

单孔胸腔镜下肺叶解剖切除术对早期非小细胞肺癌的疗效及安全 安全性分析

陈雄

(祥云县人民医院 云南祥云 672100)

摘要: 目的: 研究单孔胸腔镜下肺叶解剖切除术对早期非小细胞肺癌的疗效及安全性。方法: 选取 2022 年 1 月至 2023 年 6 月到本院接受诊治的 88 例早期非小细胞肺癌患者依据奇偶法分为两组, 参考组采用常规三孔胸腔镜下肺叶解剖切除术, 实验组采用单孔胸腔镜下肺叶解剖切除术, 比较两组患者的手术相关指标、术后疼痛评分、并发症发生率。结果: 实验组患者的切口长度与住院时间明显低于参考组。实验组患者的术后疼痛评分均低于参考组。实验组患者的并发症发生率明显低于参考组 ($p < 0.05$)。结论: 对早期非小细胞肺癌患者采用单孔胸腔镜下肺叶解剖切除术能够有效缩小切口大小, 减轻术后疼痛程度, 降低术后并发症的出现, 减少住院时间。

关键词: 单孔胸腔镜; 肺叶解剖切除术; 早期非小细胞肺癌

肺癌是全球范围内常见的恶性肿瘤之一, 其中非小细胞肺癌 (NSCLC) 是其中一种病理类型^[1]。早期 NSCLC 是指肿瘤局限于胸腔内, 无淋巴结转移或远处转移, 因此具有较高的治愈率和生存率。随着医疗技术的不断进步, 手术切除成为早期 NSCLC 的主要治疗方法。单孔胸腔镜手术是一种微创手术方式, 通过一个切口进入胸腔进行手术操作, 具有创伤小、术后恢复快、疼痛轻等优点。在早期 NSCLC 的治疗中, 单孔胸腔镜下肺叶解剖切除术能够完整地切除肿瘤所在的肺叶, 同时保留健康的肺组织, 有效地提高了手术的精确性和安全性^[2]。此外, 该手术方式还可以减少术后并发症的发生率, 提高患者的生存质量。基于此, 本文将研究单孔胸腔镜下肺叶解剖切除术对早期非小细胞肺癌的疗效及安全性, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2022 年 1 月至 2023 年 6 月到本院接受诊治的 88 例早期非小细胞肺癌患者为调研目标, 依据奇偶法分为实验组 (44 例) 与参考组 (44 例)。实验组: 男 24 例, 女 20, 年龄在 45-79 岁, 平均值在 (54.25 ± 4.64) 岁; 参考组: 男 23 例, 女 21 例, 年龄在 46-78 岁, 平均值在 (54.26 ± 4.42) 岁。两组患者的一般资料无明显差异 ($p > 0.05$)。纳入标准: (1) 知情同意; (2) 临床资料完整。排除标准: (1) 患有严重精神类疾病; (2) 合并严重感染性疾病。

1.2 方法

实验组: 全身麻醉后, 从腋前线第 5 肋间切入, 切口长度约为 5 厘米, 切口处放置保护套。通过此切口, 将 30° 的胸腔镜、超声刀等手术器械置入, 腔镜镜头放置在切口后缘上方 (可根据术中具体情况实时调整)。通过仔细观察胸腔情况, 确认是否存在致密、广泛粘连, 并确定病灶位置及其与肺门的关系。对于术前已明确诊

断的病例, 手术直接按照解剖结构进行肺叶切除术和系统性淋巴结清扫。对于没有病理依据的病例, 首先通过楔形切除病灶, 然后再按照解剖结构进行肺叶切除术和系统性淋巴结清扫。完成手术后, 留置胸腔闭式引流管。

参考组: 全身麻醉后, 从腋中线第 7 肋间切入, 切口长度为 1.5 至 2.0 厘米, 这个切口是观察孔, 并置入 Trocar 作为观察工具。然后在腋前线与腋中线之间的第 4 肋间做一个 3 至 5 厘米的切口, 这个切口被用作主操作孔, 同时切口处放置保护套。最后, 在腋后线第 5 或第 6 肋间做一个 1.5 至 2.0 厘米的切口, 这个切口被用作副操作孔。此次手术的所有操作步骤、手术器械的使用、手术操作的流程以及淋巴结清扫的标准都与单孔胸腔镜肺叶切除术相同

1.3 观察指标

(1) 手术相关指标: 包括手术时间、术中出血量、切口长度、淋巴结清扫个数及住院时间^[3]。

(2) 术后疼痛评分: 采用 VAS 量表分别在术后 12h、24h、48h 及 72h 对患者进行疼痛程度评估。

(3) 并发症发生率: 包括肺部感染、切口感染、肺不张及肺阻塞。

1.4 统计学分析

通过 SPSS 24.0 统计学软件分析数据, 计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 行 t 检验, 计数资料采用 (%) 表示, 行 χ^2 检验, 当 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 手术相关指标

