

单操作孔完全胸腔镜下肺叶切除术对周围型肺癌患者术后康复及 VAS 评分的影响

程艳博

(河南省郑州市第三人民医院胸外科 郑州 450001)

摘要:目的:分析单操作孔完全胸腔镜下肺叶切除术治疗周围型肺癌患者的效果。方法:选取 2018 年 10 月~2019 年 12 月收治的周围型肺癌患者 73 例,其中 36 例行三孔法完全胸腔镜下肺叶切除术为对照组,另 37 例行单操作孔完全胸腔镜下肺叶切除术为观察组,比较两组术中相关指标(术中出血量、淋巴结清扫个数、手术时间)、术后相关指标(首次下床活动时间、术后拔管时间、住院时间、术后 24 h 疼痛程度)、术后并发症发生率。结果:两组术中出血量、淋巴结清扫个数、手术时间比较无明显差异($P>0.05$);观察组首次下床活动时间、术后拔管时间、住院时间较对照组短,术后 24 h 疼痛评分较对照组低($P<0.05$);观察组术后并发症发生率 16.22%(6/37)与对照组 25.00%(9/36)比较,无明显差异($P>0.05$)。结论:单操作孔完全胸腔镜下肺叶切除术治疗周围型肺癌患者,可缩短康复进程,降低术后疼痛程度,安全性较高。

关键词:周围型肺癌;肺叶切除术;单孔胸腔镜;三孔胸腔镜

中图分类号:R734.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.04.058

肺癌是全球发病率最高的恶性肿瘤,且近年来发病率仍呈上升趋势。有数据显示,我国 50%以上非小细胞肺癌患者 5 年生存率低于 15%^[1]。临床治疗周围型肺癌以手术为主,随着微创手术的不断进展,胸腔镜手术逐步替代开胸手术,其中完全胸腔镜下肺叶切除术逐渐成为临床常用术式。完全胸腔镜下肺叶切除术具有创伤小、术后恢复快、安全性高等优势,与开胸手术相比,美观度较高,术后疼痛程度轻,并发症少,同时可为心肺功能较差而难以耐受开胸手术的患者提供手术机会^[2-3]。本研究选取我院周围型肺癌患者,旨在分析单操作孔完全胸腔镜下肺叶切除术的应用价值。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2018 年 10 月~2019 年 12 月收治的周围型肺癌患者 73 例,根据手术方法分为对照组 36 例和观察组 37 例。对照组男 20 例,女 16 例;年龄 44~67 岁,平均(55.51±5.18)岁;鳞癌 11 例,腺癌 19 例,鳞腺癌 6 例;肿瘤直径 11~59 mm,平均(34.92±10.57) mm;TNM 分期:Ⅰa 期 10 例,Ⅰb 期 12 例,Ⅱa 期 9 例,Ⅱb 期 5 例。观察组男 21 例,女 16 例;年龄 43~69 岁,平均(56.02±5.33)岁;鳞癌 12 例,腺癌 18 例,鳞腺癌 7 例;肿瘤直径 10~63 mm,平均(35.44±10.68) mm;TNM 分期:Ⅰa 期 11 例,Ⅰb 期 11 例,Ⅱa 期 9 例,Ⅱb 期 6 例。两组基线资料均衡可比($P>0.05$)。

1.2 选取标准 (1)纳入标准:经病理学检查确诊为周围型肺癌,且为非小细胞肺癌;未经放化疗治疗;符合胸腔镜手术指征;患者知情本研究并签署同意书。(2)排除标准:已行局部手术切除或采用新辅

