

• 临床研究 •

比较电视胸腔镜胸腺瘤切除与传统手术切除治疗胸腺瘤的临床疗效

邱耿锋 巫志华

龙岩市第二医院 福建龙岩 364000

【摘要】目的 比较电视胸腔镜胸腺瘤切除与传统手术切除治疗胸腺瘤的临床疗效。**方法** 采用随机数字表法分组, 对照组行传统开胸手术治疗, 观察组行电视胸腔镜胸腺瘤切除术治疗, 对比治疗效果。**结果** 观察组手术用时 (52.4±2.0) min、出血量 (61.5±3.9) ml、术后住院 (4.5±0.1) d、引流 (68.9±5.2) ml、术后 (2.1±0.1) d 拔管、(8.7±0.5) d 下床、有效率 97.6%、并发症发生率 4.9%。对照组手术用时 (73.8±1.6) min、出血量 (120.6±9.5) ml、术后住院 (6.9±0.9) d、引流 (105.6±6.3) ml、术后 (3.9±0.2) d 拔管、(13.0±1.6) d 下床、有效率 80.5%、并发症发生率 14.6%。两组数据对比, 差异显著 ($P < 0.05$)。**结论** 行电视胸腔镜胸腺瘤切除术治疗胸腺瘤, 手术效率高, 康复速度快。

【关键词】 电视胸腔镜胸腺瘤切除术; 传统手术切除; 胸腺瘤**【中图分类号】** R736.3**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1009-3179 (2019) 02-039-02**前言:**

胸腺瘤为临床常见病, 患者以 50 ~ 60 岁人群多见。该疾病具有病程长、进展缓慢的特点, 故又称为“惰性肿瘤”^[1]。胸腺瘤的治疗方法, 以外科手术为主。行传统开胸手术治疗, 可取得一定的疗效, 但患者痛苦较大, 预后欠佳^[2]。有研究指出, 将电视胸腔镜胸腺瘤切除术应用到治疗过程中, 疗效更佳^[3]。本文于本院 2017 年 10 月 ~ 2018 年 10 月收治的胸腺瘤患者中, 随机选取 82 例作为样本, 阐述了电视胸腔镜胸腺瘤切除与传统手术切除的方法, 观察了治疗效果。

1 资料与方法**1.1 一般资料**

采用随机数字表法分组, 观察组性别: 男 / 女 = 25 / 16, 年龄 (55.25±5.41) 岁, 病程 (2.70±1.50) 年。对照组性别: 男 / 女 = 26 / 15, 年龄 (54.16±4.52) 岁, 病程 (2.67±1.43) 年。两组患者具有可比性 ($P > 0.05$)。

1.2 纳入标准

(1) 患者均已确诊为胸腺瘤。(2) 无开胸手术及电视胸腔镜胸腺瘤切除术禁忌症。(3) 术前已签署知情同意书。

1.3 方法

对照组行传统开胸手术治疗, 观察组行电视胸腔镜胸腺瘤切除术治疗: (1) 全身麻醉, 患者取健侧卧位, 健侧肺通气。(2) 扩大术侧间隙, 根据患者胸腺瘤的位置, 对手术床的倾斜度进行调整。(3) 做 1.5cm 观察孔, 定位穿刺点。(4) 自观察孔探查肿瘤, 于穿刺点处做 3 ~ 5cm 切口, 切开并分离肿瘤。(5) 采用电灼的方式处理肿瘤滋养小血管, 大血管采用钛夹夹闭, 后予以切断结扎。(6) 如肿瘤较小, 则给予分离, 彻底清除。如肿瘤体积较大, 则首先予以抽吸减压, 后予以剥离。(7) 针对肿瘤与其他组织粘连者, 应给予局部切除。针对粘连严重者, 应采用撑开器控制切口, 辅以传统手术治疗。(8) 术后置入引流管, 关胸, 术毕。

1.4 统计学方法

采用 SPSS21.0 软件处理数据, 计数资料采用 χ^2 检验, 以 (%) 表示。计量资料采用 t 检验, 以 (均数 ± 标准差) 表示。 $P < 0.05$ 视为差异有统计学意义。

2 结果**2.1 手术情况对比**

观察组手术用时 (52.4±2.0) min、出血量 (61.5±3.9)

ml、术后住院 (4.5±0.1) d, 与对照组相比, 差异显著 ($P < 0.05$), 见表 1:

表 1: 手术情况对比

组别	时间 (min)	出血量 (ml)	住院 (d)
观察组 (n=41)	52.4±2.0	61.5±3.9	4.5±0.1
对照组 (n=41)	73.8±1.6	120.6±9.5	6.9±0.9
P	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2 康复情况对比

