecystectomy basis can eliminate the requirements of extra surgical instruments and make simple performance, safe operation and cancelled belly scar as well as better cosmetic results.

**【Key words】** cholecystectomy; laparoscopy; modified three-port technique

收稿日期: 2014-09-25

作者简介: 刘良超(1971-), 男, 主治医师, (电话) 13955399882 (电子信箱) xgyylc@163.com.

过我们的不断努力, 不断总结经验, 扎扎实实走好每一步, 一定会让这项技术在基层医院不断进步发展, 更好地为基层人民的健康保驾护航。

### 【参考文献】

[1] 顾恺时. 顾恺时胸心外科手术学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2004: 499.

[2] 何建行. 微创胸外科手术与图谱[M]. 广州: 广东科技出版社, 2005: 52.

[3] 周乃康, 崔忠厚, 梁朝阳. 胸部微创外科手术学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2005: 72.

[4] 许荣华, 高炳玉, 郑武平. 非小细胞肺癌完全电视胸腔镜手术 35 例临床分析[J]. 海南医学, 2010, 21(18): 53-54.

[5] 姜冠潮, 杨帆, 王俊. 胸腔镜肺叶切除手术治疗非小细胞肺癌新进展[J]. 中华胸心血管外科杂志, 2010, 26(5): 291-293.

[6] 王俊, 刘彦国. 胸外科微创诊疗技术的新进展[J]. 腹腔镜外科杂志, 2011, 16(12): 881-883.

[7] 卜梁, 李运, 王俊. 胸腔镜下肺叶切除治疗早期非小细胞肺癌[J]. 中华胸心血管外科杂志, 2008, 24(3): 142-144.

[8] 王英明, 苏坤雄, 吕岩, 等. 胸腔镜在基层医院肺部手术中的应用效果及体会[J]. 中国初级卫生保健, 2012, 26(10): 127-128.