助化疗;临床资料不完善;合并其他恶性肿瘤;远处转移;凝血功能异常;合并严重心律失常,或心肺功能未能满足手术要求。

1.3 手术方法 术前常规检查,确认符合完全胸腔镜下肺叶切除术指征;行胸部 CT 平扫及增强扫描,明确肿瘤形态、大小及与周围组织关系,观察是否存在淋巴结肿大,制定手术方案。患者均行气管插管全麻,确保健侧肺部通气良好,术中常规监测生命体征。(1)对照组行三孔法完全胸腔镜下肺叶切除术:于患侧腋中线第 6、7 肋间作切口为观察孔,依次切开皮肤及皮下组织,置入切口保护套,暴露术野;第 4、5 肋间作 3.0 cm 切口为主操作孔,进行肺叶切除及淋巴结清扫;第 7 肋间作 1.5 cm 切口为副操作孔,辅助视野暴露及淋巴结清扫。(2)观察组行单操作孔完全胸腔镜下肺叶切除术:选择腋后线第 8 肋间作切口为观察孔,暴露术野,于腋前线第 5 肋间作 3.5~4.0 cm 切口为操作孔,依次切开皮肤及皮下组织,置入超声刀、卵圆钳,分离胸腔粘连,电凝钩打开纵隔胸膜、叶间裂,对较短不全肺裂先钳夹两端而后离断,常规处理肺门、上肺静脉及肺动脉,注意避免牵拉过度而造成血管撕裂,以内镜切割缝合器完成肺动静脉切割缝合,切除肺叶,标本置入标本袋取出,常规清扫肺门及纵隔淋巴结。两组术后常规给予化痰、补液、抗感染、雾化吸入等干预。

1.4 观察指标 (1)统计两组术中及术后相关指标。术中指标包括术中出血量、淋巴结清扫个数、手术时间,术后指标包括首次下床活动时间、术后拔管时间、住院时间、术后 24 h 疼痛程度。疼痛程度以视觉模拟评分法(VAS)进行评估,分值 0~10 分,分值

越高表明疼痛越剧烈。(2)统计两组术后并发症(心律失常、肺不张、肺部感染)发生率。

1.5 统计学分析 通过 SPSS22.0 统计软件处理数据,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验,计数资料以%表示,行 χ^2 检验,检验标准 $\alpha=0.05, P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术中相关指标对比 两组术中出血量、淋巴结清扫个数、手术时间比较无明显差异 ($P>0.05$)。见表 1。

表 1 两组术中相关指标对比($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | n | 术中出血量(ml) | 淋巴结清扫个数(个) | 手术时间(min) |
|-----|----|---------------|-------------|---------------|
| 观察组 | 37 | 168.57± 31.07 | 13.81± 2.56 | 145.73± 36.44 |
| 对照组 | 36 | 179.11± 32.54 | 13.45± 2.73 | 149.15± 37.08 |
| t | | 1.416 | 0.581 | 0.397 |
| P | | 0.161 | 0.563 | 0.692 |

2.2 两组术后相关指标对比 术后观察组首次下床活动时间、术后拔管时间、住院时间较对照组短,术后 24 h VAS 评分较对照组低($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组术后相关指标对比($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | n | 首次下床活动时间(h) | 术后拔管时间(d) | 住院时间(d) | 术后 24 h VAS 评分(分) |
|-----|----|-------------|------------|------------|-------------------|
| 观察组 | 37 | 11.52± 1.49 | 3.53± 1.06 | 5.45± 1.13 | 5.07± 1.34 |
| 对照组 | 36 | 14.33± 2.06 | 4.11± 1.15 | 6.34± 1.25 | 5.85± 1.43 |
| t | | 6.692 | 2.242 | 3.193 | 2.406 |
| P | | <0.001 | 0.028 | 0.002 | 0.019 |

2.3 两组术后并发症发生情况对比 观察组术后出现心律失常 1 例,肺不张 3 例,肺部感染 2 例;对照组术后出现心律失常 2 例,肺不张 3 例,肺部感染 4 例。观察组术后并发症发生率 16.22%(6/37)与对照组 25.00%(9/36) 比较,无明显差异($\chi^2=0.862, P=0.353$)。

