

• 临床研究 •

单操作孔与传统多孔胸腔镜肺结节切除术治疗老年孤立肺结节的疗效比较

沈秋荣 刘荣幸

福建省龙岩市第二医院 福建龙岩 364000

【摘要】目的 单操作孔与传统多孔胸腔镜肺结节切除术治疗老年孤立肺结节的疗效比较研究。**方法** 选择我院收治的 42 例老年孤立性肺结节患者平均分组后参与研究, 对比单操作孔与多孔操作手术的临床治疗效果。**结果** 观察组患者接受单操作孔手术方法, 患者术中出血量为 (7.62 ± 0.17) ml、住院总时间为 (75.20 ± 4.17) d, 术后并发症发病率为 4.76%, 各项结果均优于对照组, 并且差异明显有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 单操作孔胸腔镜下肺结节切除手术对老年孤立性肺结节病症有较好的治疗效果, 患者术中创伤较小, 术后恢复更快。

【关键词】 孤立肺结节; 老年患者; 单操作孔; 胸腔镜**【中图分类号】** R734.2**【文献标识码】** A**【文章编号】** 2095-7711 (2020) 04-077-02

前言:

孤立肺结节 (SPN) 是肺实质内部边缘清晰圆形或者类圆形单发病灶, 且病灶的直径在 3cm 以下的气肺组织包绕病症^[1]。临床上主要采用微创手术治疗方法, 但是由于需要切开多个操作孔, 且经过多个肋骨间隙进入到胸腔, 如果操作不当, 容易产生神经疼痛等并发症, 特别是对老年人的预后会产生不良影响。对此, 本文展开了单操作孔与传统多孔胸腔镜肺结节切除手术治疗的临床应用对比研究, 具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本文研究选择我院收治的 42 例老年孤立肺结节患者参与研究, 将患者平均分为观察组和对照组, 每组人数为 21 例。观察组患者中, 男性人数为 14 例, 女性 7 例, 年龄在 68 岁至 81 岁之间, 平均 (72.62 ± 0.17) 岁。对照组男性人数为 14 例, 女性 7 例, 年龄在 66 岁至 83 岁之间, 平均 (73.62 ± 0.47) 岁。两组患者基本指标均无明显差异性 ($P > 0.05$), 有可研究性。

1.2 方法

两组患者在手术前均接受纤维支气管镜检查, 结果为阴性。上腹部、头颅颅擦汗扫描显示排除远处转移。手术前使用 CT 定位, 判断术中定位困难患者, 可以使用 CT 引导穿刺, 并用定位钩进行标记, 在病灶位置注入硬化标记。

两组患者在接受了常规肺功能检查之后, 做好手术前准备。观察组手术治疗中, 为患者采取侧卧位, 并行双腔气管插管, 单肺通气。根据两组患者病灶的位置和胸腔轮廓, 在腋中线位置的第七、第八肋骨之间置入光源, 腋前线第四、第五肋骨间作为主操作口, 切口长度为 2cm。

对照组在完成上述操作之后, 进一步在腋后线和肩胛下线之间的第七、第八根肋骨之间做手术切口, 长度为 1.5cm。根据两组患者的实际情况, 分别采用肺叶切除、解剖性非段切除或者肺楔形切除手术。手术完毕之后止血并留置胸腔闭式引流管。

1.3 观察指标

(1) 对比两组患者手术治疗指标: 手术时间、住院时间以及术中出血量。

(2) 对比两组患者手术后出现的并发症情况, 主要为肺部感染和肺不张等情况。

1.4 统计学方法

应用 SPSS20.0 统计学软件进行数据分析, 计量资料 ($\bar{x} \pm s$) 表示, t 检验; 计数资料以 (%) 表示, χ^2 检验。 $P < 0.05$ 即为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者手术治疗指标对比分析

观察组和对照组患者的手术时间差异不显著, 除此之外, 观察组患者的住院时间比对照组更短, 术中出血量也更低, 结果差异明显, 有统计学意义 ($P < 0.05$), 详见表 1:

表 1: 患者手术治疗指标对照表 ($\bar{x} \pm s$)

	观察组	对照组	p
例数 (n)	21	21	-
手术时间 (min)	140.36 $\pm$ 10.39	144.25 $\pm$ 12.31	> 0.05
住院时间 (d)	7.62 $\pm$ 0.17	12.26 $\pm$ 1.05	< 0.05
术中出血量 (ml)	75.20 $\pm$ 4.17	74.69 $\pm$ 8.21	< 0.05

2.2 患者并发症对比分析

观察组患者出现 1 例肺部感染, 无肺不张出现, 总并发症发病率为 4.76%, 对照组出现 2 例肺部感染, 3 例肺不张, 总发病率为 23.81%, 结果差异明显有统计学意义 ($P < 0.05$), 详见表 2:

