

溶性B族维生素,主要成分为嘌呤、谷氨酸和对氨基苯甲酸,可以刺激消化道上皮细胞增殖,修复上皮损伤。叶酸通过调节基因甲基化水平合成DNA或RNA,影响胃癌的发展进程;叶酸缺乏会降低原癌基因甲基化水平,增强原癌基因表达水平,促进肿瘤进展;补充叶酸可以减轻胃黏膜损伤,改善萎缩、化生及异型增生的胃黏膜细胞。刘庭玉^[8]等研究结果显示,Hp根除联合叶酸治疗能够减轻慢性萎缩性胃炎患者胃黏膜炎性反应,改善胃萎缩和肠化生,与本文研究结果相似。当然本次研究尚有不足之处,本次研究样本数过少,还有待扩大样本量研究,其次可延长随访时间,观察患者的远期疗效。

综上所述,叶酸联合替普瑞酮辅助四联药物方案治疗Hp阳性慢性萎缩性胃炎的疗效明显,提高胃泌素水平和Hp转阴率,安全性较好。

参考文献

1 Lee YC,Chen TH,Chiu HM,et al.The benefit of mass eradication of Helicobacter pylori infection:a community-based study of gastric cancer prevention[J].Gut,2013,62(5):676-682.

- 王婷婷,张月苗,张学智,等.荆花胃康胶丸联合PPI三联疗法对幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎的效果:多中心随机对照临床研究[J].中华医学杂志,2013,93(44):3491-3495.
- 王胜.慢性萎缩性胃炎120例分析[J].中国基层医药,2013,20(24):3728-3729.
- 孔春雨,吴梅,李昭咏.叶酸联合气滞胃痛颗粒对Hp阳性慢性萎缩性胃炎患者血清胃泌素、sIL-2R及免疫功能影响[J].中国生化药物杂志,2015,35(7):101-103.
- 梁彤,靳艳霞,胡晓红,等.慢性萎缩性胃炎Hp阳性患者不同治疗方案临床效果对比[J].中国中西医结合消化杂志,2016,24(9):719-721.
- 王飞,于庆功,舒敏,等.埃索美拉唑联合抗生素治疗幽门螺杆菌阳性萎缩性胃炎的临床研究[J].疑难病杂志,2013,12(8):600-602.
- 刘烈辉,李捷壮,陈健,等.黄连素对老年慢性萎缩性胃炎患者血清胃蛋白酶原及胃泌素表达的影响研究[J].中国生化药物杂志,2014,34(8):139-141.
- 刘庭玉,庄雅,党旖旎,等.根除幽门螺杆菌联合叶酸口服3个月治疗慢性萎缩性胃炎的长期随访研究[J].中华消化杂志,2016,36(11):734-739.

(收稿日期 2017-04-19)

(本文编辑 蔡华波)

·经验交流·

单孔全胸腔镜手术治疗纵隔肿瘤的临床分析

郭大为 张志豪 王细勇 肖怀清 兰纲

纵隔肿瘤是胸外科较常见的一类疾病,多数无明显症状,部分可伴有胸闷、乏力、咳嗽、肌力下降等症状。手术切除是治疗纵膈肿瘤的最有效方法^[1],传统的开胸手术或纵劈胸骨手术创伤大,恢复慢。随着胸腔镜技术的发展,胸腔镜下纵膈肿瘤切除逐渐应用于临床。目前,临床上常用的术式为三孔法

或单操作孔(即两孔法),而单孔全腔镜下的纵膈肿瘤切除或全胸腺切除术报道尚少。本次研究回顾性分析26例单孔手术患者,并与传统三孔手术进行比较。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年1月至2016年5月武警浙江省总队嘉兴医院胸心外科26例纵膈肿瘤病例做为观察组,均在单孔下完成,其中男性11例、女性15例;平均年龄(47.38 ± 2.85)岁;肿瘤大小平均为

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2017.03.034

作者单位:314000 浙江嘉兴,武警浙江省总队嘉兴医院胸心外科

(1.49 ± 0.77)cm; 按照术后病理分型包括: 胸腺瘤(全胸腺切除)8例、胸腺囊肿6例、心包囊肿4例、支气管源性囊肿2例、神经源性囊肿5例、畸胎瘤1例。将2014年1月至2015年1月在本科室接受常规三孔胸腔镜纵隔肿瘤切除手术患者28例为对照组, 其中男性10例、女性18例; 平均年龄(48.06 ± 3.11)岁; 肿瘤大小平均为(2.03 ± 0.80)cm; 其中胸腺瘤(全胸腺切除)10例、胸腺囊肿5例、心包囊肿4例、神经源性囊肿4例、支气管源性囊肿3例、畸胎瘤2例。两组患者术前行胸部CT或增强CT检查, 术中实质性肿块行快速病理检查, 部分脊柱旁肿瘤均行脊椎MRI检查, 以明确有无椎管内受累。所有患者术前检查均未发现肿瘤外侵、转移等迹象, 所有肿瘤直径均小于5 cm。两组患者均由同一组医生完成手术。两组患者年龄、性别、肿瘤大小、切除范围等相关资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 手术方法 所有入组患者均全身麻醉, 双腔气管插管, 健侧肺通气, 患侧萎陷。无症状或囊性肿块选择单纯肿物摘除术, 对于合并重症肌无力的实质性肿瘤患者行全胸腺切除, 范围上至甲状腺下级、两侧胸腺角, 下至心包膈肌角脂肪, 两侧至左右膈神经内侧缘, 清除所有胸腺及脂肪组织。肿瘤居中或靠右者选择右进胸, 居左者左进胸。腔镜选择使用30度镜, 5 mm或10 mm均可。观察组行单孔全腔镜下的纵隔肿瘤切除, 单孔切口位于腋前线第3或第4

