

ment with telaprevir peginterferon and ribavirin[J]. Ann Hepatol, 2015, 14(1):132-136.

[19] 陈新月, 柳雅立, 任姍. 直接抗病毒药物联合 PR 方案 (PEG-IFN 联合利巴韦林) 在丙型肝炎抗病毒治疗新时代的价值[J]. 临床肝胆病杂志, 2017, 33(6):1063-1066.

[20] 孟雪飞, 李红兵. 髓源抑制细胞对慢性丙型肝炎患者干扰素联合利巴韦林抗病毒治疗临床预后的影响[J]. 胃肠病学和肝病杂志, 2017, 26(3):307-310.

(收稿日期:2018-08-16 修回日期:2018-12-18)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.09.032

328 例胸外科微创手术的临床研究*

傅 勇, 周 瑜, 黄 涛, 黄生元, 陈建荣, 王 东

(重庆市垫江县人民医院胸心外科 408300)

摘要:目的 探讨基层医院开展胸外科微创手术与传统开胸手术的临床效果与思考。方法 选取该院 2013 年 1 月至 2016 年 6 月胸心外科运用电视胸腔镜行胸外科微创手术(VATS 组)病例共 328 例、同期行传统开胸手术(传统开胸组)病例共 377 例,对二者临床治疗效果进行回顾性总结分析。结果 VATS 组手术并发症发生率(19.81%)明显低于传统开胸组(40.58%),差异有统计学意义($P < 0.05$);同时 VATS 组肺部感染率和切口感染率分别为 10.69%、3.66%,明显低于传统开胸组(20.95%、9.81%),差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 在区县级基层医院采用电视胸腔镜开展胸外科微创手术可以广泛推广和运用。

关键词:电视胸腔镜; 基层医院; 胸外科; 微创手术

中图分类号:R605;R655

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)09-1267-03

电视胸腔镜手术(VATS)是目前开展胸外科微创手术主流,但受多种因素影响,这项技术在区县级基层医院的开展相对滞后。本院 2013 年 1 月至 2016 年 6 月运用 VATS 开展胸外科微创手术 328 例,与同期传统开胸手术 377 例相比,前者手术并发症发生率明显低于后者,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2013 年 1 月至 2016 年 6 月本科室运用 VATS 开展胸部微创手术(VATS 组)共 328 例,男性 184 例,女性 144 例;肺部手术 194 例(59.1%),其中肺癌 62 例、自发性气胸 89 例、支气管扩张症 12 例、肺结核球或空洞 7 例、肺囊肿 5 例、肺其他良性疾 19 例,食管癌手术 112 例,食管良性疾 5 例,纵隔手术 5 例,胸腔疾病手术 5 例,多汗症 3 例。同期开展传统开胸手术(传统开胸组)共 377 例,男性 214 例,女性 163 例;肺部手术 210 例(55.7%),其中肺癌 93 例、自发性气胸 64 例、支气管扩张症 17 例、肺结核球或空洞 10 例、肺囊肿 17 例、肺其他良性疾 9 例,食管癌手术 149 例,食管良性疾 7 例,纵隔肿瘤手术 8 例,胸腔疾病手术 3 例。所有患者对本研究知情同意。

1.2 方法

1.2.1 麻醉要求 患者全部采用双腔气管插管静脉复合麻醉,手术操作中单肺通气。

1.2.2 手术方法 (1)VATS 组:全身麻醉后患者取健侧侧卧位。选取腋中线靠前第 7 或第 8 肋间长约 1.5 cm 切口作观察孔,腋前线第 4 肋间长约 2.0 cm

切口作主操作孔,肩胛下线第 7 肋间长约 0.5 cm 切口作副操作孔。所有操作过程均在全 VATS 下完成。

①肺部手术操作中根据具体情况将主操作孔延长至 3~4 cm。对肺动、静脉各分支的处理采用结扎、血管夹或腔镜直线型缝合切开器处理。支气管残端采用连续缝合或使用腔镜直线型缝合切开器处理。②食管手术均经右胸入路。术中使用超声刀锐性游离食管全周,套带悬吊食管,电凝钩分离粘连,完全游离全胸段食管,再分别开颈、开腹,作管状胃,颈部吻合。③纵隔及其他类手术根据具体情况而定。(2)传统开胸组:全身麻醉后患者取“健侧”侧卧位,选取第 4 或第 5 肋间标准后外侧切口,长约 10~18 cm。手术操作过程同 VATS 组。

