

袖式肺叶切除术与患侧全肺切除对非小细胞肺癌病人疗效、并发症及CEA、CA125水平的影响比较

林勇龙,廖泽飞,王耿杰,马良贇*

(中国人民解放军联勤保障部队第九一〇医院 胸外科,福建 泉州 362000)

摘要:目的:袖式肺叶切除术与患侧全肺切除对非小细胞肺癌病人疗效、并发症及癌胚抗原(CEA)、糖类抗原125(CA125)水平的影响比较。方法:分析2015-08~2018-08期间本院收治的86例非小细胞肺癌病人临床资料,44例行患侧全肺切除,将其作为对照组,42例行袖式肺叶切除术,将其作为研究组。对比短期疗效与术后1年存活率,测定CEA、CA125水平,并统计并发症发生情况。结果:研究组缓解率与术后1年存活率均高于对照组($P < 0.05$);术后测定2组CEA、CA125水平较术前下降($P < 0.05$),且研究组术后CEA、CA125水平明显低于对照组($P < 0.05$);研究组并发症总发生率低于对照组($P < 0.05$)。结论:与患侧全肺切除相比,应用袖式肺叶切除术治疗非小细胞肺癌短期疗效更可靠,术后1年生存率更高,CEA、CA125水平更合理,并发症发生概率更低。

关键词:袖式肺叶切除术;患侧全肺切除;非小细胞肺癌;疗效

中图分类号: R734.1

文献标识码: B

文章编号: 2095-512X(2020)06-0655-04

非小细胞肺癌恶性程度高,病情发展相对迅速,患病早期较少见特异性症状与体征,不易准确辨识^[1,2]。患侧全肺切除较为常用,此手术方案可使肿瘤组织被完全、彻底切除,同时正常肺组织亦被切除,对术后肺功能影响尤为明显,并发症发生风险高^[3,4]。随着袖式肺叶切除术逐渐被认可,此术式能够在确保肿瘤组织被完全、彻底切除前提下,使正常肺组织得以保留,对术后恢复、肺功能正常维持帮助较大^[5,6]。但仍需要依据肿瘤学、病理学等,再行确定具体手术方案。基于此,本研究比较了袖式肺叶切除术与患侧全肺切除对非小细胞肺癌病人疗效、并发症及CEA、CA125水平的影响。现报告如下。

1 临床资料与方法

1.1 临床资料

分析2015-08~2018-08期间本院收治的86例非小细胞肺癌病人临床资料,将其分为对照组44例(行患侧全肺切除)与研究组42例(行袖式肺叶切除术),对照组:男26例,女18例,年龄45~79岁,平均年龄(63.72 ± 5.51)岁;研究组:男25例,女17例,年龄46~78岁,平均年龄(63.68 ± 5.49)岁。2组上述资

料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 纳入与排除标准

(1)纳入标准:①均符合非小细胞肺癌诊断标准,且经影像学、病理学证实;②均不存在手术禁忌;③本研究得到医学伦理委员会批准,病人知情本次研究且同意参与;(2)排除标准:①合并凝血功能障碍、血液系统疾病;②在纳入本研究前均未行手术治疗、放疗等;③依从性差或重要脏器功能严重不全。

1.3 治疗方法

研究组行袖式肺叶切除术,具体实施方案:(1)行全身麻醉,双腔气管插管;(2)切口入路位置选择胸壁后外侧;(3)系统性淋巴结清扫,清扫范围包括肺门、纵隔等;(4)淋巴结清扫完成后,需要处理支气管,对其进行袖状吻合操作;(5)袖式支气管吻合方法主要有两种:一种为端端吻合,另一种为部分端端吻合。在吻合开始前,需要先对支气管进行吻合处理,建议进行全层缝合或间断缝合操作,此项操作常规使用3-0可吸收微乔线即可,此缝合操作完成后再行软骨部缝合,此项操作常规使用3-0不可吸收prolene缝线即可,最后进行血管吻合操作,此项操作通常建议使用5-0不可吸收prolene缝线,采取连续不间断缝合操作;(6)常规放置胸管(放置