3 讨论

常规开胸手术是既往常用术式,术野开阔,对胸内复杂情况处理较方便,但手术切口较大,开胸时间长,导致肌肉损伤明显,术后恢复慢,术后疼痛感较重。随着微创手术不断发展,胸腔镜技术不断成熟为胸腔镜手术的发展提供必要条件。胸腔镜手术具有术野清晰、暴露充分、手术创伤小等优势,术中无须切断大块神经或肌肉,对胸壁破坏性较小有助于术后循环系统、呼吸系统恢复,且几乎不影响外形美观度,术后并发症少,疼痛程度相对较低^[4]。完全胸腔镜下肺叶切除术以逐步替代开胸手术,但临床

对手术方案及操作要求较高。

三孔法是完全胸腔镜下肺叶切除术常用切口方式,除需观察孔,还需主操作孔及副操作孔,其优势在于术中显露清晰,便于暴露手术部位及肺叶牵拉。但三孔法不足之处在于背部副操作孔肋间隙狭窄、肌肉层次较多,血供丰富,影响手术操作,延长术后引流时间,不利于术后恢复^[5]。与三孔法相比,单操作孔设计目标在于取消腋后线切口以减少术中出血量,降低手术疼痛程度,避免术后运动障碍,同时为进一步方便操作,将腋前线操作孔切口适当延长^[6-7]。腋前线以肋间肌为主,肌肉层次较少,止血难度较低,且对机体损伤较小,有助于减轻术后疼痛,促进术后恢复。本研究观察组术后首次下床活动时间、术后拔管时间、住院时间较对照组短,术后 24 h VAS 评分较对照组低,表明单操作孔完全胸腔镜下肺叶切除术后恢复快,可缩短术后康复进程,降低术后疼痛程度。胸腔镜下肺叶切除术由于术中操作孔器械反复旋转,压迫上下肋骨及肋间神经,部分患者术后由于切口剧烈疼痛而难以配合排痰、咳嗽,易出现肺部感染、肺不张等术后并发症。本研究中两组术后并发症发生率比较无明显差异,证实单操作孔完全胸腔镜下肺叶切除术具有较高安全性。但同时需注意,单操作孔完全胸腔镜下肺叶局限性在于所有器械由操作孔进出,器械之间存在一定干扰,可能导致术中显露困难,且一定程度上增加手术时间。

综上所述,单操作孔完全胸腔镜下肺叶切除术治疗周围型肺癌患者,可缩短康复进程,降低术后疼痛程度,安全性高。

参考文献

- [1]董雯婷,陈娴,范艳妮,等.2005 年 -2015 年非小细胞肺癌住院病例特征分析及趋势预测[J].中国病案,2018,19(5):44-47.
- [2]陈洋,杨春鹿.简易单向式完全胸腔镜肺叶切除术治疗肺良性疾病[J].中华胸心血管外科杂志,2018,34(12):743-745.
- [3]艾亮.胸腔镜肺段与肺叶切除术治疗早期非小细胞肺癌的临床分析[J].中国现代药物应用,2018,12(19):30-31.
- [4]余忠林,袁德武.全胸腔镜肺叶切除术治疗高龄非小细胞肺癌近期效果及远期预后生存分析[J].解放军医药杂志,2018,30(1):34-37.
- [5]石岱旺,徐然,韩云,等.单孔与三孔胸腔镜肺叶切除术治疗周围型肺癌的临床疗效比较[J].中国医科大学学报,2018,47(7):609-611,616.
- [6]吴迅,辛兴,李凤卫,等.单操作孔与传统三孔法电视胸腔镜肺叶切除术对比研究[J].中国现代医药杂志,2018,20(10):17-19.
- [7]刘煜,宋雪冰,张午临.单操作孔完全胸腔镜与传统三孔胸腔镜治疗肺癌的疗效比较[J].中国微创外科杂志,2018,18(3):205-208.

(收稿日期:2020-08-24)

欢迎广告惠顾!

欢迎投稿!

欢迎订阅!