

普通胸外科国际趋势



胸外科面临的挑战

刘国津 范志民 李晓明 主译
张振和 王有德 刘玉升 审校

吉林科学技术出版社出版

INTERNATIONAL TRENDS IN GENERAL THORACIC SURGERY

普通胸外科国际趋势

胸外科面临的挑战

MAJOR CHALLENGES

主 编

HERMES C. GRILLO, M. D.

Thoracic Surgical Unit
Massachusetts General Hospital,
Boston, Massachusetts

HENRY ESCHAPASSE, M. D.

Service de Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire,
Centre Hospitalier Regional De Toulouse
Toulouse Cedex, France

主 译

刘国津 范志民 李晓明

审 校

张振和 王有德 刘玉升

吉林科学技术出版社

普通胸外科国际趋势

胸外科面临的挑战

刘国津 范志民 李晓明 主译

责任编辑:齐向东

封面设计:王 平

出版发行 吉林科学技术出版社 787×1092 毫米 16 开本 31.75 印张
插页 4 680,000 字

1989 年 9 月第 1 版 1989 年 9 月第 1 次印刷

印数: 1—1000 册 定价:23.00 元

印 刷 长春市印刷厂

ISBN 7-5384-0423-6/R·67

译者前言

《普通胸外科国际趋势》系列丛书是集世界著名的胸外科专家的经验而编辑的一套大型胸外科专著。全套丛书共 11 卷,原计划每 2 年出版 1 卷,由于第一卷(肺癌)的出版获得了巨大的成功,促使包括中国学者在内的编委会作出每年出版 1 卷的更为积极的决定。

《胸外科面临的挑战》是本丛书的第二卷,1988 年正式出版发行。所涉及的内容及编纂特点已在原序中作了详细说明,此处不再赘述。我们相信本书对胸心血管外科医生,对急救中心及 ICU 的医护人员,对麻醉科、喉外科、放射线科医生以及医学院校的教师、高年级医学生和研究生及其导师有参考价值。

在翻译过程中,我们征求了部分原作者的意见,尽可能地忠实原文,甚至对应该换算成国际计量单位的原书中计量单位也未作修改,敬请使用本书的读者予以谅解。由于我们水平有限,这本《胸外科面临的挑战》中一定存在不少缺点和错误,恳请广大读者给予批评和指正,以便再版时修定改正。

本书的出版承蒙白求恩医科大学制药厂等单位的赞助,在翻译及出版过程中,许多单位的专家、学者及有关同志给予了巨大的支持和帮助,在将本书献给读者的时候,我们对上述的有关单位及个人表示衷心地感谢。

白求恩医科大学第一临床学院

《胸外科面临的挑战》译校组

1989 年 8 月

原 序

《普通胸外科国际趋势》第二卷是作者根据胸外科医生迫切要求提出的各种问题而编写的。它不同于第一卷的编写模式,第一卷是围绕一个题目——肺癌,涉及到外科医生最紧迫而且常常是没有解决的问题。在第二卷里我们论述一些新的挑战,例如所选的气管外科问题,这是一个在过去 20 年中得到发展的领域;一些陈旧的问题,例如脓胸和支气管胸膜瘘,它甚至于对一个有经验的胸外科医生来说仍是一个挑战;其他题目,例如胸壁重建已获得受益很大的技术进展。我们选择了论述胸外科呼吸监护的某些方面。在这个领域的进展,说明了外科治疗结果的许多改善和我们扩大胸外科研究领域的能力。胸廓出口综合征的诊断和处理还很困难,并且常常是麻烦的。由于这种原因,我们详细检查了此综合征。在挑选的部分中,例如气管外科,还没有过试图编写一本包含这个领域所有方面专著的尝试。相反地,我们已解决了许多困难问题。

总的编写格式与第一卷相同,我们每个题目选择一名权威编写。另有一名权威参与讨论、挑战和提供选择性探讨。我们编写这套系列丛书的目的是给全世界胸外科医师带来专科知识,特别是提出不同见解。对某些问题存在着地区性争论,因此多数情况下,那些被邀请对主要问题发表评论的权威是从别的大洲选来的。

我们希望本卷同第一卷那样获得成功。我们对作者们心甘情愿地准备这些文章和讨论表示感谢。第二卷编者还要感谢 Norman Delarue 博士在第二卷编辑过程中给予的关心和始终不断的帮助。我们还要感

谢 W. B. Saunders 公司的 Carroll C Cann 先生的努力。

《普通胸外科国际趋势》仍然处于早期阶段。我们希望此书成为全世界普通胸外科医师期待阅读、依靠和对大多数人的实际工作有所帮助的书。因此,我们希望得到胸外科协会的关注。我们真诚地接受您的意见、批评和建议。