1.3 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计学软件进行分析,计数资料采用例数和百分率表示,两组间比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 手术结果 本研究 328 例 VATS 组中,发生手术并发症 65 例(19.81%);377 例传统开胸组中,发生手术并发症 153 例(40.58%),VATS 组手术并发症发生明显低于传统开胸手术组,差异有统计学意义($\chi^2 = 19.01, P < 0.05$),见表 1。

2.2 手术并发症 本研究对术后死亡、肺部感染、切口感染、乳糜胸、持续漏气、二次手术等手术并发症做了进一步对比分析,结果显示 VATS 组均低于传统开胸组,其中 VATS 组中肺部感染和切口感染明显低于传统开胸组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

* 基金项目:重庆市自然科学基金资助项目(cstc2016jcyjA0051);重庆市垫江县科学基金资助项目(djkjxm2015jsyfsyfyy033)。

表 1 VATS 组与传统开胸组手术结果比较

组别	n	发生并发症[n(%)]
VAST 组	328	65(19.81)
传统开胸组	377	153(40.58)

表 2 VATS 组与传统开胸组手术并发症比较[n(%)]

项目	VATS 组	传统开胸组	χ^2	P
愈合情况				
痊愈	326(99.39)	372(98.68)	0.92	0.34
死亡	2(0.61)	5(1.32)		
肺部感染				
是	35(10.67)	79(20.95)	14.27	0.00
否	293(89.33)	298(79.05)		
切口感染				
是	12(3.66)	37(9.81)	10.28	0.00
否	316(96.34)	340(90.19)		
乳糜胸				
是	5(1.52)	8(2.12)	0.36	0.56
否	323(98.48)	369(97.88)		
持续漏气				
是	6(1.83)	13(3.45)	1.75	0.19
否	322(98.17)	364(96.55)		
二次手术				
是	5(1.52)	11(2.92)	1.54	0.22
否	323(98.48)	366(97.08)		

3 讨 论

本研究结果表明,与传统开胸手术相比,运用 VATS 开展胸外科微创手术具有切口小,以及术后发生死亡、肺部感染、切口感染等并发症的发生率较低等优势^[1-2]。但是由于该术式对医院的硬件设备、医师的技术操作、团队的协作配合等要求很高,所以在区县级基层医院一直未得到很好的运用。而在目前全国很多省市级大医院都广泛开展达芬奇机械人行胸外科微创手术,越来越多的广大区县级基层医院胸外科医师应该如何缩短自身与上级医院的差距、提高自身微创手术的操作技术,让在区县级基层医院就诊的胸外科患者获得更大的益处,这是广大区县级基层医院胸外科医师迫在眉睫需要思考和解决的问题^[3-4]。

笔者根据科室运用 VATS 行胸外科微创手术的临床经验,结合区县级基层医院的具体条件,将在区县级基层医院开展 VATS 行胸外科微创手术的局限因素总结如下:(1)目前大多数区县级基层医院胸外科多是与其他外科合并,比如心脏外科、乳腺外科、甲状腺外科等,所以收治有心脏病患者、乳腺及甲状腺疾病患者等,但胸外科疾病患者相对较少。本院的胸外科就与心脏大血管外科合并在一起。(2)VATS 微创手术操作技术需要高专科化及工作能力强的团队密切配合。而在区县级基层医院中往往存在专科化

