

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

郭乃强

(皖南医学院第二附属医院 安徽芜湖 241001)

摘要:目的 探究早期非小细胞肺癌患者单孔胸腔镜精准肺段切除术与肺叶切除术的临床疗效。方法 选择研究者医院胸外科收治的样本进行研究, 共计 80 例早期非小细胞肺癌, 均符合手术指征, 手术时间 2022 年 1 月~12 月。随机分组, 抽签法, 分 2 组, 40 例/组。对照组予以肺叶切除术, 观察组予以单孔胸腔镜精准肺段切除术。比较两组围术期相关指标数据、术后并发症发生率、术后 1 年内复发率和生存率以及手术前后肺功能水平。结果 观察组术后引流量 (232.66 ± 30.12) mL 更少, 术后引流管留置时间 (3.06 ± 0.87) d、住院时间 (5.79 ± 1.04) d 更短 ($T=5.2228$; $T=5.6139$; $T=4.1492$; $P<0.05$)。观察组术后并发症发生率 2.50%, 更低 ($X^2=3.9139$; $P<0.05$)。两组术后 1 年内的复发率、生存率比较 ($P>0.05$)。观察组术后 FEV1 水平 (2.59 ± 0.37) L、FVC 水平 (3.65 ± 0.42) L、MVV 水平 (71.56 ± 6.43) mL, 更高 ($T=3.6012$; $T=6.3483$; $T=8.3975$; $P<0.05$)。结论 早期非小细胞肺癌治疗中, 单孔胸腔镜精准肺段切除术与肺叶切除术的肿瘤清除效果良好, 但精准肺段切除术安全性更高, 可促进术后康复, 还可减少术式对肺功能的影响, 建议首选。

关键词: 早期非小细胞肺癌; 单孔胸腔镜精准肺段切除术; 肺叶切除术; 并发症; 肺功能

前言: 非小细胞肺癌是常见的一种肺癌类型, 发生率约为全部肺癌的 85%^[1]。胸腔镜手术是早期肺癌常用治疗手段, 可有效清除病灶、淋巴组织, 控制癌症进展, 且术式创伤小、安全性较高。传统胸腔镜手术主要采用肺叶切除法, 以求彻底清除病灶。但近年来的研究显示, 肺叶切除法对患者肺部功能损伤较大, 不利于其预后^[2], 而精准肺段切除能够在满足病灶完整切除同时, 尽可能减少手术对肺部的创伤, 更有利于患者术后恢复^[3], 引起了广泛的关注。本文即选择早期非小细胞肺癌患者 80 例进行研究, 比较精准肺段切除术与肺叶切除术的疗效差异, 为临床术式选择提供参考, 见下文。

1. 资料和方法

1.1 一般资料

择研究者医院胸外科 2022 年 1 月~12 月间收治的样本进行研究, 共计 80 例早期非小细胞肺癌。随机分组, 抽签法, 分 2 组, 40 例/组。

对照组中, 男:女(例)=22:18(例)。年龄(60.18 \pm 4.52)岁, 最高 70 岁, 最低 50 岁。类型: 腺癌 25 例, 腺癌 15 例。TNM 分期: I 期 20 例, II 期 20 例。位置: 左肺 15 例, 右肺 25 例。

观察组中, 例数比: 男/女=23/17。年龄 50~70 岁, 平均(60.15 \pm 4.54)岁。类型: 腺癌 24 例, 腺癌 16 例。TNM 分期: I 期 21 例, II 期 19 例。位置: 左肺 16 例, 右肺 24 例。

两组资料比较 ($P>0.05$)。具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准

均确诊早期非小细胞肺癌^[4]。临床资料完整。单侧病灶。符合胸腔镜手术指征。在研究同意书上签字。

1.2.2 排除标准

肿瘤复发者。合并其余恶性肿瘤者。瘤体直径 \geq 2 cm。既往有胸腔镜手术史者。有远处胸膜转移者。中途失访者。

1.3 方法

1.3.1 对照组

本组予以单孔胸腔镜肺叶切除术, 具体: 健侧卧位手术, 静脉吸入复合麻醉, 腋中线第 4~5 肋间切口, 切口长度 4 cm, 经孔置入胸腔镜, 探查病灶信息后, 若病灶位于肺叶外周, 先行切除病灶送检, 确诊后切除肺叶, 并行纵膈淋巴清扫; 常规病灶, 则游离肺动静脉以及支气管后, 离断患肺并取出, 最后予以淋巴结清扫。