HENRY ESCHAPASSE

HERMES C GRILLO

(张振和译)

前 言

尽管普通胸外科医师感兴趣的大量有用资料存在于有关教科书、专著和杂志中,但当需要查找这方面资料时,并不总是一件容易的事情。一方面,出版的刊物可能以不与需要者本人专业有关的杂志内出现;另一方面,语言问题在影响国家间的资料迅速交流方面仍然是个重要因素。

这种加速知识交流的需要激起了人们发展这套系列丛书兴趣,通过这种系列书,使这种类型的国际间相互作用审慎地促进。最初计划二年出版一次,但后来采纳了人们的热诚建议,导致了包括一个按年发行的扩充方案。由于概念已改进,同意作为一个总的原则,试图使各类专题发行刊物包括主要学科,以提供在多题目卷内对其他疾病的讨论论坛,可以交替发行。编辑版面的使用应确保重视那些可在不同地区得到发展的新的重要稿件。

强调这种国际输入,是希望胸外科重要的新趋势在最早期将引起最广泛的读者的注意。通过邀请,投稿者就一些专门问题发表他们的个人见解和安排,对他们的概念和建议进行国际性讨论,也是希望这种必要的交换意见将被证明是对国际读者具有提供资料和激励作用。

普通胸外科已走过了光辉的历程。心血管外科这样的现代学科已经诞生,并已展现出这门学科获得的巨大发展。胸内手术的基本技术已经发展起来。一个被承认了的专业现状,给为使这种承认成为必然的外科开辟者们带来了荣誉。然而,不断的前进将需要新思想的有效交流和一致性判断力的稳步增强,这种一致性必然仍会成为获得这些过去荣誉大厦的基石。如果要达到这些目标,对话是必需的,通过鼓励这种对

话,有助于产生公平美好的未来。

论述的范围限于普通胸外科问题(包括食管疾病),而没有试图包括心血管题目。尽管重点将放在病人护理的实际方面,为更好地了解复杂问题,无论何时需要都应回顾有关历史背景,对新的基础训练的应用和临床调查研究,将在临床部分的上下文中讨论,以便保持对实际临床问题的重视。

采用此灵活形式,一般遇到的重要题目,在专题发行刊物中能得到适当的注意。书内包括的多题探讨栏目将提供不常遇到的(但常常具有挑战性)问题讨论的机会,避免了不必要的拖延,特别使有意义的重要进展能够立即受到应有的注意。

按照这样一些方式,特别注意不同层次读者对编书的要求,这些读者是:临床普通胸外科医师、普通胸外科学员、有关医师(包括呼吸科及消化科医师),当然可以是在大学、医院和提供服务的图书馆工作的有关人员。

北美和欧洲编辑委员会已经建立,这个委员会每年碰头一次,进行选题和挑选富有知识的作者,这些作者能最好地阐述来自广泛临床经验的所需资料。一个国际咨询委员会已经组成,以便确保对题目和作者选择过程的有效国际探讨。总编辑愿意借此对委员会很多成员表示感谢,他们已经认真而有效地接受了任务。

无疑地,随着时间的推移,在试图实现这些目标上,编辑方针所遵循的模式可能会作为自然发展过程的一部分而彻底改变。然而,如果主要目标继续作为未来决定的基础而提出时,相信这套系列丛书的发行将提供有益的作用,如果这些书能满足其阅读的专业读者要求的话,编辑委员会决心尽一切努力做好工作,以赢得不断的荣誉和欢迎,因为已清楚认识到,读者一定会表明他们是书的价值的最终公断人。

在发展这一观念中,人们认为已到了认清这样一个事实的时候了,即普通胸外科专业已经到了作为一个完全成熟的独立学科的时期,这体现在学科发展进步过程中表现出的越来越多的独特之处。在许多教学中心,它已与普通外科和心血管外科分开,照此,专门针对胸外科感兴趣的发展焦点出版不断发展的刊物似乎是有根据的。

最后总编辑们对 **W. B. Saunders** 公司从一开始就对此项计划给予的热情支持表示感谢。特别对执行编辑 **Carroll C Cann** 先生深表谢意。在整个计划进展的各阶段,他以极大的兴趣投身到这项工作中,提出许多建议,他富于思想性的鼓励和非常宝贵的建议,赢得了与其一起工作的所有人的尊敬和感谢。希望由本出版社提供的世界范围的出版发行机构能确保未来出版的《普通胸外科国际趋势》获得成功。

NORMAN C DELARUE, M. D.

HENRY ESCHAPASSE, M. D.

