

胸腔镜肺叶切除术与肺段切除术治疗早期肺癌的对比

石兆田, 孟兴丽*

西双版纳州人民医院 云南景洪

【摘要】目的 探讨早期肺癌 (CA) 采取胸腔镜下肺段切除术、肺叶切除术 (VATS) 的疗效。**方法** 选取 2020 年 12 月至 2022 年 12 月收治的 CA 患者 150 例, 随机分为观察组 (胸腔镜下肺段切除术) 73 例、对照组 (VATS) 各 77 例, 对比疗效。**结果** 观察组手术相关指标、并发症发生率低于对照组 ($P < 0.05$); 观察组肺功能、T 淋巴亚群水平优于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 胸腔镜肺段切除术在对 CA 治疗过程中, 其效果明显优于 VATS, 值得应用。

【关键词】 早期肺癌; 并发症; 胸腔镜; 肺段切除术; 肺功能; 肺叶切除术; T 淋巴亚群

【收稿日期】 2024 年 2 月 17 日

【出刊日期】 2024 年 3 月 25 日

【DOI】 10.12208/j.ijcr.20240105

Comparison of thoracoscopic lobectomy and segmentectomy in the treatment of early-stage lung cancer

Zhaotian Shi, Xingli Meng*

Xishuangbanna People's Hospital, Jinghong, Yunnan

【Abstract】Objective To investigate the efficacy of thoracoscopic segmentectomy and lobectomy (VATS) in early lung cancer (CA). **Methods** A total of 150 CA patients admitted from December 2020 to December 2022 were randomly divided into observation group (thoracoscopic segmentectomy) (73 cases) and control group (VATS) (77 cases each) to compare the efficacy. **Results** The surgery-related indexes and complication rates in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). The levels of lung function and T lymphosubset in the observation group were better than those in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** The effect of thoracoscopic segmentectomy in the treatment of CA is significantly better than that of VATS, and it is worth applying.

【Keywords】 Early-stage lung cancer; Complication; Thoracoscopy; Segmentectomy; Lung function; Lobectomy; T lymphoid subgroup

在临床中, 肺癌的发生率比较高, 并且同样是恶性肿瘤疾病中死亡率增加较高的一种, 对于人们的身体健康、生命安全产生严重威胁^[1]。现阶段, 临床对于导致肺癌的具体原因并没有准确结论, 对于早期肺癌 (CA) 主要采取手术方式治疗, 过去的术式以肺叶切除术为主, 但是术中存在较大的出血量, 极易对肺功能产生损伤^[2]。

在临床医学技术的持续发展下, 胸腔镜肺段切除术应运而生, 其存在并发症少、创伤轻、疼痛少等特点, 对于患者的肺功能存在更好的保护作用^[3]。所以, 本研究将 150 例 CA 患者作为研究对象, 对比胸腔镜肺叶切除术 (VATS)、肺段切除术的疗效, 如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料

2020 年 12 月至 2022 年 12 月属于本次研究的时间跨度, 150 例 CA 患者为本次研究具体对象, 随机分为观察组 73 例, 男 39 例, 女 34 例, 平均年龄 (53.26 ± 4.21) 岁; 对照组 77 例, 男 41 例, 女 36 例, 平均年龄 (54.15 ± 3.32) 岁, 两组资料对比 ($P > 0.05$)。

纳入标准: 1) 按照患者病理组织活检的检查结果确定为早期 CA; 2) 患者对研究内容知情; 3) 患者肺部的病灶在 2cm 以内; 4) 患者自愿参与研究。

排除标准: 1) 发生远端转移的患者; 2) 伴随肾脏、心脏等脏器功能严重障碍者; 3) 合并活动性真菌感染

*通讯作者: 孟兴丽

者; 4) 合并其他肺系疾病者; 5) 合并活动性细菌感染者。

1.2 方法

对照组: VATS。观察孔选取位置是将 1~1.5cm 孔作于腋中线第 7 根、第 8 根之间, 腋后线的上述肋骨间选择辅助孔, 直径在 1.5~2cm, 主操作孔选择位置是腋前线第 4~5 肋间, 孔的直径 2~3.5cm。首先明确具体的肺叶部位, 支气管、肺叶动静脉进行解剖后游离, 通过胸腔镜切割缝合器切除病灶肺叶。