肋间, 长约3~5 cm, 术中保持腔镜杆靠近切口上缘(使用纱布带套住镜杆后固定于外敷料处), 腔镜及所有器械均经此孔进出, 术后此处放置负压引流管一根, 接引流球。对照组行传统三孔法术式, 观察孔位于腋中线或腋前线第6或7肋间, 辅助操作孔位于锁骨中线第5肋间或腋后线第8肋间, 长度均约1 cm。术后自观察孔放置负压引流管一根, 接引流球。两组患者术后均采用芬太尼静脉持续泵入镇痛。手术标本放入手套后自体内取出, 所有标本均送病理检查。

1.3 观察指标 观察两组患者术中情况(手术时间、术中出血量、24 h引流量)及术后并发症发生情况; 观察比较两组患者术后恢复情况, 包括术后疼痛评分、术后住院时间、拔管时间。采用视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)^[2]判定两组患者术后疼痛剧烈程度。

1.4 统计学方法 采用SPSS 19.0 统计学软件进行统计分析。计量资料以均数 \pm 标准差($x \pm s$)表示。计量资料采用 t 检验; 计数资料用 χ^2 检验。设 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组患者均无中转开胸, 手术后3 h内均顺利拔除气管插管。术中术后无大出血、肺部感染、脓胸等严重并发症发生, 均1周左右顺利出院, 术后30 d内无死亡病例。两组患者手术情况比较见表1。

表1 两组患者手术情况比较

组别	手术时间/min	术中出血/ml	24 h引流量	术后疼痛/分		拔管/d	术后留院/d
				24 h	72 h		
观察组	78.27 \pm 21.70	25.23 \pm 16.50*	130.88 \pm 75.23	1.75 \pm 0.62*	1.25 \pm 0.36*	2.67 \pm 1.35	4.47 \pm 2.84
对照组	72.42 \pm 16.55	50.15 \pm 25.52	140.05 \pm 70.42	3.03 \pm 0.67	2.77 \pm 0.86	2.81 \pm 1.63	4.63 \pm 2.52

注: *与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表1可见, 观察组的术中出血、术后24 h和72 h疼痛评分均低于对照组, 差异均有统计学意义(t 分别=4.22、7.27、8.35, P 均 < 0.05), 两组患者在手术时间、术后引流量、术后拔管时间、术后留院时间等指标上比较, 差异均无统计学意义(t 分别=1.12、0.58、0.43、0.22, P 均 > 0.05)。

3 讨论

电视胸腔镜手术对于胸外科来说是革命性的进步, 目前已广泛应用于胸外科各类疾病的诊断与治疗。纵隔肿物的胸腔镜手术已经逐步取代开胸手术, 成为胸外科最常用的手术方式^[3]。目前大多数学

者的纵隔肿瘤切除手术多采用三孔法或单操作孔(即两孔法)^[4-6]。近年来, 多项关于单操作孔胸腔镜手术在治疗纵隔肿瘤方面的临床报道了术中出血量、手术时间、术后疼痛指数与双操作孔胸腔镜手术相比, 具有绝对优势^[7]。但与单孔相比, 前两种术式均需损伤背部肌群, 可能导致出血。因切口较小, 一旦出血则较难快速止血。如损伤肋间神经则术后可出现较长时间的皮肤感觉障碍, 严重者甚至出现肢体的运动障碍^[8,9]。Sihoe等^[10]报道, 胸腔镜手术后患者胸壁感觉与运动异常可高达50%。由此可见减少术中损伤、减轻术后疼痛对于患者生活质量的提高