(张振和译)

目 录

第一篇 气管

1. 气管重建术的麻醉管理..... (3)
R. S. Wilson
2. 气管阻塞的紧急处理 (12)
H. D. Becker/E. Bliersch/I. Vogt—Moykopf
讨论——H. C. Grillo
3. 气管切开术并发症的发病机理、治疗和预防..... (20)
J. D. Cooper
讨论——M. Maeda
4. 插管后病变的激光治疗 (30)
L. Toty/G. Personne/A. Colchen/M. Leroy/G. Vourc'h
讨论——R. B. McElvein
5. 获得性和非肿瘤性声门下狭窄 (38)
L. Couraud/A. Hafez
讨论——F. G. Pearson
6. 插管后气管食管瘘 (61)
H. C. Grillo
7. 气管动脉瘘 (68)
B. Nelems
8. 气管和大支气管呼气性萎陷的手术治疗 (73)
H. Herzog/M. Heitz/R. Keller/E. Graedel
9. 气管原发性肿瘤 (89)

M. I. Perelman/N. S. Koroleva	
讨论——H. Eschapasse	
10. 儿童气管切除	(109)
H. C. Grillo/P. Zannini	
讨论——M. Carcassonne/A. Delarue/J. Camboulives/J. M. Thomassin	
11. 急性和慢性喉气管外伤	(117)
D. J. Mathisen/H. C. Grillo	
12. 气管外科学中的气管 T 形管	(123)
L. Landa	
13. 气管 T 形管:作为一种选择性处理方法	(132)
P. Kaszler	
14. 人工气管	(137)
W. E. Neville	
讨论——I. Vogt—Moykopf/G. H. Mickisch	

第二篇 胸外科的呼吸重症监护

15. 胸外科的呼吸重症监护:监护人员及外科住院医师的培养	(155)
T. R. Todd	
16. 胸外科的呼吸重症监护:开胸术后病人可能出现的情况	(164)
R. Pariente/R. Debesse	
讨论——R. M. Peters	
17. 膜肺灌注在急性呼吸衰竭中的应用	(176)
W. M. Zapol	
讨论——J. Qvist	
18. 开胸术后的镇痛	(188)
D. R. Danielson/L. A. Nauss	
讨论——P. Evans	
19. 术后排痰	(198)

H. R. Matthews

20. 高频通气 (204)

H. B. J. Fischer/B. E. Smith

21. 高频低压通气在胸外科中的应用 (214)

U. H. Sjöstrand/R. B. Smith

第三篇 胸壁损伤及有关问题

22. 重要损伤:胸壁钝性创伤 (227)

J. K. Trinkle/F. L. Grover

23. 重要损伤:手术恢复胸壁的稳定 (236)

J. Gaillard/M. Dahan

24. 重要损伤:支气管断裂 (242)

J. Deslauriers

讨论——A. Besson/F. Saegesser

25. 重要损伤:心脏钝性损伤 (255)

P. N. Symbas

讨论——B. Sethia/D. J. Wheatley

26. 重要损伤:主动脉破裂 (264)

C. W. Akins

27. 重要损伤:创伤性主动脉破裂 (269)

J. Langlois/J. —L. DeBrux/J. —P. Binet/W. Khoury

28. 胸壁肿瘤:临床治疗结果 (281)

N. Martini/P. McCormack/M. S. Bains

29. 胸壁肿瘤:外科治疗 (288)

H. Eschapasse/J. Gaillard/E. Henry/B. Vassallo/M. Lacheheb

讨论——A. Boyd

30. 胸壁肿瘤:胸壁切除和肺功能 (306)

E. J. Beattie/Y. Kim/J. Fayos/K. Sridhar/N. Raskin

31. 乳癌的胸壁切除术 (315)
C. F. Mountain/R. J. McKenna, Jr
32. 前胸壁的先天性畸形 (324)
L. K. Lacquet
讨论——J. A. Haller, Jr

第四篇 胸廓出口综合征

33. 胸廓出口综合征:解剖、临床征候群、诊断及保守治疗..... (339)
C. Mercier
讨论——R. Leffert
34. 胸廓出口综合征:外科治疗..... (353)
D. B. Roos
讨论——A. Thevenet
35. 胸廓出口综合征:再次手术..... (368)
H. C. Urschel
讨论——H. A. J. Lemmens

第五篇 肺切除后的主要并发症

36. 顽固性肺实质气漏和胸膜残腔的处理 (377)
H. T. Langston/W. L. Barker
讨论——I. Vogt—Moykopf/G. Meyer
37. 支气管胸膜瘘:预防..... (388)
E. W. Wilkins, Jr
38. 支气管胸膜瘘:处理..... (392)
L. A. Brewer, III