观察组: 胸腔镜下肺段切除术。观察、辅助、主操作孔的位置选择和对照组相同。对病灶和其附近组织进行细致的检查, 对肺段游离进行解剖, 彻底显露肺段动静脉、支气管, 且解剖。夹闭即将处理的支气管, 实施鼓肺干预, 明确需切除肺段位置, 若病变肺段存在萎缩但附近正常肺组织处于膨胀充气状态, 可将病变肺段用胸腔镜切割缝合器切除。

全部患者采样时间均为术中, 探查对应位置, 且将

纵膈胸膜打开, 彻底对淋巴结清扫, 无淋巴结应该将送检处的脂肪组织切除; 清扫患者淋巴结, 在将病灶、淋巴结切除彻底后经生理盐水进行胸腔彻底的冲洗, 确保其干净, 且在观察孔处放置引流管, 胸腔闭合后对切口进行缝合。结束手术通过抗感染药物进行治疗。

1.3 观察指标

手术相关指标(手术时间、住院时间、胸管留置时间等)、T 淋巴亚群(CD3+、CD8+等)、肺功能(第一秒应力呼气容积占预计值的百分比-FEV1%; 用力肺活量-FVC; 最大通气量-MVV)、并发症(感染、乳糜胸等)。

1.4 统计学处理

SPSS18.0 分析数据, 计数(%)表示, χ^2 检验, 计量($\bar{x} \pm s$)表示, t 检验, $P < 0.05$ 统计学成立。

2 结果

2.1 手术相关指标

组间对比($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 手术相关指标($\bar{x} \pm s$)

分组	例数	住院时间(d)	引流量(ml)	胸管留置时间(d)	术中出血量(ml)	手术时间(min)
观察组	73	7.12±0.74	426.43±64.14	3.13±1.00	148.52±30.55	145.52±12.53
对照组	77	8.78±1.12	501.36±80.03	4.56±0.87	162.36±30.41	136.73±15.52
t 值		6.875	6.524	4.825	5.825	5.669
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 T 淋巴亚群水平

治疗前: 观察组 CD3+ (61.23±4.11) %、CD4+ (39.54±7.23) %、CD8+ (35.15±1.63) %、CD4+/CD8+ (2.00±0.13); 对照组: (61.13±4.11) %、(40.28±7.36) %、(34.36±1.33) %、(1.88±0.01); 组间对比($t=0.326, 0.412, 0.325, 0.521, P > 0.05$)。治疗后: 观察组: (75.47±5.38) %、(54.03±5.45) %、(25.46±3.37) %、(1.73±0.21); 对照组: (66.23±3.42) %、(47.023±5.54) %、(29.51±2.07) %、(1.13±0.03), 组间对比($t=5.632, 6.302, 4.502, 4.320, P < 0.05$)。

2.3 肺功能

术前, 观察组: FVC (95.23±2.25) %、FEV1 (93.34±2.00) %、MVV (93.72±5.51) %, 对照组: (95.23±2.24) %、(93.22±2.05) %、(94.08±6.53) %, 组间对比($t=0.412, 0.251, 0.326, P > 0.05$)。术后 24h, 观察组: (87.12±1.32) %、(86.23±1.13) %、(84.34

±7.14) %, 对照组: (81.33±1.26) %、(76.32±1.32) %、(75.82±7.22) %, 组间对比($t=5.326, 6.302, 4.102, P < 0.05$)。

2.4 并发症发生情况

观察组: 乳糜胸 0 例(0.00%)、感染 1 例(1.37%)、肺漏气 2 例(5.41%)、切口感染 1 例(1.37%)、心律不齐 0 例(0.00%)、肺栓塞 0 例(0.00%), 合计 4.11% (3/73); 对照组: 1 例(1.30%)、2 例(5.41%)、2 例(2.60%)、2 例(2.60%)、3 例(3.90%)、2 例(2.60%), 合计 15.58% (12/77)。组间对比($\chi^2=13.025, P < 0.05$)。

3 讨论

目前, 肺癌的患病率在人们饮食方式、生活条件改变下明显增加, 此类患者以发热、胸闷等为常见症状, 对患者身心健康存在威胁^[4]。临床治疗 CA 过去主要为开胸手术, 尽管其可以将病灶组织全部切除, 但是此种术式对患者来讲创伤较大, 对患者生存质量存在严重

影响,并且对患者来讲其术后康复时间较长,对预后存在不利影响^[5]。近些年,微创技术普遍发作、应用,胸腔镜技术在临床中普遍应用。此种手术方式可以将正常的机体组织尽可能保留,对患者来讲存在更少的影响、创伤,具有较好的生存质量^[6]。肺段切除术、VATS属于常见术式,特别是对于开胸手术不耐受者更加适用,均为理想方式^[7]。其中VATS属于比较常用方式,其可操作简单,但其存在严格适应症,所以影响其临床应用。