1.3.2 观察组

本组予以单孔胸腔镜精准肺段切除术, 具体: 健侧卧位手术, 静脉吸入复合全麻。腋中线第 4~5 肋间作 3 cm 切口, 并经该切口置入胸腔镜。以镜探查病灶, 获取肺门、纵膈淋巴样本(肺下叶取第 7、8、9 组淋巴结, 左肺上叶取第 5、6 组淋巴结, 右肺上叶取第 2、3、4 组淋巴结)活检, 并依照术前肺部 CT 技术辨别肺段门小结构, 以此确定切除肺段, 离断目标段门小结构后, 以膨胀萎陷法判断段间平面。术后常规引流。

1.4 观察指标

1.4.1 比较两组围术期相关指标数据

含术中出血量、淋巴结清扫个数、术后引流量、术后引流管留置时间、住院时间五项指标。

1.4.2 比较两组术后并发症发生率

统计患者术后并发症发生情况, 主要有肺部感染、肺漏气、胸膜瘘三类。

1.4.3 比较两组术后 1 年内复发率和生存率

随访 1 年, 统计患者肿瘤复发情况以及生存情况。

1.4.4 比较两组手术前后肺功能水平

含 FEV1(第 1 s 用力呼气容积)、FVC(用力肺活量)、MVV(每分钟最大通气量)三项指标。以肺功能检测仪获取数据。

1.5 统计学方法

数据采用 SPSS26.0 系统处理。计量资料 ($\bar{x} \pm s$), 以 T 检验。计数资料 (%), 以 X^2 检验。 $P<0.05$, 差异有统计学意义。

2.结果

2.1 两组围术期相关指标数据比较

表 1 围术期相关指标数据比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	术中出血量 (mL)	淋巴结清扫个数 (个/人)	术后引流量 (mL)	术后引流管留置时间 (d)	住院时间 (d)
对照组 (n=40)	59.12 ± 8.14	10.35 ± 1.86	270.25 ± 34.13	4.25 ± 1.02	7.02 ± 1.56
观察组 (n=40)	58.66 ± 8.02	9.92 ± 1.73	232.66 ± 30.12	3.06 ± 0.87	5.79 ± 1.04
T	0.2546	1.0706	5.2228	5.6139	4.1492
P	0.7997	0.2876	0.0000	0.0000	0.0001

2.2 两组术后并发症发生率比较

对照组中, 发生: 肺部感染 3 例, 肺漏气 2 例, 胸膜瘘 1 例; 总发生率 15.00%。

观察组中, 仅发生 1 例肺部感染, 发生率 2.50%。

观察组术后并发症发生率较对照组低 ($X^2=3.9139$, $P=0.0479$; $P<0.05$)。

2.3 两组术后 1 年时的生存率、复发率比较

对照组中, 生存率 95.00%(死亡 2 例), 复发率 7.50%

表 2 手术前后肺功能水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	FEV1 (L)		FVC (L)		MVV (mL)	
	术前	术后	术前	术后	术前	术后
对照组 (n=40)	2.72 ± 0.27	2.30 ± 0.35	3.99 ± 0.56	3.12 ± 0.32	96.88 ± 10.16	86.16 ± 8.92
观察组 (n=40)	2.70 ± 0.30	2.59 ± 0.37	3.97 ± 0.59	3.65 ± 0.42	96.92 ± 10.13	71.56 ± 6.43
T	0.3134	3.6012	0.1555	6.3483	0.0176	8.3975
P	0.7548	0.0006	0.8768	0.0000	0.9860	0.0000