表 2: 患者并发症对照表 [n (%)]

	观察组	对照组	p
例数 (n)	21	21	-
肺部感染	1 (4.76)	2 (9.52)	-
肺不张	0	3 (14.29)	-
总计	1 (4.76)	5 (23.81)	< 0.05

3 讨论

孤立性肺结节指的是肺实质内单发、类圆形且最大直径小于 3cm 的不透性结节, 在临床上不伴有肺不张、肺炎、淋巴肿大以及胸腔积液等病变, 因为患者病灶直径较小, 所以对肺部组织结构所产生的影响也较小, 临床上症状不显著, 受到病因复杂性因素的影响, 所以经常会误诊或者延迟诊断^[2]。目前, 临床上有接近一半的孤立性肺结节病症为恶性病变, 对疾病早发现早治疗十分重要^[3]。

常规 CT 检验方法对孤立性肺结节病症诊断的特异性较差且敏感度不足, 对于病变小、分化程度高的情况无法精准判断。同时, 一些活动性肺结核、急性炎症等葡萄糖代谢高的病症, 在临床诊断中有可能出现假阳性的结果。为患者提供肺泡关系细胞学检验, 经皮肺穿刺活检可能会出现病理学证据, 但是, 他们的阳性率也不高, 并且还有可能引发患者病灶出血、气胸等情况^[4]。据相关领域的检查结果显示, 肺穿刺诊断为良性和没有及时确诊的结节病症中, 最终手术确诊为恶性肿瘤疾病的概率高达 29%^[5]。

传统的多孔胸腔镜肺结节切除手术治疗方法, 虽然能取得一定的疗效, 但是对患者造成的创伤较大, 患者术后心肺功能会下降, 并不适合为合并症较多的患者进行治疗。孤立性肺结节以单操作孔手术方法, 不仅创伤小而且患者术后恢复也较快。根据本文的

研究能看出,为老年孤立性肺结节患者进行单操作孔胸腔镜手术治疗,可以在胸腔镜下对患者的病灶进行全面探查,准确切除结节并送至冰冻检查,一次性完成治疗。良性病变技能得到准确诊断又能完整切除,消除了良性结节恶性病变的可能,帮助患者摆脱了后顾之忧。而且,单操作孔手术还最大限度地保留了患者肺功能。对于恶性肿瘤疾病,这一治疗方法也能实现彻底根治,有效防止治疗延误,患者预后得到明显改善。符合肿瘤疾病早发现早治疗的原则。

而且,相对于多孔操作而言,单操作孔胸腔镜下切除肺结节手术方法,在患者腋前线第四、第五肋骨之间进行定位穿孔,双手协调配合,手术操作的时间并不会延长。减少一个肋间切口,手术治疗效果与传统三孔手术方法相比,效果相似甚至更好。在今后的临床治疗工作中,相关领域的医护人员要注意,如果患者胸腔粘连严重且暴露困难的情况下,不必要盲目坚持单操作孔手术方法。手术要结合患者的胸廓形状和病情特征,选择最适合的治疗方法。单操作孔位置选择要根据肿瘤位置确定,切口大小要和肿瘤大小保持一致,以方便肿瘤切除后取出。对于一些位置较

深或者近肺门的结节可以适当延长切口,或者选择中转小切口方式辅助手术,保证患者安全。

综上所述,单操作孔对老年孤立性肺结节患者病症治疗效果更好,有利于改善患者预后。

参考文献:

- [1] 陆荣国,郑明峰,何毅军.单操作孔电视胸腔镜手术对老年孤立性肺结节患者肺功能和免疫球蛋白的影响[J].现代生物医学进展,2019,19(24):4707-4710+4784.
- [2] 赵恒池,梁钧,黄成成.单操作孔胸腔镜肺段切除术 55 例临床分析[J].浙江中西医结合杂志,2019,29(08):688-690.
- [3] 王玉波,黄秉韬,张庆广.单孔与单操作孔胸腔镜肺叶切除术治疗肺结节比较研究[J].滨州医学院学报,2019,42(04):288-290.
- [4] 武毅.单操作孔胸腔镜对高龄孤立性肺结节手术配合及术后讨论[J].中国医疗器械信息,2019,25(04):72-73.
- [5] 沈宇舟,钱俊,李文涛.单操作孔胸腔镜前、后亚段联合部分切除术治疗右上肺深部结节 6 例报告[J].中国微创外科杂志,2019,19(02):167-169.

(上接第 74 页)

($P < 0.05$)。实验组患者血小板减少、出血、凝血等不良反应发生率较少,与对照组存在差异($P < 0.05$)。

综上,对重症感染性休克患者采用高容量血液滤过治疗,能明显降低患者不良反应,有利于患者治疗效果的提升。

参考文献:

- [1] 尹路.重症感染性休克患者应用高容量血液滤过治疗的疗效及安全性分析[J].首都食品与医药,2019,26(14):37-38.
- [2] 夏建光,陈羽,禹江涛.高容量血液滤过对重症感染性休克患者脏器功能及动脉氧合指标的影响[J].中国实用医刊,

2019,46(12):98-100.