收稿日期:2020-07-16;修回日期:2020-11-18

作者简介:林勇龙(1984-),男,中国人民解放军联勤保障部队第九一〇医院胸外科住院医师。

通讯作者:马良贇,主任医师,E-mail:maliangyun1972@qq.com 中国人民解放军联勤保障部队第九一〇医院胸外科,362000

位置:上方、下方,放置数量:1根/处),同时需要连接水封瓶,放置负压引流(放置数量:1根);(7)待手术各项操作结束后,应进行充分吸痰操作、鼓肺处理。手术结束后2~3天,对于卧床病人、呼吸功能不好病人或者病人表现出明显咳痰无力、痰多等,则需要在床旁再次行纤维支气管镜检查,如有必要,则应进行辅助吸痰。

对照组行患侧全肺切除,具体实施方案:(1)体位选择侧卧位,进行双腔气管插管,健侧则进行单肺通气;(2)作切口,切口位置为胸壁后外侧,进胸位置选择第5肋间,行纵隔胸膜剪开操作(包括肺门前、后处),处理下肺静脉,对其进行解剖、游离操作,而后处理主支气管,使之处于游离状态;(3)进行吸痰处理,先行主支气管闭合操作(此操作步骤可充分借助规格为30mm的闭合器进行),再对其进行切断操作,行全肺切除;(4)对隆突下淋巴结予以良好清除;对主支气管残端进行缝合操作,此操作步骤可借助1-0薇乔线进行褥式交锁缝合。

1.4 观察指标

(1)对比短期疗效与术后1年存活率。短期疗效评定依据mRECIST^[7]标准,完全缓解:进行病灶观察,观察结果表明已完全消失,机体症状完全不见,术后复查,复查结果提示未见新病变;部分缓解:进行病灶观察,观察结果表明已明显消失,机体症状大部分已消失不见,术后复查,复查结果提示未见

新病变;稳定:进行病灶观察,观察结果表明有所缩小,机体症状有所减轻,术后复查,复查结果提示未见新病变;进展:进行病灶观察,观察结果表明并未缩小或有扩大之势,机体症状未见减轻或有加重之势,术后复查,复查结果提示可见新病变、原有病灶已扩散等。缓解率=完全缓解占比+部分缓解占比。并统计术后1年存活率;(2)对比癌胚抗原(carcinoembryonic antigen, CEA)、糖类抗原125(carbohydrate antigen 125, CA125)水平。CEA、CA125水平检测方法:电化学发光法;(3)对比并发症发生情况。记录并发症发生情况:①心功能不全;②严重肺不张;③严重肺部感染;④支气管;⑤胸膜瘘。统计总发生率。

1.5 统计学处理

用统计学软件SPSS 20.0分析,CEA、CA125水平用均数±标准差表示,用t检验;短期疗效与术后1年存活率、并发症发生情况用百分数表示,行χ²检验,P<0.05表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比短期疗效与术后1年存活率

研究组缓解率与术后1年存活率均高于对照组(P<0.05)(见表1)。

表1 对比短期疗效与术后1年存活率(n,%)

组别	n	短期疗效					缓解率	术后1年存活率
		完全缓解	部分缓解	稳定	进展			
对照组	44	2(4.55)	24(54.55)	16(36.36)	2(4.55)	26(59.09)	28(63.64)	
研究组	42	11(26.19)	25(59.52)	6(14.29)	0(0.00)	36(85.71)	35(83.33)	
χ ²	-	-	-	-	-	7.570	4.255	
P	-	-	-	-	-	0.006	0.039	

2.2 对比CEA、CA125水平

术前测定2组CEA、CA125水平,比较差异无统计学意义(P>0.05),术后测定2组CEA、CA125水

平均较术前下降(P<0.05),且研究组术后CEA、CA125水平明显低于对照组(P<0.05)(见表2)。

表2 对比2组病人CEA、CA125水平(̄x±s)

