

胸腔镜与开胸手术治疗非小细胞肺癌临床疗效观察

徐秋生

(邢台市人民医院胸外科, 河北 邢台 054001)

【摘要】 目的 观察胸腔镜下肺叶切除治疗非小细胞肺癌的临床疗效。方法 回顾性分析 2008 年 4 月至 2010 年 4 月在我院胸外科住院手术治疗的 80 例非小细胞肺癌患者的临床诊治资料,按手术方式的不同分为观察组(胸腔镜组) 30 例和对照组(开胸组) 50 例。比较两组患者的手术时间、术中出血量、术中淋巴结清扫情况、术后并发症、术后引流时间、术后病理分期、住院天数、生存率及复发率。结果 80 例患者均手术顺利,无死亡病例;胸腔镜组的手术时间和术中出血量明显低于开胸组,差异具有统计学意义($P < 0.05$);淋巴结清扫情况、并发症发生率、术后引流时间、术后病理分期、住院天数两组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$);胸腔镜组的局部复发率与开胸组比较差异无统计学意义($P > 0.05$);采用 Kaplan Meier 生存曲线比较两组间 1、2、3 年生存率显示差异无统计学意义($P > 0.05$),进一步分别对比两组 I 期和 II 期患者的生存率,差异亦无统计学意义($P > 0.05$)。结论 胸腔镜手术治疗 I 期和 II 期病灶直径小于 5 cm 的非小细胞肺癌临床效果显著,值得临床推广。

【关键词】 胸腔镜;开胸手术;非小细胞肺癌;临床疗效

【中图分类号】 R734.2 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1003-6350(2014)13-1980-03

早在 20 世纪 90 年代就有关于胸腔镜下肺叶切除治疗非小细胞肺癌的相关报道,在经历了器械设备及操作技术的逐步改进后,胸腔镜手术已经成为部分非小细胞肺癌的重要治疗手段之一^[1]。胸腔镜手术的优势在于创伤小、住院时间短、术后恢复快、术后生活质量高、能够较早的接受术后放化疗等辅助治疗,已经获得了众多医患的广泛认可。目前该手术方式主要适用于肿瘤病灶最大直径 ≤ 5 cm 的 I 期 II 期的周围型非小细胞肺癌^[2]。已有许多的研究表示该手术方式在治疗部分非小细胞肺癌中显示了明显的优势,但也有学者对胸腔镜手术的安全性、彻底性和有效性提出质疑,部分学者认为开胸手术具有暴露充分,止血方便,肿瘤切除、淋巴结清扫彻底等优势^[3]。关于两种手术方式的选择至今仍存有一定程度的争议。本文通过比较胸腔镜手术和传统手术的临床疗效,进一步探讨胸腔镜手术治疗肿瘤病灶最大直径 ≤ 5 cm 的 I 期 II 期的周围型非小细胞肺癌的优势。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2008 年 4 月至 2010 年 4 月在我院胸外科住院手术治疗的 I 期和 II 期病灶直径小于 5 cm 的 80 例非小细胞肺癌患者,其中男性 55 例,女性 25 例;年龄 30~78 岁,平均(61.23±8.25)岁;病理类型:鳞癌 41 例,腺癌 37 例,其他类型癌 2 例(大细胞癌 1 例,神经内分泌癌 1 例);病变部位:左肺上叶 19 例,左肺下叶 21 例;右肺上叶 16 例,右肺中叶 2 例,右肺下叶 22 例;病理 I 期 20 例,II 期 60 例;病灶直径小于 3 cm 者 43 例,3~5 cm 者 37 例;吸烟者 20 例,原来吸烟者 30 例,不吸烟者 30 例;合并高血压 20 例,糖尿