观察组引流 (68.9±5.2) ml、术后 (2.1±0.1) d 拔管、术后 (8.7±0.5) d 下床, 与对照组相比, 差异显著 ($P < 0.05$), 见表 2:

表 2: 康复情况对比

组别	引流 (ml)	拔管 (d)	下床 (h)
观察组 (n=41)	68.9±5.2	2.1±0.1	8.7±0.5
对照组 (n=41)	105.6±6.3	3.9±0.2	13.0±1.6
P	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.3 治疗效果对比

观察组有效率 97.6%、并发症发生率 4.9%, 与对照组差异显著 ($P < 0.05$):

表 3: 治疗效果对比

组别	有效 (n/%)	无效 (n/%)	并发症 (n/%)
观察组 (n=41)	40 (97.6)	1 (2.4)	2 (4.9)
对照组 (n=41)	33 (80.5)	8 (19.5)	6 (14.6)
P	< 0.05	< 0.05	< 0.05

3 讨论

胸腺为人体免疫器官, 起源于胸腺上皮细胞、淋巴细胞或纵膈等部位的肿瘤, 称为胸腺瘤^[4]。临床研究发现, 胸腺瘤多为良性肿瘤, 仅少数呈侵袭性生长, 存在恶化的可能^[5]。胸腺瘤发病后, 患者通常可见咳嗽、胸痛等症状。发病初期, 上述症状不明显, 且缺乏特异性, 难以发现。随着病程的延长, 患者咳嗽症状加重, 加之胸腔积液的影响, 胸闷、气短等状况同样可产生。

确诊后, 立即行外科手术治疗疾病, 是抑制病情进展的关键。疾病的常规治疗术式, 以开胸手术为主。行该术式治疗疾病, 虽可将肿瘤切除, 但创伤较大。此外, 患者术中出血量同样较高。受年龄的影响, 胸腺瘤患者手术耐受度不高。如接受常规术式治疗, 术后康复速度一般较为缓慢, 患者痛

苦大,手术效果差,预后有待改善。本文研究发现,行传统开胸手术治疗胸腺瘤,患者手术用时(73.8 ± 1.6) min、出血量(120.6 ± 9.5) ml、术后住院(6.9 ± 0.9) d,提示患者手术效率低,出血量大,术后住院时间有待缩短。进一步观察发现,本组患者引流(105.6 ± 6.3) ml、术后(3.9 ± 0.2) d 拔管、(13.0 ± 1.6) d 下床,上述数据表明,患者的术后康复速度有待加快。本组接受常规开胸手术治疗者,有效率 80.5%、并发症发生率 14.6%。

电视胸腔镜胸腺瘤切除术,为微创手术的一种。术中,术者可建立操作孔,借助影像学技术的辅助,对肿瘤位置、大小、有无粘连等情况进行判断。根据判断结果,对切口位置进行选择,对手术方案进行规划。与常规开胸手术相比,电视胸腔镜胸腺瘤切除术切口更小,因此,患者术中出血量一般较少,痛苦小,手术耐受度高。此外,借助影像学技术的辅助,术者术中视野的清晰度也将明显提升,手术效率显著提高。本文研究发现,行电视胸腔镜胸腺瘤切除术治疗胸腺瘤的患者,手术用时(52.4 ± 2.0) min、出血量(61.5 ± 3.9) ml、术后住院(4.5 ± 0.1) d,与行常规开胸手术治疗者相比,手术效率更高,出血量更少,住院时间更短,优势显著($P < 0.05$)。因电视胸腔镜胸腺瘤切除术创伤小,术中操作精确,因此,术中操作往往不会对病变周围健康组织造成损伤,患者术后发生并发症的风险低,康复速度快,预后佳。本文研究发现,行电视胸腔镜胸腺瘤切除术治疗疾病后,胸腺瘤患者引流(68.9 ± 5.2) ml、术后(2.1 ± 0.1) d 拔管、(8.7 ± 0.5) d 下床,与行常规开胸手术治疗者相比,康复速度明显加快($P < 0.05$)。本组患者有效率 97.6%、并发症发生率 4.9%,较开胸手术相比优势显著($P < 0.05$)。沙闯^[6]在研究中,随机选取胸腺瘤患者作为样本,对比了电视胸腔镜胸腺瘤切除与传统手术切除治疗疾病的临床疗效。研究结果显示,行电视

胸腔镜胸腺瘤切除治疗,可将治疗有效率自 81% 提升至 96%,将并发症发生率自 23% 降低至 4%。该学者的研究结果,与本文基本一致。本组发生并发症的患者,并发症分别表现为“低 γ 球蛋白血症”、“单纯红细胞再生障碍性贫血”。经处理后,两种并发症均消失,未对患者的预后造成影响。但为进一步提高手术的安全性,术后,临床仍需加强对患者病情的观察,并对切口感染等并发症进行预防,以改善预后。

