

· 老年人肺疾病专栏 ·

胸腔镜手术和传统开胸手术治疗老年自发性气胸的比较

任开明, 石文君, 赵俊刚

(中国医科大学附属盛京医院胸外科, 沈阳 110004)

【关键词】电视胸腔镜手术; 自发性气胸; 老年人

【中图分类号】R655.3

【文献标识码】A

【DOI】10.3724/SP.J.1264.2012.00105

老年自发性气胸患者多伴有心、肺等基础疾病, 术后易发生心、肺系统并发症, 因此手术的风险较大, 常常令临床医生犹豫不决。随着电视胸腔镜外科技术的发展, 微创手术已经越来越显示出其创伤小, 术后恢复快, 并发症少的优点, 从而使术者从容应对老年自发性气胸。中国医科大学附属盛京医院胸外科自 2005 年 9 月至 2010 年 9 月共手术治疗老年自发性气胸 63 例, 其中电视胸腔镜手术 (video-assisted thoracic surgery, VATS) 治疗 28 例, 传统开胸手术 35 例, 现将比较结果及经验总结如下。

1 对象与方法

1.1 对象

2005 年 9 月至 2010 年 9 月收治的行手术治疗的老年气胸患者共 63 例, 男 55 例, 女 8 例, 年龄 60~79 (平均 69) 岁。以呼吸困难为主要症状者 58 例 (92%), 以胸痛为主要症状者 5 例 (8%); 首次发作 6 例 (9.5%), 二次及以上发作 57 例 (90.5%); 术前合并慢性阻塞性肺病 (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) 60 例 (95%), 合并高血压病或冠心病 51 例 (81%), 合并糖尿病 19 例 (30%)。

1.2 手术方法

全部患者采用全身麻醉, 双腔气管插管, 静脉复合麻醉。28 例 VATS 治疗的患者采用标准 VATS 操作法, 其中行肺大疱切除术 25 例, 行肺叶切除 + 肺大疱切除术 3 例, 手术均采用腔镜切割缝合器行肺大疱切除或肺叶切除。35 名患者行传统后外侧切口手术, 其中行肺大疱切除术 29 例, 行肺叶切除 + 肺大疱切除术 6 例, 术中主要采用直线切割缝合器处理肺大疱, 部分采用肺大疱切除后基底褥式缝合。全部患者术中联合应用生物胶局部喷涂加胸膜摩擦术, 以防术后复发。

1.3 统计学处理

应用 SPSS16.0 统计软件, 组间均数比较采用 t 检验, 组间率比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组患者术中出血量、术后带管时间、术后住院天数、术后并发症发生率、手术病死率、术后复发率比较见表 1。63 例患者中出现术后严重并发症 10 例, 其中呼吸功能衰竭 3 例, 严重心律失常、心力衰竭 2 例, 肺部感染 2 例, 持续漏气 (>1 周) 3 例, 1 例患者术后出现多器官功能衰竭而死亡。所有患者术后随访 18~78 个月, 有 4 例复发, 需再次治疗。

表 1 两种术式的比较
Table 1 Comparison of two operation methods

指标	传统开胸手术组 ($n=35$)	胸腔镜手术组 ($n=28$)
术中出血量(ml, $\bar{x} \pm s$)	226 ± 105	$135 \pm 63^*$
术后带管时间(d, $\bar{x} \pm s$)	7 ± 3	$4 \pm 1^*$
术后住院天数(d, $\bar{x} \pm s$)	12 ± 3	$7 \pm 2^*$
并发症发生率[n(%)]	9(25.7)	1(3.6)*
手术病死率[n(%)]	1(2.9)	0(0.0)
术后复发率[n(%)]	2 (5.7)	2(7.1)

注: 与传统开胸手术组比较, $P < 0.05$

3 讨论

老年人自发性气胸主要是继发于老年人弥漫性肺疾病, 最常见的为 COPD^[1]。非手术治疗方式主要包括胸腔闭式引流和胸腔穿刺, 由于老年气胸患者的特点, 非手术治疗有治疗时间长、并发症多及复发率高等缺点^[2]。对于非手术治疗无效及反复发作气胸的患者, 如心功能等允许, 应积极行手术治疗。由于老年气胸患者基础肺功能差, 且常伴有高血压病、冠心病、糖尿病等基础疾病, 术后容易继发心肺功能不全, 故在治疗方式的选择上常常让胸外科医生感到很棘手。

目前的手术治疗方式主要有传统开胸手术和胸腔镜微创手术。传统开胸手术的优势在于术野暴露好, 病变处理确切等, 但缺点更为明显, 切口创伤大、术后疼痛明显、卧床时间长、易发生并发症、住院时间长等。胸腔镜

微创手术技术在国内已经基本成熟,同传统开胸手术相比,具有创伤小、术后疼痛轻微、可以早期下床活动、并发症发生率低等优点^[3]。

同传统开胸手术相比,VATS 术中出血量少、术后胸腔引流量少、术后带胸引流管时间短,因此患者术后恢复快。VATS 切口小,不需要切断肋骨,不需要使用开胸器撑开肋骨,术后疼痛明显减轻,患者可以早期下床活动,而不需要长期卧床,因此减少血栓、肺部感染及心脏疾病等并发症的发生;VATS 术后患者切口疼痛轻,胸引管留置时间短,均有利于患者早期下床活动及咳嗽、咳痰,增加呼吸肌功能锻炼,因此不易出现肺内感染及肺不张等并发症,这对于老年患者尤为重要。

关于胸腔镜与传统开胸手术治疗气胸的复发率问题仍然存在争议^[4,5]。本研究全部患者随访 > 15 个月,统计结果显示,两种术式的复发率无明显差异。同传统开胸手术相比,胸腔镜手术在全面观察及查找肺大疱及多发小泡时可能有一定局限性,另外胸腔镜手术术后不易形成脏壁层胸膜的黏连,这两点可能是造成胸腔镜术后气胸复发的主要原因^[6]。我们术前仔细研究影像学资料,术中仔细查找各个部位,必要时反复胀肺查找,避免遗漏病变。术中采用生物蛋白胶喷涂及胸膜摩擦术,以促进胸膜黏连,减少术后气胸复发的机会。对于巨大肺大疱或多发肺大疱及弥漫性小泡,如受累肺叶基本丧失功能,可以考虑行肺叶切除术,同时起到肺减容术的作用,有助于改善患者肺功能及减少术后复发。

【参考文献】

- [1] Shaikhrezai K, Thompson AI, Parkin C, *et al.* Video-assisted thoracoscopic surgery management of spontaneous pneumothorax-long-term results[J]. *Eur J Cardiothorac Surg*, 2011, 40(1): 120-123.
- [2] Sawada S, Watanabe Y, Moriyama S. Video-assisted thoracoscopic surgery for primary spontaneous pneumothorax: evaluation of indications and long-term outcome compared with conservative treatment and open thoracotomy[J]. *Chest*, 2005, 127(6): 2226-2230.
- [3] 于 裕, 陈 亮, 潘世扬, 等. 完全胸腔镜与传统开放肺叶切除术对非小细胞肺癌患者围手术期影响的比较[J]. *南京医科大学学报*, 2010, 30(6): 810-813.
- [4] Barker A, Maratos EC, Edmonds L, *et al.* Recurrence rates of video-assisted thoracoscopic versus open surgery in the prevention of recurrent pneumothoraces: a systematic review of randomised and non-randomised trials[J]. *Lancet*, 2007, 370(9584): 329-335.
- [5] Miller JD, Simone C, Kahnamoui K, *et al.* Comparison of videothoracoscopy and axillary thoracotomy for the treatment of spontaneous pneumothorax[J]. *Am Surg*, 2000, 66(11): 1014-1015.
- [6] Nakajima J. Surgery for secondary spontaneous pneumothorax[J]. *Curr Opin Pulm Med*, 2010, 16(4): 376-380.

(编辑:任开环)

· 重要消息 ·

热烈祝贺英文版《老年心脏病学杂志》被 SCIE 收录

由王士雯院士创办并担任总编辑的英文版《老年心脏病学杂志》(*Journal of Geriatric Cardiology*) 在 2011 年 11 月的评审中被国际知名检索系统——科学引文索引网络版 (Science citation Index Expanded, SCIE) 收录。

《老年心脏病学杂志》创刊于 2004 年,由解放军总医院主管,老年心血管病研究所和中国科技出版传媒股份有限公司主办。王士雯院士为该刊的创办、编辑、出版倾注了大量的心血。该杂志是我国心血管病领域被 SCIE 收录的首份杂志,也是目前国内为数极少的被 SCIE 收录的临床医学期刊之一。另外,该杂志已进入 Pubmed 检索系统。欢迎学界同仁踊跃投稿,我们将尽快审阅并给予答复。