病 20 例,冠心病 10 例,慢性阻塞性肺气肿 7 例,肺结核 6 例。按手术方式的不同分为胸腔镜组 30 例和开胸组 50 例。两组以上项目比较差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法 (1)胸腔镜组:气管内双腔插管全麻,健侧肺通气。通过 3 个切口完成手术,主操作通道位于前胸壁腋前线第 4、5 肋间隙,切口长 3.5~4.5 cm;辅助操作孔位于后胸壁肩胛下角线第 8、9 肋间隙,观察孔位于胸侧壁腋中线第 7、8 肋间隙,镜下肺叶切除的操作顺序与开胸手术基本一致,按标准进行淋巴结清扫。如遇肿瘤体积较大取出困难时可调整取出组织的角度,充分利用皮肤软组织延展性和标本袋的润滑作用,必要时将肿瘤组织剪切取出。(2)开胸组:气管内双腔插管全麻,健侧肺通气。取第 4、5 肋间隙后外侧切口,长 12~18 cm,逐层切开,仔细止血。开胸器撑开肋骨,尽量不断肋骨,术者直视下进行肺叶切除及淋巴结清扫。

1.3 观察指标 比较两组患者的手术时间、术中出血量、术中淋巴结清扫情况、术后并发症、术后引流时间、术后病理分期、住院天数、生存率及复发率。

1.4 统计学方法 应用 SPSS14.0 统计软件进行数据分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验,计数资料以百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验,采用 Kaplan Meier 生存曲线对生存率数据进行分析,以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

两组患者手术过程均顺利,无死亡病例,胸腔镜组中有 2 例(6.67%)转开胸手术,主要原因为淋巴结钙

化与肺血管粘连紧密分离困难。

2.1 两组患者手术情况比较 胸腔镜组的手术时间和术中出血量明显低于开胸组,差异均具有统计

学意义($P < 0.05$)。淋巴结清扫情况、术后引流时间、住院天数、术后病理分期两组间比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),见表1。

表1 两组患者的手术情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间(min)	术中出血量(ml)	术后引流时间(d)	住院天数(d)	术后病理分期		淋巴结清扫	
						I期[例(%)]	II期[例(%)]	站数	枚数
胸腔镜组	28	120.45±40.38	231.30±120.33	8.33±3.40	11.44±6.30	6(21.4)	22(78.6)	5.05±2.12	16.22±8.26
开胸组	52	216.90±58.28	503.05±148.23	9.07±5.03	12.74±7.37	14(26.9)	38(73.1)	5.22±2.04	17.27±9.21
χ^2 值/ t 值		1.327	2.024	-1.293	-1.470	1.203	1.004	1.129	1.220
P 值		<0.05	<0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

2.2 两组患者术后并发症比较 胸腔镜组术后并发症发生率为13.3%,与开胸组的18.0%比较差异无统计学意义($\chi^2=2.031, P > 0.05$),见表2。

表2 两组患者术后并发症比较(例)

组别	例数	心律失常	淋巴漏	持续漏气	肺部感染	总发生率(%)
胸腔镜组	28	1	1	1	1	14.3
开胸组	52	5	1	2	1	17.3

2.3 两组患者术后复发及生存率比较 80例患者的中位随访时间为30.2个月,无失访。胸腔镜组的局部复发率与开胸组比较差异无统计学意义($P > 0.05$),采用Kaplan Meier生存曲线比较两组患者1、2、3年生存率显示两组间差异无统计学意义($P > 0.05$),进一步分别比较两组I期和II期患者的生存率,差异也无统计学意义($P > 0.05$),见表3。

表3 两组患者术后复发及生存率比较[例(%)]

组别	例数	局部复发	生存状况			I期生存	II期生存
			1年	2年	3年		
胸腔镜组	28	2(7.1)	25(89.3)	19(67.9)	15(53.6)	21(75.0)	17(60.7)
开胸组	52	3(5.8)	46(88.5)	35(67.3)	27(51.9)	40(76.9)	31(59.6)
χ^2 值	-	1.025	1.283	0.818	0.903	0.748	1.003
P 值	-	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

3 讨论

胸腔镜下手术治疗肺癌在经历了多年的发展改进后,已成为比较成熟的治疗肺癌的手术方式。美国胸科医师协会和国家综合癌症网络的临床指南已将该手术列为早期非小细胞肺癌治疗的合理方式之一,其临床疗效与开胸手术无差别,而且其具有的微创优势是开胸手术无法比拟的^[4]。大量的临床研究显示,肿瘤最大直径 ≤ 5 cm的I和II期周围型非小细胞肺癌,因肿瘤体积小,肺组织较容易翻动,处理淋血管及淋巴结的风险比较小,被认为是胸腔镜手术治疗肺癌的最佳适应证^[5]。但也有部分学者认为开胸手术具有暴露充分,止血方便,肿瘤切除、淋巴结清扫彻底等优势。关于两种手术方式的选择至今仍然存在一定程度的争议。本研究再次证明了胸腔镜手术的安全性、