39. 支气管胸膜瘘:全肺切除后的手术问题..... (400)
M. I. Perelman/L. P. Rymko/G. P. Ambatiello
40. 支气管胸膜瘘:全肺切除后支气管残端过长的处理..... (405)
F. Bruni
讨论——M. I. Perelman
41. 支气管胸膜瘘:肌肉瓣转移治疗..... (415)
P. C. Pairolero/P. G. Arnold
讨论——R. B. Montilla/V. T. Hervas
42. 支气管胸膜瘘:带蒂网膜的治疗..... (427)
L. Virkkula
43. 支气管胸膜瘘:缩小残腔的治疗方法..... (432)
I. K. R. McMillan
44. 机械通气在脓胸和支气管胸膜瘘发生中所起的作用 (438)
C. Gaud
45. 缝合器在支气管闭合中的应用 (443)
T. Takaro
讨论——A. Vanetti/B. Bazelly
46. 全肺切除术后肺水肿 (451)
R. M. Peters
47. 肺大部切除术后心肌功能失代偿 (456)
R. C. Chiu/H. Unruh

第六篇 其 他

48. 婴幼儿和儿童肺叶肺气肿 (467)
J. -P. Binet/A. R. Miranda/C. Dupuis/G. Huault

第一篇



气管

1. 气管重建术的麻醉管理
2. 气管阻塞的紧急处理
讨论
3. 气管切开术并发症的发病机理、治疗和预防
讨论
4. 插管后病变的激光治疗
讨论
5. 获得性和非肿瘤性声门下狭窄
讨论
6. 插管后气管食管瘘
7. 气管动脉瘘
8. 气管和支气管呼气性萎陷的手术治疗
9. 气管原发肿瘤
讨论
10. 儿童气管切除
讨论
11. 急性和慢性喉气管外伤
12. 气管外科学中的气管 T 形管
13. 气管 T 形管:作为一种选择性处理方法
14. 人工气管
讨论

气管重建术的麻醉管理

ROGERS. WILSON

大气道(包括气管、隆突及主支气管)的手术切除及重建要求纠正由多种原因引起的各种异常情况^[1-3]。气管手术常常用来纠正由气管内插管或气管切开所致的损伤^[4-6],其他较少见的病因包括直接创伤、良恶性肿瘤及炎性疾病^[7-8]。

对这些手术的麻醉管理必须拟定一个术前、术中及术后的计划,而这些计划又是因人而异的^[9-12],它取决于疾病的部位、范围及用于治疗病变的手术方法。因此,麻醉师必须对病理学以及拟定实施的手术方法有很好的掌握,这对于确保气道切除及重建术中病人的安全、适宜的呼吸管理及麻醉剂的合理使用是十分必要的。由于疾病本身的程度及位置可能导致解剖上的异常和手术上的困难,这样就必须先考虑好如何进行气管内插管及是否应用特殊设计的气管内插管。

此外,估计一下是否存在累及其他系统的疾病是十分重要的。通常,这些疾病是插管、气管切开及机械通气的主要原因,而这些操作都可造成气道损伤。许多病人还患有一些潜在疾病以及在存在一些恢复初期的并发症。下面简述一下先前存在的疾病对围手术期病人的潜在影响。

术前估价

对于患有气道梗阻性疾病病人的全面的术前估价包括(1)病史及理学检查,(2)肺功能检查,(3)放射线检查,(4)支气管镜检

查^[13-17],每一项检查的特异适应症必须根据从该检查结果中可能得到的益处及手术的急缓而定,尤其是在危及生命的急性气道梗阻的病人。若气道严重梗阻,术前客观检查可能只限于支气管镜检查。

如不能的话,麻醉师必须根据肺功能、放射线学检查的客观资料来决定气管损伤的位置、性质及程度。此外,从详细的病史及理学检查中通常可以发现一些潜在的呼吸系统疾病。了解损害的程度及气体交换的能力是具有首要价值的。因为麻醉的诱导及维持主要是应用吸入性麻醉剂,所以需要足够的肺泡通气。另外,在麻醉诱导期,由于肌肉活动能力减退、软组织阻塞都可致使呼吸抑制,加重呼吸道梗阻。在支气管镜检查前,需做快速气管内插管以保证通畅的呼吸道。做支气管镜检查的目的是了解疾病的详细情况。主气流受阻可导致气道内的分泌物积累及快速进展的呼吸困难(尤其在静息状态下)。严重的气流受阻可表现为辅助呼吸肌的动用,吸气时气管拉拽(tug)及不能平卧,因此必须引起注意。

对累及气管及支气管的肿瘤须格外注意,因为瘤块的形状及位置本身就可产生不同程度的梗阻。有蒂的肿瘤随体位的改变可影响气道。麻醉的诱导必须采用对气体交换影响最小的体位,通常采用半福勒氏位。一般来讲,一个完整的病历都应记载病人的呼吸道的通气情况及体位的改变对病人的影响等情况。