- [3] 马朝阳,段丽红,张伟萍.重症医学高容量血液滤过在重症感染性休克治疗中的应用效果观察[J].临床研究,2019,27(7):10-11.
- [4] 杜煦.高容量血液滤过疗法在对重症感染性休克患者进行治疗中的应用价值[J].当代医药论坛,2018,16(24):32-33.
- [5] 任宏生,蒋进蛟,楚玉峰,等.高容量血液滤过对感染性休克患者血管外肺水和肺泡-动脉间氧交换影响的研究[J].中华危重病急救医学,2014,26(9):609-614.
- [6] 张健峰,张碧波.高容量血液滤过治疗重症感染性休克患者的疗效及安全性[J].现代中西医结合杂志,2018,v.27(19):24-27+122.

(上接第 75 页)

二次损伤。其原理为:以局部注射药物的形式,来促进组织肿胀,从而促进血管收缩,使得血管纤维硬化,形成血栓,达到止血的目的^[4]。聚桂醇注射液是临床多用的一种硬化剂,其能够增强血管的抵抗力,使得血管闭塞^[5]。福爱乐组织胶作为一种胶与离子相互结合发生聚合反应而产生的永久性聚合栓塞物,其作用产生热量较低,不会发生其他生物反应,疗效较好^[6]。

综上所述,内镜下注射福爱乐组织胶治疗消化道动脉灶性出血的临床效果明显优于内镜下注射聚桂醇,止血效果更为理想,且安全性高,值得选用。

参考文献:

- [1] 李应杰.内镜下不同止血方法治疗非静脉曲张性消化道出血的效果[J].中国医药导报,2016,13(20):128-131.

[2] 覃桂聪.急性上消化道出血的治疗新进展[J].广西中医药大学学报,2015,18(01):78-80.

- [3] 赖春晓,雷浩强.内镜下注射福爱乐组织胶与注射聚桂醇治疗消化道动脉灶性出血比较[J].中外医学研究,2019,17(29):23-25.
- [4] 乔月芹,许洪伟,王青,赵慧琳.泮托拉唑钠注射剂联合氯吡格雷片治疗急性心肌梗死伴消化道出血的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2017,33(06):483-485+489.
- [5] 孙金锋,张智高,高瑞莲.内镜下胃黏膜肾上腺素注射联合金属钛夹治疗溃疡性上消化道出血的临床研究[J].现代消化及介入诊疗,2016,21(01):120-122.
- [6] 王志英,赖春进,李凤荷,王自当.内镜下注射止血与金属钛夹止血治疗急性非静脉曲张性上消化道出血疗效比较[J].海南医学,2016,27(14):2360-2362.

(上接第 76 页)

较大的手术切口,再加上术野受限和失血量过多的影响,会显著降低患者的术后恢复速度,增加并发症的发生风险。近几年来,微创技术在临床中的应用越发广泛。超声引导微创经皮肾镜碎石取石术在临床中的应用能够减轻患者的手术创伤,有效改善其治疗效果^[4]。

微创组手术时间、住院时间、术中出血量、结石残留率、并发症发生率等相关指标均显著优于传统组,组间对比差异较大, $P < 0.05$ 。结果表明:经超声引导微创经皮肾镜碎石取石术治疗复杂性肾结石,能够使患者获得颇为理想的临床效果。超声引导微创经皮肾镜碎石取石术的应用可以使医护人员从多角度了解手术情况,同时还能清楚反馈结石与邻近组织的关系,明确结石、置管位置,从而提升手术效果,减少治疗风险。

综上所述,治疗复杂性肾结石时,予以患者超声引导微创经

皮肾镜碎石取石术,既能减少术中失血量,降低结石残留率,又可以减少术后并发症,加快康复进程,值得在临床中积极推广或选择。

参考文献:

- [1] 刘创明,廖伟强,陈志权.超声引导下多通道经皮肾镜取石术治疗复杂性结石的疗效观察[J].国际泌尿系统杂志,2018,38(4):565-567.
- [2] 赵盟杰,黄真,息金波.温肾排石汤辅助经皮肾镜碎石取石术治疗复杂性肾结石疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2018,27(27):3032-3034.
- [3] 李露霜,周晓敏,高莲,等.微创经皮肾镜取石术治疗老年复杂性肾结石的临床效果[J].四川医学,2018,39(10):1163-1166.
- [4] 杨华,李坚勇,谭卫,等.Sonix GPS 超声定位系统在经皮肾镜取石术治疗复杂肾结石的疗效及安全性分析[J].实用医院临床杂志,2018,15(4):229-232.