彻底性和有效性。

3.1 胸腔镜手术的安全性 本组胸腔镜手术与开胸手术相比手术时间较短,术中出血量较少,术后并发症发生率差异无统计学意义,无死亡病例,这些数据说明胸腔镜手术不但没有增加患者的手术风险,而且其微创的优势显露无疑,这与Marty-Ané等^[6]的报道一致。

3.2 胸腔镜手术的彻底性 目前胸腔镜与开胸手术主要在纵隔淋巴结清扫的彻底性方面存在一定的争议。2003年Bryan等^[7]首先在尸体上验证了胸腔镜下纵隔淋巴结清扫的效果,从此以后许多学者证实胸腔镜淋巴结清扫达到开胸手术的水平。本次研究中两组淋巴结清扫站数和枚数比较差异无统计学意义,均符合NCCN临床指南中淋巴结清扫范围的规定,与Villamizar等^[8]学者报道一致。两组术后引流时间和住院时间方面较为接近,从侧面说明了虽然胸腔镜的创伤小,但完成的手术内容与开胸手术是一致的,尤其是几乎完全相同的引流时间说明胸腔镜下淋巴结清扫的范围和程度与开胸手术无异^[9]。

3.3 胸腔镜手术的有效性 本研究胸腔镜组的局部复发率与开胸组比较差异无统计学意义,采用Kaplan Meier生存曲线,比较两组间1、2、3年生存率显示两组间差异无统计学意义,进一步分别对比两组的I期和II期患者的生存率,差异无统计学意义。以上数据表明在临床疗效方面,胸腔镜与开胸手术几乎无差别,这与Ikeda等^[10]学者报道一致。

综上所述,作者认为胸腔镜手术治疗早期非小细胞肺癌在安全性、彻底性及有效性等各个方面与开胸手术无差异,值得临床推广。但是该手术对术者技术要求高,开展需建立在熟练的开胸手术基础之上。

参考文献

- [1] 马建强,杨绍军,李旭.全胸腔镜微创肺癌根治术手术创伤的临床研究[J].昆明医科大学学报,2013,34(9):76-80.
- [2] Yamamoto K, Honda M, Furukawa TA, et al. Video-assisted thoracoscopic surgery lobectomy or open lobectomy for non-small-cell lung cancer? Minimizing selection bias in observational studies [J]. Eur J Cardiothorac Surg, 2013, 9(7): 1541-1549.

成人多囊肾后腹腔镜肾囊肿去顶减压术 21 例

吴春雷

(榆林市星元医院泌尿外科, 陕西 榆林 719400)

【摘要】 目的 观察后腹腔镜肾囊肿去顶减压术治疗成人多囊肾的临床疗效。方法 回顾性分析 2009 年 10 月至 2012 年 10 月期间我院实施后腹腔镜肾囊肿去顶减压术治疗的 21 例成人多囊肾患者的临床资料, 观察和比较术前、术后患者腰腹部胀痛、血压和肾功能情况。**结果** 与术前比较, 术后视觉模拟评分(VAS 评分) [(3.5±1.5)分 vs (5.0±2.0)分]、收缩压[(16.0±1.5) kPa vs (18.5±1.5) kPa]和舒张压[(10.0±0.8) kPa vs (13.5±1.0) kPa], 以及肌酐[(215±60) μmol/L vs (240±70) μmol/L]、尿素氮[(17.0±4.5) mmol/L vs (25.0±5.0) mmol/L]、肾小球滤过率 [(61.0±10.0) ml/min vs (65.0±12.0) ml/min]水平均明显降低, 差异均有统计学意义(P<0.05)。**结论** 后腹腔镜肾囊肿去顶减压术治疗成人多囊肾患者能够明显改善其肾功能, 有效控制血压, 减轻患者痛苦, 值得临床推广。

