

〔文章编号〕 1007-0893(2021)01-0185-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.01.089

# 胸腔镜肺叶切除术治疗周围型肺癌疗效分析

刘春齐<sup>1</sup> 万小云<sup>2</sup> 张耀森<sup>1</sup> 江俊伟<sup>1</sup>

(1. 广州市番禺区中心医院, 广东 广州 511400; 2. 广州市番禺区中医院, 广东 广州 511400)

〔摘要〕 **目的:** 分析胸腔镜肺叶切除术对早期周围型肺癌的治疗效果。**方法:** 选取广州市番禺区中心医院 2010 年 10 月至 2015 年 10 月收治的 120 例早期周围型肺癌患者的临床资料。并根据手术方式将其分为观察组(胸腔镜下肺叶切除术者)与对照组(传统开胸手术者)各 60 例。对两组患者治疗效果及并发症情况进行比较。**结果:** 两组患者的手术均顺利完成, 无围手术期死亡病例。观察组无患者转开胸手术。观察组在术中出血量、术后胸管留置时间、胸管引流量、术后住院时间等方面显著少于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 观察组手术时间显著长于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ), 两组淋巴结清扫数目组间比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 对照组出现并发症 17 例(28.33%), 观察组出现并发症 8 例(13.33%), 组间比较, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论:** 胸腔镜肺叶切除术治疗早期周围型肺癌的效果显著, 具有创伤小、恢复快的优势。

〔关键词〕 周围型肺癌; 胸腔镜; 肺叶切除术

〔中图分类号〕 R 730.5; R 734.2 〔文献标识码〕 B

近年来在我国等经济发展中国家中, 肺癌的发病率和死亡率均呈现明显的上升趋势<sup>[1]</sup>。目前对早期周围型肺癌的治疗首选外科手术, 但随着胸腔镜技术的迅速发展, 其微创、便捷、安全的特点使其受到了临床医师和广大患者的欢迎。应用胸腔镜下肺叶切除术治疗周围型肺癌也获得了国内外学者的广泛关注<sup>[2]</sup>。因此, 本研究回顾性分析了近年来在广州市番禺区中心医院行开胸手术或胸腔镜下肺叶切除术治疗的早期周围型肺癌患者的临床资料, 以评价胸腔镜肺叶切除术对早期周围型肺癌的治疗效果, 现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

本研究纳入 2010 年 10 月至 2015 年 6 月广州市番禺区中心医院收治的 120 例周围型肺癌患者, 并根据手术方式分为对照组(常规开胸手术治疗)和观察组(胸腔镜下肺叶切除术治疗)。观察组 60 例, 男 38 例, 女 22 例; 年龄为 41~81 岁, 平均年龄(59.13±8.09)岁。对照组男 36 例, 女 24 例; 年龄为 45~81 岁, 平均年龄(58.97±10.32)岁。两组患者性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

1.1.1 纳入标准 符合周围型肺癌诊断标准<sup>[3]</sup>; 年龄 < 82 岁; 无明显的手术禁忌证; 无胸腔镜手术禁忌证; 肺功能能够耐受肺叶切除术。

1.1.2 排除标准 术中发现广泛胸膜粘连; 术前中央型肺癌; 有手术禁忌证; 有胸腔镜手术禁忌证; 年龄 ≥ 82 岁;

肺功能较差无法耐受肺叶切除; 术中病理不支持肺癌。

### 1.2 手术方法

1.2.1 对照组 行常规开胸手术治疗, 作一长约 25 cm 的标准后外侧切口, 需切断部分背阔肌、前锯肌、肋间肌进胸, 胸骨撑开上下肋骨进胸探查, 肺叶切除通常按照处理肺静脉, 肺动脉, 肺裂, 支气管, 然后再行淋巴结清扫术, 该术式在完全直视下进行, 肺血管处理直接用丝线结扎, 切断。

1.2.2 观察组 行胸腔镜下肺叶切除术治疗, 具体操作方法如下: 气管插管行全麻, 患者取健侧卧位, 用三孔法行手术操作。于腋中线第 7 或 8 肋间切开皮肤 1.5 cm, 作为观察孔。在肩胛下角线第 7 或 8 肋间切开长约 1.5 cm 作辅助操作孔, 在腋前线第 4 或 5 肋间取长约 3~4 cm 的切口为主操作孔, 探查患者胸腔病灶, 分离粘连。如术前病理诊断明确, 行肺叶切除术, 如术前病理诊断不明确, 术中行楔形切除, 冰冻病理明确为肿瘤者再行肺叶切除。先离断肺静脉, 再离断肺动脉及支气管。切除的肺叶应立即放入标本袋中由主操作孔取出, 常规清扫肺门及纵膈淋巴结, 术毕在操作口留置胸腔引流管。

### 1.3 观察指标

记录两组患者围手术期指标, 包括手术时间、术中出血量、淋巴结清扫数目、术后胸管引流量、胸管留置时间、住院时间等, 同时记录术后并发症的发生情况。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS 21.0 软件进行数据处理, 计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 采用  $t$  检验, 计数资料用百分比表示, 采用  $\chi^2$  检验,

〔收稿日期〕 2020-10-15

〔作者简介〕 刘春齐, 男, 副主任医师, 主要从事临床心胸外科工作。

$P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者围手术期指标比较

两组患者的手术均顺利完成，无围手术期死亡病例。观

察组无患者转开胸手术。观察组在术中出血量、术后胸管留置时间、胸管引流量、术后住院时间等方面显著少于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )；观察组手术时间显著长于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，两组淋巴结清扫数目组间比较，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )，见表1。

表1 两组患者围手术期指标比较 ( $n = 60, \bar{x} \pm s$ )