程度较低、团队协作能力较差。(3)在区县级基层医院中医院设备投入少,手术器械比较简单,电视胸腔镜的质量及清晰度差,设备更新换代跟不上社会发展的速度。比如目前国际上、包括国内很多大医院都在开展 3D 电视胸腔镜行胸外科微创手术,但是由于其价格昂贵,所以在区县级基层医院几乎都没有^[5-9]。(4)在区县级基层医院中就诊患者经济承受能力差,从而限制了 VATS 行胸外科微创手术一次性消耗器材的使用(比如吻合器、切割器等)。(5)在区县级基层医院中胸外科手术麻醉医师不固定,非专人配合 VATS 手术麻醉。另外目前在全国省市级大医院的麻醉科配备纤维支气管镜是必须条件,但是在区县级基层医院麻醉科已经配备纤维支气管镜的寥寥无几,从而导致在区县级基层医院运用 VATS 行胸外科微创手术中经常需要反复调整双腔气管插管位置^[10-11]。(6)在区县级基层医院中胸外科医师学习平台不够,学习机会不多,学习深度不够,学习周期不足,从而导致区县级基层医院专科医师成熟周期长^[12]。

结合区县级基层医院开展 VATS 行胸外科微创手术的条件限制和现状,笔者就如何广泛而且更好地在基层医院开展 VATS 行胸外科微创手术的策略建议如下:(1)选择具有丰富常规开胸手术经验的医师掌握该项技术,科室医师相对分工合作,让专业有所倾向,从而有利于胸外科微创手术人才和团队的培养。(2)胸外科医师应加强与麻醉医师、手术护士交流、沟通、配合,从而增强手术信心、合作密切,缩短手术团队的“磨合期”。(3)在开展胸部微创手术早期,一定要加强自身学习,遵循从易到难原则^[12]。针对肺癌切除、食管癌切除及风险大的患者,可以邀请上级大医院经验丰富的胸外科医师现场会诊、指导手术,这是提升技术水平的便利、有效捷径。(4)充分借鉴文献报道的有利于在区县级基层医院开展胸外科微创手术的宝贵经验。比如开展不使用一次性消耗器材的 VATS 手术可以显著降低患者住院费用;或者通过加强手术成本控制,降低患者住院费用^[13-15]。通过笔者的经验总结,建议区县级基层医院胸外科医师可以通过借助打结器在电视胸腔镜下直接缝合、结扎等方法,尽量减少一次性腔镜缝合切开器等一次性消耗器材的使用。(5)运用 VATS 行肺部微创手术的操作过程中,最大风险就是术中大出血。当遇到这种情况时,切忌急躁、盲目操作,一定要保持镇定,立即用纱布块紧紧压迫出血部位,控制出血速度。保持镜头清晰,迅速判断出血的原因,予以处理。必要时果断中转开胸手术,以确保患者安全。(6)每个医师都有适合自己的不同手术特点,所以胸外科医师应该在临床工作中不断总结经验,提高操作技术,在手术中寻求最适合自己的手术方式。

综上所述,虽然与省市级大医院或专科医院相比,在区县级基层医院开展 VATS 行胸外科微创手术

受诸多条件的限制,但是通过不断总结临床经验,适当改进手术方式,尽量控制住院费用,在区县级基层医院广泛推广和运用电视胸腔镜开展胸外科微创手术是切实可行的。

参考文献

[1] CAO C, MANGANAS C, ANG S C, et al. A meta-analysis of unmatched and matched patients comparing video-assisted thoracoscopic lobectomy and conventional open lobectomy[J]. *Ann Cardiothorac Surg*, 2012, 1(1): 16-23.

[2] LI Q Y, XIE D, SIHOE A, et al. Video-assisted thoracic surgery is associated with better short-term outcomes than open thoracotomy in adult patients with intralobar pulmonary sequestration[J]. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*, 2018, 26(2): 284-287.

[3] 冯刚, 李刚. 达芬奇手术机器人在胸外科的应用[J]. *实用医院临床杂志*, 2015, 12(1): 32-34.

[4] 李鸿浩, 刘雪梅, 咎懿恒, 等. 达芬奇机器人手术系统在我国胸心外科应用的科学性和伦理学系统评价[J]. *中国胸心血管外科临床杂志*, 2014, 24(3): 380-388.

[5] 于修义, 姜杰, 耿国军, 等. 3D 电视胸腔镜肺占位病变切除手术[J]. *中国微创外科杂志*, 2014, 14(4): 359-361.

[6] 乔文亮, 周建华, 刘法兵, 等. 3D 胸腔镜系统在胸部微创手术中的初步应用[J]. *中国癌症杂志*, 2015, 25(4): 305-310.