【关键词】 成人多囊肾; 后腹腔镜; 肾囊肿去顶减压术; 疗效

【中图分类号】 R692.1² **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1003—6350(2014)13—1982—02

成人多囊肾也称之为常染色体显性遗传多囊性肾病, 其具有起病隐匿、病程长等特点, 主要病理变化为肾小管上皮细胞突变, 导致正常肾组织结构受损, 是慢性肾衰的常见原因^[1]。成人多囊肾的治疗仍以手术治疗为主, 近年来, 随着腹腔镜微创技术的引进和推广, 后腹腔镜肾囊肿去顶减压术逐渐成为成人多囊肾治疗的主要治疗方法, 并得到了普遍认可。我院近年来对 21 例成人多囊肾患者实施后腹腔镜肾囊肿去顶减压术治疗, 取得了较好的临床效果, 现将结果报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2009 年 10 月至 2012 年 10 月期间我院 21 例成人多囊肾患者, 其中男性 7 例, 女性 14 例, 年龄 28.0~65.0 岁, 平均(48.5±5.0)岁。所有患者均有不同程度腰背部疼痛、血尿、肾功能受损症

状, 结合 B 超、CT 及静脉尿路造影术检查, 均确诊为成人多囊肾。

1.2 手术方法 选择临床症状较为严重、囊肿体积相对较大的一侧首先进行手术治疗。全麻下患者采取侧卧位, 适当抬高腰桥, 于腋中线髭嵴上缘做横行切口, 逐层切开、钝性分离, 置入水囊导管, 并注入生理盐水, 随后扩张腹膜后间隙。置入 10 mm Trocar, 注入 CO₂, 建立人工气腹, 气压维持在 12 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa)。在腹腔镜监视下, 于腋后线肋缘下、腋前线肋缘下穿刺, 置入 10 mm Trocar 和 5 mm Trocar。于腰大肌做切口, 充分暴露肾脏组织, 于肾实质附近, 应用超声刀切除较大囊肿的囊壁, 去顶可见性囊肿, 待无活动性出血后, 留置引流管, 逐层缝合。择期行对侧手术, 方法同上。

1.3 观察指标 对术前、术后患者腰腹部胀痛、

通讯作者: 吴春雷。E-mail: byzhanshi@126.com

[3] 何春雷. 全胸腔镜下早期非小细胞肺癌根治术临床效果观察[J]. 中国综合临床, 2013, 29(11): 1205-1207.

[4] 姜天烁, 张德福, 赵鑫, 等. 全电视胸腔镜下肺叶切除术 51 例[J]. 中华腔镜外科杂志(电子版), 2013, 6(2): 57-58.

[5] Licht PB, Jørgensen OD, Ladegaard L, et al. A national study of nodal upstaging after thoroscopic versus open lobectomy for clinical stage I lung cancer [J]. Ann Thorac Surg, 2013, 25(23): 1102-1107.

[6] Marty-Ané CH, Canaud L, Solovei L, et al. Video-assisted thoracoscopic lobectomy: an unavoidable trend? A retrospective single-institution series of 410 cases [J]. Interact Cardiovasc Thorac Surg 2013, 22(16): 390-394.

[7] Kim HK, Sung HK, Lee HJ, et al. The feasibility of a two-incision video-assisted thoracoscopic lobectomy [J]. J Cardiothorac Surg, 2013, 8(1): 88.

[8] Villamizar NR, Darrabie M, Hanna J, et al. Impact of T status and N status on perioperative outcomes after thoracoscopic lobectomy for lung cancer [J]. J Thorac Cardiovasc Surg, 2012, 22(8): 1852-1857.

[9] Puri V, Meyers BF. Video-assisted thoracoscopic surgery lobectomy for lung cancer [J]. Surg Oncol Clin N Am, 2013, 22(1): 27-38.

[10] Ikeda N, Saji H, Hagiwara M, et al. Recent advances in video-assisted thoracoscopic surgery for lung cancer [J]. Asian J Endosc Surg, 2012, 21(9): 1607-1611.

(收稿日期: 2013-12-11)