非常重要。

本次研究结果显示,观察组术中出血、术后疼痛明显优于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$),而手术时间、术后住院时间、术后引流量、术后并发症发生率等指标与对照组相似,这一结果充分证实了单孔胸腔镜下操作的安全可靠。笔者认为腋前线单孔胸腔镜手术适用于直径小于5 cm的良性纵隔肿物的摘除术,以及无明显外侵的全胸腺切除术。这一手术方式减少了出血和疼痛的发生概率,单孔即只有一个切口,长度一般3 cm左右,不超过5 cm,放置切口保护套,腔镜及所有器械均经过同一切口进出。从单孔的初次报道至今,手术的适应症已经逐步扩展至肺部结节、纵隔肿瘤、手汗症、胸外伤甚至肺癌根治。单孔纵隔肿物手术的位置一般根据病灶而定,对于中后纵隔孤立性肿瘤或囊肿而言,手术相对简单安全,切口一般选择为腋前线第4或5肋间。而对于前纵隔、胸腺部位的肿瘤,切口选择一般为腋前线第3或4肋间,充分暴露前纵隔。单孔手术摒弃了观察孔及辅操作孔,而选择切口位置肌肉层薄,肋间隙较宽,故而疼痛较轻。作者体会此切口行单纯前纵隔肿瘤切除难度不大,但若行全胸腺切除,即包括两侧胸腺角、两侧膈神经前方、两下心包膈肌角脂肪等区域相对有些困难,需要扶镜手与主刀的密切配合,并熟悉掌握胸腔镜的操控。在初期,笔者选用5 mm、30度镜,后来取得一定经验后选用10 mm镜也可顺利完成手术。对于合并重症肌无力的患者,均行全胸腺切除术,右侧进胸后先清除右侧胸腺及脂肪组织,后打开左侧胸膜,沿左侧膈神经内侧缘仔细解剖,切除胸腺及对侧脂肪组织。本次研究中的8例全胸腺切除术,肿物直径均不超过5 cm,术中对侧组织暴露良好。笔者在临床中曾尝试较大肿瘤的单孔全胸腺切除,因术中病灶较大,质地较硬,牵拉不便,后改为三孔。经腋前线的胸壁切口手术对器械无特殊要求,普通的腔镜器械即可,且术中受呼吸的影响较小。自开展腋前线单孔全胸腺切除以来,笔者总结有以下经验:①体位尤其重要,以右侧45度斜卧位暴露最为充分,必要时可摇动手术床以达到视野最佳,切勿在未能直视的情况盲目使用电钩或超声刀,以免损伤膈神经或重要血管。②单孔操作以左手吸引器右手电钩为常

见配置,若需要牵拉胸腺,可以使用较细的腔镜抓钳抓持胸腺组织以达到充分暴露的目的。③解剖游离无名静脉下缘,避免损伤胸腺静脉,建议使用超声刀离断胸腺静脉,必要时钛夹加固。④清扫对侧脂肪及胸腺组织时,需打开对侧胸膜,这可能导致术后对侧胸腔积液,一般无需处理。如存在明显的胸闷气急症状,可给予胸腔穿刺抽液术,无需放置引流管,不延长术后留院时间。

综上所述,单孔全胸腔镜手术对无明显外侵且病灶小于5 cm的纵隔肿瘤的治疗安全可靠,术后疼痛轻,但同时也需要临床医生具有一定腔镜操作经验。

参考文献

- 1 Sakamoto M, Murakawa T, Konoeda C, et al. Survival after extended thymectomy for thymoma[J]. *Eur Cardio Thorac*, 2012, 41(3):623-627.
- 2 姜爱玉, 汤阿毛, 陈俐娜. 卡尔森式疼痛管理对胃癌患者术后疼痛及康复的影响[J]. *全科医学临床与教育*, 2016, 14(1):110-112.
- 3 王俊. 客观理性的面对胸外科的变革[J]. *中华胸心血管外科杂志*, 2010, 26(5):289-290.
- 4 曹强, 王启, 许瑞彬. 电视胸腔镜手术在纵隔肿瘤切除中的应用[J]. *中国微创外科杂志*, 2013, 13(9):814-816.
- 5 欧阳征, 冉鹏, 彭勇. 电视胸腔镜治疗后纵隔神经源性肿瘤85例[J]. *实用医学杂志*, 2012, 18(21):3599-3600.
- 6 董彦军, 张双林, 张庄, 等. 全胸腔镜纵隔肿瘤切除31例临床分析[J]. *中国内镜杂志*, 2011, 17(2):175-176.
- 7 柴立勋, 冯云, 白晓鸣, 等. 单操作孔胸腔镜手术治疗胸腺疾病的初步报道[J]. *中华腔镜外科杂志(电子版)*, 2011, 4(2):90.
- 8 Salati M, Brunelli A, Rocco G. Uniportal video-assisted thoracic surgery for diagnosis and treatment of intrathoracic conditions[J]. *Thorac Surg Clin*, 2008, 18(3):305-310.
- 9 莫安胜, 罗玉忠, 杨小平, 等. 单操作孔胸腔镜手术的临床观察[J]. *微创医学*, 2013, 8(1):31-35.
- 10 Sihoe AD, Au SS, Cheung ML, et al. Incidence of chest wall paresthesia after video-assisted thoracic surgery for primary spontaneous pneumothorax[J]. *Eur J Cardiothorac Surg*, 2004, 25(6):1054-1058.

(收稿日期 2016-12-28)

(本文编辑 蔡华波)