VATS虽然切除肺部的病灶,但是严重损伤肺叶原生理形态,患者术后需要较长的恢复时间,同时早期CA为消耗性疾病,肺功能障碍会使患者术后并发症发生率增加影响其恢复免疫功能。肺段切除术是切断肺段中的支气管、动静脉,肺组织保留比较多,对于那些VATS手术方式不能接受者更加适用,同时切口不用扩大,切口撑开器也无需应用,直接解剖肺段血管、支气管进行处理,对于胸腔组织来讲损伤更小,但是其存在相对精细、复杂的操作,可将肺段边界伴随的癌变组织准确切除,尽可能的切除癌变组织,因此疗效更加^[8]理想。但是在治疗期间需要注意的问题是,手术过程中需保护肺功能,并且利用胸腔镜切除缝合器对肺段分离,利于术后并发症风险的降低,进而增加手术安全性^[9]。并且,对于医师来讲,对于解剖结构的熟悉十分重要,同时对于操作同样应熟练掌握,进而保证手术疗效。在周邵冲^[10]等研究中,其结果指出,胸腔镜肺段切除术治疗的观察组患者其并发症发生率为2.27%,而对对照组高达18.60%。

说明肺段切除术对早期CA患者而言存在更少的并发症,安全性更高。并且在本研究结果中,观察组并发症发生率为4.11%同样低于对照组15.58%,同上述研究结论一致,进一步说明肺段切除术治疗方式的安全性。另外,本研究肺功能、手术指标等其他研究结果比较发现,观察组均优于对照组,说明肺段切除术治疗CA患者存在更加理想的疗效。

总之,对于早期CA患者,给予VATS治疗的效果同胸腔镜下肺段切除术疗效比较,后者更加理想,对于肺功能、手术指标、并发症、T淋巴亚群水平的改善意义重大,效果满意。

参考文献

[1] 宁光耀,陈杨,夏万里,卢晨,司盼盼,黄云龙,张仁泉.单孔胸腔镜楔形切除术和单孔胸腔镜解剖性肺段切除术

治疗早期肺癌的效果[J].局解手术学杂志,2023,32(1):36-40.

[2] 于耀洋,黄向宇,赵耀坤.胸腔镜肺叶切除术、肺段切除术与开胸手术治疗早期肺癌的效果比较[J].河南医学研究,2023,32(8):1459-1463.

[3] 辛兴,李凤卫,陈应泰,边建伟,刘思杰,吴迅.CT引导下肺结节定位针拖尾法定位联合胸腔镜肺段切除术治疗早期肺腺癌的临床效果[J].广西医学,2023,45(19):2315-2320.

[4] 张伟杰,陈虹杜巴立,陈晓飞,江涛.胸腔镜肺叶切除术与肺段切除术治疗早期肺癌的临床研究[J].中文科技期刊数据库(引文版)医药卫生,2023(3):0037-0040.

[5] 胡国梁,任丹,涂启敏,姚元波,夏飞.单孔胸腔镜精准肺段切除术与肺叶切除术治疗早期非小细胞肺癌的临床疗效对比[J].河北医学,2023,29(9):1502-1507.

[6] 王维新,何国丽,张剑锋,付红艳,左晶晶,任宏玲.经肋间单孔胸腔镜肺叶切除术联合消癌平对非小细胞肺癌患者miR-210和miR-101表达的影响[J].中国药业,2023,32(5):97-100.

[7] 王爱芳,刘玉慧,李方旭.胸腔镜肺叶切除术对老年早期肺癌患者的临床效果及对氧化应激相关分子的影响[J].实用癌症杂志,2023,38(1):160-163.

[8] 丁密,刘文静,楚盼盼,王甘露,刘现利,兰云霞.基于5A模式的分阶段主动循环呼吸技术训练在胸腔镜肺叶切除术后病人康复中的应用[J].护理研究,2023,37(6):1068-1072.

[9] 王大伟,杨飞,郭亚哲,苏亚英,刘昕,高永山,张振明.钙化淋巴结对合并慢性阻塞性肺疾病的肺癌患者胸腔镜肺叶切除术的影响[J].中国医学科学院学报,2023,45(1):33-37.

[10] 周邵冲,黄永东,顾帅婷.胸腔镜肺段切除术与胸腔镜肺叶切除术治疗早期肺癌的临床效果及预后影响分析[J].系统医学,2023,8(7):147-150.

版权声明: ©2024 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS