ted p53 gene transfer in sequence with cisplatin to tumors of patients with non-small-cell lung cancer. J Clin Oncol, 2000, 18(3): 609-622.
5 Horio Y, Hasegawa Y, Sekido Y, et al. Synergistic effects of adenovirus expressing wild-type p53 on chemosensitivity of non-small cell lung cancer cells. Cancer Gene Ther, 2000, 7(4): 537-544.
6 Kagawa S, Gu J, Swisher SG, et al. Antitumor effect of adenovirus-mediated Bax gene transfer on p53-sensitive and p53-resistant cancer lines. Cancer Res, 2000, 60(5): 1157-1161.
7 Agami R, Bernards R. Distinct initiation and maintenance mechanisms cooperate to induce G1 cell cycle arrest in response to DNA damage. Cell, 2000, 102(1): 55-66.

(收稿: 2003-08-25 修回: 2003-11-14)
(本文编辑 李蓓兰)

DOI: 10.3779/j.issn.1009-3419.2004.04.31

·短篇报道·

肺切除术后支气管胸膜瘘30例报告

黄壮士 黄培洁 张艳峰 寿化山

【中图分类号】 R733.4; R734.2

临床资料 1984~2003年间我院共进行各种肺手术2 619例,并发支气管胸膜瘘(BF) 30例(1.1%),其中男26例,女4例,年龄27~72岁,平均53岁;发生于肺癌术后24例(82.8%),支气管扩张症术后1例,肺结核及肺化脓症术后分别为3和2例;24例肺癌中Ⅱ期2例,ⅢA期22例,其中术后支气管残端癌残留6例。25例(1.1%,25/2 303)发生于肺叶切除术后,5例(1.6%)发生于全肺切除术后;右侧17例(全肺切除术2例,肺叶切除术15例),左侧13例(全肺切除3例,肺叶切除术10例);瘘发生时间分别为术后6~42天,平均12天。术前有不同程度贫血者6例,低蛋白血症5例,伴肺部感染13例,伴肺结核3例,这些情况在手术前因各种原因均未能得到纠正。

本组病例均于术后治疗过程中突发剧烈咳嗽,且症状与体位有明显关系,伴有不同程度发热和呼吸困难,多数咳出淡红色胸水样痰。21例行X线片检查发现术侧有液气胸;10例行胸腔内注入美蓝后咳出蓝色痰液;8例行纤维支气管镜检查确诊;21例行胸液细菌培养分别检出金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、粪链球菌、大肠埃希氏菌、肺炎克雷白菌或绿脓杆菌,伴有结核的3例查出有抗酸菌者2例,检出存在复合感染者8例。

确诊后,全部病例行胸腔闭式引流或胸腔穿刺抽液、抗感染及营养对症支持治疗。17例经保守治疗痊愈;手术治疗7例,其中5例(右肺叶切除2例,左肺叶切除3例)行瘘修补加带蒂心包、胸壁肌瓣填塞包埋后4例痊愈,1例失败后再行胸膜肺切除痊愈,2例左肺叶切除患者行胸膜肺切除加胸廓成形后痊愈;6例(左、右全肺切除各1、2例,左、右肺叶切除各1、2例)因呼吸衰竭或中毒性休克而死亡,病死率为20.0%。随访24例肺癌患者,除术后5例死亡外,其余生存4个月~8年,中位生存期15.3个月。6例良性患者除术后1例死亡、1例术后不满1年外,其余均已存活4年以上。

讨论 BF是肺切除术后最严重的并发症之一,常发生于术后7~14天[1],其发病率约为1%~2%[2],死亡率可达40%[3]。BF发生的原因较多,一般与患者的体质及术者操作技术等有关,特别是术中正确掌握支气管残端的处理技术至关重要[2~4]。本组病例术前大多伴有合并症,而且这些合并症术前均未得到纠正。对支气管残端的处理,本组常选用医用碘酊或碘伏消毒,然后用4号丝线间断缝合闭合残端,最后再用单10号丝线环扎支气管,这样可较好地达到牢固严密闭合残端的作用。一般不宜采用贯穿法缝扎支气管,以减少因支气管腔内形成异物性肉芽肿引起刺激性咳嗽的可能。另外术中应尽量彻底切除病变组织,同时还要注意保护支气管残端血运;支气管残端的长短要适宜,一般为0.6~0.8 cm,若残端过长可形成盲袋;在缝闭残端时进针距切缘约0.2 cm、针距0.4~0.5 cm较为合适;打结时张力不宜过紧或过松。

本组BF的首发症状为术后一周左右突然出现剧烈咳嗽且咳出胸水样痰,该症状与体位有明显关系,即健侧卧位时咳嗽明显、痰量增加,而患侧卧位时症状减轻或消失,此为诊断BF的重要临床指征。若此时向胸腔内注入亚甲蓝,如患者咳出蓝色痰液即可确诊。对不能确诊者,可行纤支镜检查帮助作出诊断。确诊为BF后,应立即行胸腔穿刺或放置胸腔闭式引流,对瘘口小有希望自行愈合或体质差估计不能耐受手术者可继续保守治疗,对早期瘘、瘘口大、体质好能耐受手术者可积极手术治疗。本组16例采用保守疗法治愈。需要注意的是患者的手术时机应掌握适当,过早常会因感染控制不佳使修补失败,过迟则因体质衰竭或粘连严重、肿瘤复发无法进行。手术方法需因人而异,Hollaus等[5]对8例采用带蒂肌瓣移植填塞瘘口治疗成功7例。本组手术治疗7例,修补瘘口后采用带蒂心包、肌瓣填塞包埋5例,治愈4例,1例失败2个月后再行胸膜肺切除加胸廓成形术二期治愈;2例行胸膜肺切除加胸廓成形一期治愈。

作者单位: 450003 郑州大学第二附属医院胸外科(黄壮士、张艳峰、寿化山);广东省汕头市第二人民医院胸外科(黄培洁)(通讯作者: 黄壮士, E-mail: chest@163.com)

参 考 文 献

1 al-Kattan K, Cattalani L, Goldstraw P. Bronchopleural fistula after pneumonectomy with a hand suture technique. Ann Thorac Surg, 1994, 58(5): 1433-1436.
2 殷荣, 黄日太. 肺手术后支气管胸膜瘘的处理进展. 上海第二医科大学学报, 2002, 22(3): 275-278.
3 常浩, 王胜发, 王柏春. 肺切除术后支气管胸膜瘘的预防与治疗. 中华胸心血管外科杂志, 2001, 17(3): 189-191.
4 de Perrot M, Licker M, Robert J, et al. Incidence, risk factors and management of bronchopleural fistulae after pneumonectomy. Scand Cardiovasc J, 1999, 33(3): 171-174.
5 Hollaus PH, Huber M, Lax F, et al. Closure of bronchopleural fistula after pneumonectomy with a pedicled intercostal muscle flap. Eur J Cardiothorac Surg, 1999, 16(2): 181-186.

(收稿: 2004-03-09 修回: 2004-04-13)
(本文编辑 张世雯)

中国肺癌杂志
www.lungca.org