3.讨论

非小细胞肺癌是临床作为常见的肺癌, 具有高发病率、高死亡率特点, 且近年来受环境污染、烟草、化学刺激等因素影响, 该发病率还持续上升^[5]。目前, 临床已经明确, 早发现、早诊断、早治疗非小细胞肺癌, 可有效控制原发症状, 阻滞癌症进展, 延长患者生存期。

单孔胸腔镜肺叶切除及系统性淋巴结清扫是常用手术方案, 可完整清除病灶, 减少复发。但该术式对患者肺部功能损伤较大, 极大影响了术后肺功能的恢复, 不利于其预后。而精准肺段切除术即局部肺切除手术, 与肺叶全切相比, 该术式仅切除患者患肺段内的支气管肺泡、动静脉、淋巴结群等组织, 可有效减少不必要的肺正常组织损伤, 从而尽可能保留残肺功能^[6-7]。本文中, 两组淋巴结清扫个数以及术后 1 年内的复发率、生存率比较 ($P>0.05$), 可见精准肺段切除术与肺叶切除术在病灶清理方面的效果大致相同, 与临床研究结果大致相同^[8]。而观察组术式指标数据更优, 术后肺功能水平更高 ($P<0.05$), 便证实了精准肺段切除对早期非小细胞肺癌患者肺功能保留的积极作用, 利于术后快速康复。

且观察组术后并发症率较对照组低 ($P<0.05$), 也进一步凸显了精准肺段切除术的安全性。分析原因: 精准肺段切除能够减少胸腔残留, 患者肺部复张速度快, 术后疼痛感更强, 故而并发症发生风险更低。

综上所述, 早期非小细胞肺癌治疗中, 单孔胸腔镜精准肺段切除术肿瘤清除效果好, 且术式安全性、对患者肺功能的影响以及术后康复速度方面优于肺叶切除术, 建议首选。

观察组术后引流量更少, 术后引流管留置时间、住院时间更短 ($P<0.05$)。详情见表 1。

(复发 3 例)。

观察组中, 生存率 97.50%(死亡 1 例), 复发率 5.00%(复发 2 例)。

两组术后 1 年内的复发率、生存率比较 ($X^2=0.3463$, $P=0.5562$; $X^2=0.2133$, $P=0.6442$; $P>0.05$)。

2.4 两组手术前后肺功能水平比较

观察组术后肺功能指标水平较对照组高 ($P<0.05$)。详情见表 2。

参考文献:

[1]蔡艺斌,陈元美,朱坤寿.单孔全胸腔镜解剖性肺段切除术治疗早期非小细胞肺癌的临床疗效研究[J].当代医学,2020,26(28):105-107.

[2]张五星,喻东亮,熊剑文,等.胸腔镜下肺段切除与肺叶切除治疗 I 期非小细胞肺癌:系统回顾与荟萃分析[J].中华胸心血管外科杂志,2020,36(4):245-253.

[3]李田,王高祥,徐世斌,等.单孔胸腔镜肺段切除术治疗早期非小细胞肺癌的临床研究[J].安徽医科大学学报,2021,56(11):1816-1819.

[4]中国肺癌防治联盟,中华医学会呼吸病学分会肺癌学组,中国医师协会呼吸医师分会肺癌工作委员会.肺癌筛查与管理中国专家共识[J].国际呼吸杂志,2019,39(21):1604-1615.

[5]郝延红,龚嫒.单孔胸腔镜肺段切除术与肺叶切除术治疗早期非小细胞肺癌的临床观察[J].贵州医药,2022,46(8):1191-1192.

[6]王晨,姜静远,张乐宁,等.单孔胸腔镜精准肺段切除术治疗早期非小细胞肺癌[J].长春中医药大学学报,2022,38(12):1384-1388.

[7]林善安,王晓军,徐晓文,等.胸腔镜肺段切除术与胸腔镜肺叶切除术治疗早期非小细胞肺癌的临床效果比较[J].现代实用医学,2020,32(11):1347-1349.

[8]潘闪,林铿强,代祖建,等.胸腔镜肺叶切除术与肺段切除术治疗早期肺癌的效果及不良反应分析[J].中外医学研究,2020,18(29):27-29.