组别	手术时间/min	术中出血量/mL	淋巴结清扫数目/个	术后胸管留置时间/d	胸管引流量/mL	术后住院时间/d
对照组	172.3 ± 42.6	267.8 ± 51.4	12.02 ± 1.9	7.1 ± 1.5	646.5 ± 213.4	12.3 ± 2.4
观察组	238.5 ± 50.1 <sup>a</sup>	182.5 ± 39.7 <sup>a</sup>	12.18 ± 2.1	4.2 ± 1.9 <sup>a</sup>	352.1 ± 141.5 <sup>a</sup>	9.1 ± 1.7 <sup>a</sup>

与对照组比较，<sup>a</sup> $P < 0.05$

### 2.2 两组患者的术后并发症发生率比较

对照组出现并发症 17 例 (28.33%)，观察组出现并发症 8 例 (13.33%)，组间比较，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表2。

表2 两组患者的术后并发症发生率比较 ( $n = 60$ , 例)

组别	漏气	肺部感染	肺不张	心律失常	切口延期愈合	总发生/n (%)
对照组	4	5	3	4	1	17(28.33)
观察组	2	2	1	3	0	8(13.33) <sup>b</sup>

与对照组比较，<sup>b</sup> $P < 0.05$

## 3 讨论

肺癌目前高居我国男性恶性肿瘤死亡的首位，治疗方法包括外科治疗及放化疗，对于早期肺癌而言，治疗首选外科手术。开胸手术是治疗早期肺癌传统手术方式，其手术视野广阔，但创伤大，术后恢复慢，并发症多，对患者身体条件要求较高。胸腔镜手术自开展以来，已得到广泛应用。胸腔镜下肺叶切除术可达到与开胸手术相似的治疗效果。有研究表明，胸腔镜肺叶切除术后患者5年生存率及术后复发率与行传统开胸手术者无显著差异<sup>[4]</sup>。胸腔镜手术与传统手术相比，在清除范围及淋巴结清除率方面，两者并无明显差异<sup>[5]</sup>。国外有研究<sup>[6]</sup>认为在淋巴结清扫方面，胸腔镜手术效果更好。同时胸腔镜手术在创伤大小、术后恢复方面有明显优势。有研究发现<sup>[7]</sup>行胸腔镜肺叶切除术术中出血量、术后白细胞介素-6及C反应蛋白浓度均低于行开胸手术。胸腔镜手术对患者造成创伤更小，出血更少，术后并发症降低，患者术后应激反应更小，有效改善患者术后呼吸功能，从而使得患者术后康复更快<sup>[8]</sup>。

由于胸腔镜手术的微创性，手术切口短，同时不需使用肋骨撑开器，减少了对肋骨、肋间神经、胸壁肌肉的损伤，故而术后疼痛明显减轻<sup>[9]</sup>。而疼痛的减轻有利于患者早期行呼吸功能锻炼，从而降低心肺并发症发生率<sup>[10]</sup>。胸腔镜对手术视野有放大作用，使得手术操作更加精准，对小血管的辨认结扎更加准确，从而使得术中出血量更少。本研究显示，观察组患者术中出血量、术后胸管留置时间、胸管引流量、术后住院时间等方面显著少于对照组 ( $P < 0.05$ )。观察组手

术时间稍长于对照组 ( $P < 0.05$ )，两组淋巴结清扫数目无明显差异，且观察组并发症发生率明显低于对照组 ( $P < 0.05$ )，表明胸腔镜肺叶切除术治疗早期周围型肺癌具有手术创伤小、术中出血量少、切口美观、手术并发症少、术后恢复快等诸多优势，对早期周围型肺癌的治疗具有一定的参考价值。

### 〔参考文献〕

- (1) 陈万青, 郑荣寿, 张思维, 等. 2013年中国恶性肿瘤发病和死亡分析 (J). 中国肿瘤, 2017, 26(1): 1-7.
- (2) Gadgeel SM. Personalized Therapy of Non-small Cell Lung Cancer(NSCLC) (J). Adv Exp Med Biol, 2016, 890(3): 203.
- (3) 陆再英, 钟南山. 内科学 [M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2008.
- (4) McManus K. Brain metastases are uncommon in early tumours treated radically by VATS lobectomy, making routine brain imaging unnecessary in this group (J). Lung Cancer: Journal of the International Association for the Study of Lung Cancer, 2015, 87(Suppl 1): S11.
- (5) Li PL, Wen XH, Wang SH, et al. Clinical Efficacy and safety of tho-racoscopic surgery for radical resection of lung cancer (J). Systems Medicine, 2018, 12(3): 104-106.
- (6) Scarci M, Pardolesi A, Caruana EJ, et al. Video-assisted thoracoscopic lobectomy: operative technique (J). Multimed Man Cardiothorac Surg, 2015, 23(5): 334-360
- (7) 朱晓明, 魏立, 务森. 胸腔镜和开放性肺叶切除对高龄非小细胞肺癌患者术后应激反应和呼吸功能的影响 (J). 现代肿瘤医学, 2019, 27(2): 62-65.
- (8) 任晓. 常规开胸手术与胸腔镜下肺癌根治术治疗 I 期非小细胞肺癌疗效观察 (J). 创伤与急危重病医学, 2019, 7(4): 201-203.
- (9) 冯征, 孙盈, 陈召. 两孔、三孔胸腔镜与传统开胸手术肺叶切除联合系统性淋巴结清扫手术治疗肺癌的疗效观察 (J). 现代生物医学进展, 2017, 17(2): 304-307.
- (10) Pagès PB, Hanna HA, Bertaux AC, et al. Medicoeconomic analysis of lobectomy using thoracoscopy versus thoracotomy for lung cancer: a study protocol for a multicentre randomised controlled trial(Lungsc01) (J). Bmj Open, 2017, 7(6): e012963.