[7] BAGAN P, DE DOMINICIS F, HERNIGOU J, et al.

Complete thoracoscopic lobectomy for cancer: comparative study of three-dimensional high-definition with two-dimensional high-definition video systems? [J]. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*, 2015, 20(6): 820-823.

[8] 耿国军, 于修义, 田津泽, 等. 电视胸腔镜 3D 与 2D 模式下食管癌胸部手术的比较[J]. *中国微创外科杂志*, 2017, 17(2): 108-110.

[9] 高学谦, 李简, 赵虎. 3D 胸腔镜系统在单孔胸腔镜手术中的初步应用[J]. *中国内镜杂志*, 2018, 24(4): 95-98.

[10] 张志春, 阎文浩, 石文英, 等. 纤维支气管镜在气管插管应用中若干问题的探讨[J]. *内蒙古医学杂志*, 2012, 44(S6): 36-37.

[11] 李荆钟, 汪世高, 肖志强, 等. 纤维支气管镜与顺行引导气管插管技术在困难气道的应用[J/CD]. *中华临床医师杂志(电子版)*, 2013, 7(8): 3583-3584.

[12] 何昌进, 叶辉, 颜海强, 等. 全胸腔镜下肺良性肿物楔形切除术的学习曲线研究[J]. *福建医科大学学报*, 2017, 51(2): 134-135.

[13] 林万里, 梁雄烈, 陈颖, 等. 在基层医院开展不使用消耗品的电视胸腔镜手术[J]. *河北医学*, 2006, 12(9): 900-902.

[14] 印少华. 电视胸腔镜手术治疗自发性气胸在基层医院中的应用[J]. *中国医药指南*, 2016, 14(26): 60.

[15] 苏志勇, 张德镭, 姜天烁, 等. 基层医院如何开展胸腔镜手术及手术成本控制对策[J/CD]. *中华腔镜外科杂志(电子版)*, 2010, 3(4): 340-342.

(收稿日期: 2018-08-22 修回日期: 2018-12-11)

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2019.09.033

早期血管检查对急性脑梗死诊治的临床意义*

韩玉庆, 许阳阳[△], 董力庆, 张 涛, 赵理乐
(天津市西青医院神经外科 300380)

摘要:目的 通过回顾性分析静脉溶栓及血管内介入治疗急性脑梗死的临床实例, 探讨早期血管检查对急性脑梗死诊治的临床意义。方法 选取 2015 年 8 月至 2018 年 8 月该院收治的 298 例急性脑梗死患者作为观察对象, 入院时间窗内给予静脉溶栓治疗, 治疗过程中行头颈 CTA 检查, 头颈 CTA 发现明确血管闭塞立即改用血管内介入治疗。结果 298 例研究对象经头颈部 CTA 检查提示, 138 例(46.31%)存在颅内大血管狭窄/闭塞。其中颈内动脉狭窄 18 例; 大脑中动脉 M1 段闭塞 39 例, 狭窄 33 例; 大脑中动脉 M2 段闭塞 30 例, 大脑后动脉闭塞 18 例。160 例不存在颅内大血管闭塞/狭窄事件。298 例患者均行静脉溶栓治疗, 治疗后症状好转 212 例, 有效率为 71.1%; 86 例静脉溶栓后疗效均不佳, 时间窗内(<6 h)进行血管内介入治疗的患者 46 例, 血管内治疗后有效人数 32 例, 有效率为 69.57%。结论 急性脑梗死患者溶栓过程中, 应尽早完善头颈部血管检查, 明确是否存在大血管闭塞事件, 以便于早期启动血管内介入治疗, 保障患者预后。

关键词:急性脑梗死; 静脉溶栓; 血管内介入治疗; 头颈 CTA

中图分类号: R543

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2019)09-1269-03

脑卒中具有高发病率、高致残率、高致死率的特点, 其主要类型为急性脑梗死, 占有脑卒中的 80%

以上^[1]。在我国, 新发脑卒中每年人数高达 250 万人, 病死率约为 56%, 脑卒中已成为我国第一大致死、

* 基金项目: 天津市西青医院院级科研基金资助项目(xqyky201805)。

[△] 通信作者, E-mail: 171925917@qq.com。