

支气管残端缝合 268 例,其中仅 1 例术中因操作原因未缝合成功,在吹肺通气时发现漏气,得以及时重新缝合。全组术后没有支气管残端反应发生。血管缝合器临床应用比较全面,无术中、术后出血发生。本组 268 例中无肺动脉栓塞发生,1992 年至今,我们共有 2 例病人术后发生肺动脉栓塞,均是未用血管缝合器者。在临床手术中,血管缝合器可以避免血管硬化或受到肿瘤侵犯血管变脆的病人术中肺血管被结扎断,术中和术后肺动、静脉结扎线滑脱等的发生。使用缝合器时,也偶有局部渗血者,但稍压迫即止,无大出血危险。

目前,器械缝合还替代不了手工缝合,外科年轻医师仍必需熟练掌握手工缝合的基本技术,即便是应用器械也需有一个训练和熟练过程。尽管器械缝合的优越性现在已经充分体现出来,随着手术缝合器的改进、经济的发展,器械缝合替代或部分替代手工缝合将不是很遥远的事情。

参考文献

1 El-Gamel A, Teang GM, Watson DC. The threshold for air leak: stapled

versus sutured human bronchi, and experimental study. *Eur J Cardiothorac Surg*, 1999, 15: 7-10.

2 Takizawa T, Terashima M, Koike T, et al. Selection of staple for closure of the lobar bronchus. *Nippon Kyobu Geka Gakkai*, 1996, 44: 1717-1720.

3 Pikoulis E, Rhee P, Nishibe T. Arterial reconstruction with vascular clips is safe and quicker than sutured repair. *Cardiovasc Surg*, 1998, 6: 573-578.

4 Graeber GM, Collins JJ, DeShong JL, et al. Are sutures better than staples for closing bronchi and pulmonary vessels? *Ann Thorac Surg*, 1991, 51: 901-904.

5 Leppaniemi A, Wherry D, Pikoulis E, et al. Arterial and venous repair with vascular clips: comparison with suture closure. *J Vasc Surg*, 1997, 26: 24-28.

6 Mayrose J, Jehle DV, Moscati R, et al. Comparison of staples versus sutures in the repair of penetrating cardiac wounds. *J Trauma*, 1999, 46: 441-443.

7 陈克能, 杨国梁, 师晓天. 肺切除时不同方法处理支气管残端的动物实验. *中华实验外科杂志*, 1997, 14: 173-174.

8 陈克能, 杨国梁, 袁宏银. 肺切除时结扎支气管残端的实验研究. *中华胸心血管外科杂志*, 1995, 11: 108-110

9 吕承信, 张逢兴, 谢世诚. 肺切除缝合器闭合支气管残端 89 例报告. *河南肿瘤学杂志*, 1998, 11: 76-77.

(收稿日期: 2000-03-01)

· 病例报告 ·

肺叶切除术后并发应激性溃疡穿孔抢救成功 1 例

谢博雄 丁嘉安 唐明娟 吴琨

病人 男, 75 岁。因左上叶肺癌于 2000 年 3 月行左肺上叶切除。术后第 1 d 发生腹胀, 予以胃肠减压, TPN 深静脉营养。术后第 3 d 并发呼吸功能衰竭, 行气管切开、呼吸机辅助呼吸。术后第 6 d 腹痛、腹泻, 排柏油样便。第 7 d 行胃镜检查证实十二指肠球部前壁溃疡穿孔、直径约 1.5 cm。遂于次日行十二指肠球部穿孔修补术。病人术后历经心、肺、肾衰竭等多脏器衰竭, 抢救 2 个月余, 康复出院。

讨论 胸外科手术术后并发消化道溃疡穿孔发生率很低, 我院 45 年 23 205 例手术中仅见 5 例, 发生率为 0.02%。为预防其发生, 对心肺功能差、年龄偏大、事先估计手术范围较大、手术时间长、出血输血量较大者, 可予以术前插胃管、术中、术后注意胃肠减压内容物的性质, 有出血倾向可及时作潜血试验或预防性应用西咪替丁等药物。术中应严密监测动脉血氧饱和度, 单侧通气如血氧饱和度不能维持, 应间歇双侧鼓肺以确保组织不缺氧。避免应用激素类药物。术前酌情应用 TPN 营养支持。

胸外科手术术后并发消化道溃疡穿孔的早期诊断可依据: (1) 胃液、呕吐物、大便的潜血试验; (2) 床边 X 线胸片, 观察膈下有无游离气体影; (3) 胃镜检查。

一旦确诊, 治疗时对溃疡未穿孔者, 首选保守治疗。可立刻鼻胃管减压, 同时配合静脉或胃内应用西咪替丁等, 也可胃管内灌注冰盐水或止血药物; 应用胃镜止血, 不仅能确定溃疡部位和性质, 而且能电凝止血; 亦应进行输血等维持血容量及 TPN 营养支持。对于保守治疗无效, 病人心肺功能尚可, 尤其并发穿孔的病人则应及早手术治疗。手术提倡修补穿孔部位, 但对行胃大部切除或全胃切除术则应相当慎重。术后对痰多、无力咳出者, 应行气管切开和呼吸机辅助呼吸。

本例病人肺叶切除后并发呼吸衰竭与十二指肠穿孔, 因及时确诊并应用呼吸机, 经 42 d 抢救成功。说明对于穿孔病人的治疗, 及早手术与积极有效的多脏器支持是抢救成功的关键。

(收稿日期: 2000-07-11)

作者单位: 200433 上海市第一肺科医院胸外科