实验组患者的切口长度与住院时间明显低于参考组 ($p < 0.05$)。见表 1。

表 1 手术相关指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	切口长度 (cm)	淋巴结清扫个数 (个)	住院时间 (d)
实验组 (n=44)	126.34 ± 21.09	39.62 ± 8.62	3.07 ± 0.29	21.29 ± 3.18	6.34 ± 1.27
参考组 (n=44)	124.16 ± 22.18	38.14 ± 15.27	5.34 ± 1.28	21.49 ± 4.12	8.62 ± 1.57
t	0.472	0.560	11.473	0.255	7.489
p	0.638	0.577	< 0.05	0.799	< 0.05

2.2 术后疼痛评分

实验组患者的术后疼痛评分均低于参考组 (p < 0.05)。见表 2。

表 2 术后疼痛评分 (x̄ ± s; 分)

组别	12h	24h	48h	72h
实验组 (n=44)	4.16 ± 1.09	3.29 ± 0.57	1.97 ± 0.63	0.72 ± 0.56
参考组 (n=44)	5.37 ± 1.15	4.01 ± 0.39	2.63 ± 0.38	1.27 ± 0.64
t	5.066	6.915	5.950	4.290
p	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.3 并发症发生率

实验组患者的并发症发生率明显低于参考组 (p < 0.05)。见表 3。

表 3 并发症发生率[n(%)]

组别	肺部感染	切口感染	肺不张	肺阻塞	总发生率
实验组 (n=44)	0 (0.00)	1 (2.27)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.27)
参考组 (n=44)	5 (11.36)	4 (9.09)	2 (4.55)	2 (4.55)	13 (29.55)
X ²					12.232
p					< 0.05

3 讨论

早期 NSCLC 表现为肺部的局部病变,其临床表现包括咳嗽、呼吸困难或胸痛。早期 NSCLC 的治疗方法主要包括手术切除、放疗和化疗等^[1]。其中,手术切除是首选的治疗方法,可以有效地切除肿瘤组织,提高患者的生存率^[2]。传统的开胸手术虽然可以有效地切除肿瘤,但是创伤较大、术后恢复较慢,且有一定的并发症风险。随着微创技术的发展,胸腔镜手术逐渐成为早期 NSCLC 治疗的首选手术方式。本次研究表明:实验组患者的切口长度与住院时间明显低于参考组。实验组患者的术后疼痛评分均低于参考组。实验组患者的并发症发生率明显低于参考组 (p < 0.05)。分析原因为通过单孔手术,可以显著缩小切口的长度,从而减少手术创伤和术后疼痛程度。这一优势得益于单孔手术器械的精细化操作和高精度可视化技术,使得手术切口的选择和操作更为精准。单孔胸腔镜下肺叶解剖切除术可有效减轻术后疼痛。由于手术仅需一个切口,避

免了多切口手术带来的肌肉和肋骨损伤,从而减少了术后疼痛的来源。此外,单孔手术避免了肋间神经的损伤,进一步减轻了术后疼痛。单孔胸腔镜下肺叶解剖切除术降低了术后并发症的发生率。由于手术切口小,术后感染的风险相应降低。同时,由于单孔手术具有更高的精准度。单孔胸腔镜下肺叶解剖切除术缩短了患者的住院时间。由于手术创伤小、疼痛轻、并发症少,患者恢复速度加快,从而使患者能够更快地出院。这不仅减轻了患者的经济负担,也提高了医院床位的周转率。

综上所述,对早期非小细胞肺癌患者采用单孔胸腔镜下肺叶解剖切除术能够有效缩小切口大小,减轻术后疼痛程度,降低术后并发症的出现,减少住院时间。

参考文献:

[1]白向豆,洪子强,崔百强,等.胸腔镜肺叶切除术中肺动、静脉切断顺序对非小细胞肺癌患者手术疗效与安全性影响的系统评价[J]. 肿瘤防治研究,2023,50(1):69-74.

[2]张帅帅,王晓萌,徐伟民,等.ESP 阻滞复合全身麻醉对老年患者胸腔镜肺叶切除术后镇痛、睡眠质量及炎症反应的影响[J]. 中国老年学杂志,2023,43(7):1588-1591.

[3]毕自强,孔利娟,曹雪峰,等.低每搏量变异度指导的液体治疗对老年患者肺叶切除术后恢复质量的影响[J]. 临床麻醉学杂志,2023,39(8):827-832.

[4]王大伟,杨飞,郭亚哲,等.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.

[5]吴表平,卢积榕,李永旺,等.160 例双孔全胸腔镜肺叶切除术在早期肺癌治疗中的应用 [J]. 中华实验外科杂志,2023,40(8):1615-1618.

[6]邢茂炜,穆东亮,孟昭婷.围手术期血红蛋白浓度与肺叶切除术后急性肾损伤的关系[J]. 解放军医学杂志,2023,48(6):694-701.

[7]白雪莹,刘正华.3D 与 2D 单孔胸腔镜肺叶切除术的疗效比较 [J]. 中国医科大学学报,2023,52(3):277-281.