综上所述,行电视胸腔镜胸腺瘤切除术治疗胸腺瘤,手术效率高,康复速度快。临床应于确诊胸腺瘤后,根据患者的病情,首选电视胸腔镜胸腺瘤切除术治疗疾病,使患者的预后得到改善。

参考文献:

- [1] 毛争春,沈韦羽.电视胸腔镜与胸骨正中切口行胸腺扩大切除治疗胸腺瘤合并重症肌无力临床效果的比较[J].浙江创伤外科,2017,22(06):1138-1140.
- [2] 马良泰,冶治,高哲俊.西宁地区电视胸腔镜下胸腺瘤扩大切除治疗重症肌无力临床研究[J].青海医药杂志,2017,47(07):9-11.
- [3] 霍云奎,张雍偲,闫晓亮.电视胸腔镜与经胸骨胸腺切除治疗不伴胸腺瘤重症肌无力的临床分析[J].临床医学研究与实践,2017,2(17):63-64.
- [4] 徐新朝.电视胸腔镜胸腺扩大切除术治疗胸腺瘤合并重症肌无力可行性和效果观察[J].社区医学杂志,2016,14(08):44-46.
- [5] 张文军,范军,马冬春.胸腔镜与胸骨正中劈开胸腺扩大切除治疗重症肌无力并胸腺瘤的比较[J].安徽医科大学学报,2016,51(05):755-759.
- [6] 沙闯.电视胸腔镜胸腺瘤切除与传统手术切除治疗胸腺瘤的临床对比观察[J].中国现代药物应用,2016,10(05):48-49.

(上接第 38 页)

感染风险。据统计,ICU 重症感染患者的死亡率已超过 50%。国内有学者^[4]的研究资料显示,ICU 患者本身病情较为严重,病情发展较快,重症感染逐渐成为临床治疗过程中常见的严重并发症,严重影响 ICU 患者的治疗进程。因此,需要对 ICU 患者不同时间段的危险因素进行综合分析,改善其临床症状,可显著降低 ICU 重症感染患者的死亡率,提高其生存率^[5]。

重症感染患者多伴有脏器功能衰竭,若治疗不及时或控制不当,会很快发展为感染性休克,DIC 发生率、APACHE II、乳酸水平及平均动脉压是增加重症感染患者死亡率的重要因素。相关资料已证实,在 ICU 重症感染者接受治疗期间,监测乳酸水平、平均动脉压,评估 APACHE II,统计 DIC 发生率,对判断重症患者的预后情况有着重要的指导意义^[6]。

APACHE II 评分是根据患者的生理、年龄和慢性健康状况对急危重症患者进行综合、客观、科学的评估,是评价病情危重程度的重要指标,且评分越高说明患者健康状况越差。SOFA 评分是欧洲重症监护医学协会坦然相关工作组创立的用于评价呼吸、心血管、肝脏、肾脏、凝血及神经系统器官损伤的数量和严重程度的工具,其操作简单、计算方便,可对疾病进行动态观察。本次研究中两组患者乳酸水平、APACHE II 评分、SOFA 评分、DIC 发生率及 MODS 的发生率的差异显著($p < 0.05$),且显示乳酸水平、APACHE II 评分、SOFA 评分、

DIC 发生率及 MODS 发生率均是影响重症感染患者 ICU 治疗时间的危险因素,因此,临床上需加强上述危险因素的监测,并给与对症处理,缩短患者的治疗时间。

参考文献:

- [1] 何鲤穗,陈志量,刘玉琪,等.ICU 重症感染患者抗菌治疗前后痰培养病原菌动态变化与临床疗效分析[J].中华医院感染学杂志,2016,25(24):5584-5588.
- [2] 李诗阳,王日兴,吕有凯,等.老年重症感染患者血清降钙素原与 C-反应蛋白联合检测的临床价值[J].中国老年学杂志,2016,36(8):1960-1961.
- [3] 陈韦强,刘漪,谢作舟,等.利奈唑胺对老年重症感染患者血乳酸水平的影响[J].世界临床医学,2016,9(9):190.
- [4] 高爽,张放,马帅,等.弥散性血管内凝血评分系统评分联合 C 反应蛋白对重症肺炎患者急性肾损伤的预测价值[J].中国急救医学,2016,35(12):1122-1126.
- [5] 钟映玉.重症感染患者病情危重程度与血清降钙素原、C-反应蛋白及血小板的相关性分析[J].河北医药,2017,39(10):1471-1473.
- [6] 周小洁,陈洁,谭丽菲,等.134 例急性脑卒中合并多器官功能障碍综合征临床分析[J].中华全科医学,2016,14(1):55-56,59.