组别	n	CEA(ng/mL)		CA125(U/mL)	
		术前	术后	术前	术后
对照组	44	15.02±1.24	12.43±1.45 [#]	32.84±2.61	28.32±2.05 [#]
研究组	42	14.97±1.21	9.90±1.76 [#]	32.79±2.57	24.21±1.33 [#]
χ ²	-	0.189	7.290	0.089	10.973
P	-	0.850	0.000	0.929	0.000

注:与同组术前比较[#]P<0.05

2.3 对比并发症发生情况 (见表3)。
 研究组并发症总发生率低于对照组 ($P < 0.05$)

表3 对比并发症发生情况 (n,%)

组别	n	心功能不全	严重肺不张	严重肺部感染	支气管胸膜瘘	总发生率
对照组	44	4(9.09)	2(4.55)	7(15.91)	3(6.82)	16(36.36)
研究组	42	3(7.14)	1(2.38)	0(0.00)	2(4.76)	6(14.29)
χ^2	-	-	-	-	-	5.502
P	-	-	-	-	-	0.019

3 讨论

非小细胞肺癌危及人们健康、生命,属于多见恶性肿瘤,其发病趋势呈现出上升之势^[8-10]。临床提出,如病灶未出现远处,则建议行根治性手术,对肿瘤予以彻底切除,效果不错^[11-13]。但在手术方案选择方面,应关注手术方案所引起的创伤、对正常生理功能所产生的影响等,只有最小化创伤程度、负性影响,方能对术后恢复产生确切促进作用^[14,15]。CEA为肺癌相关肿瘤标志物,多存在癌组织、胚胎组织,但CEA在肺癌诊断中并不具有特异性,但正常情况下(即良性病变或处于正常生理状态)其含量小于等于10ng/mL。CA125在许多恶性肿瘤中均有高表达,对非小细胞肺癌病人来说同样如此。此标志物半衰期短,代谢速度更快,依据其变化情况能更好进行疗效评价、监测病情变化。CEA、CA125水平异常变化对肺癌诊断具有一定价值,通过监测术前、术后其变化情况,有助于手术效果评价、病情监测,上述两种指标联合使用,则临床价值较高。

非小细胞肺癌(未见病灶远处转移)治疗方案以手术切除为主,手术方案多样,其中患侧全肺切除应用广泛。此手术方案能够实现肿瘤组织的彻底切除,有利病灶清除,与此同时,正常肺组织亦被切除,对术后肺功能产生明显影响,并发症发生风险骤增。如整体情况评价结果不错、心肺功能好的病人可优先选择此手术方案。

为最大限度保留正常肺组织,逐渐发展出袖式肺叶切除术。此术式可在保证肿瘤予以彻底切除前提下,使正常肺组织被保留,心肺功能得以更多、更好贮存,手术结束较小可能出现肺水肿等不良事件,较少出现并发症,整体恢复好。应符合以下指征:(1)观察叶支气管开口位置,若其与肿瘤或肿瘤浸润之间相距较近,进行单纯肺叶切除,较大概率增加支气管切缘肿瘤残留风险;(2)病人年龄大(以70岁为临界值),心肺功能检查,结果提示不佳,机

体无法耐受肺叶切除;从技术角度来看,袖式肺叶切除术可顺利开展。在袖式肺叶切除术结束后,应重视气道管理。若整体情况评价结果差、心肺功能不佳的病人可优先选择此手术方案。但在临床实际中,仍需依据探查结果,充分考虑技术因素、坚持肿瘤学原则,继而决定具体手术方案。不仅如此,若采取袖式肺叶切除术方案,在手术实施过程中需要进行支气管切缘冰冻切片、快速冰冻切片,及时送检,瘤细胞测定结果为阳性,则需要考虑病人心肺功能评定结果、根治性切除原则等,如果无法完全、系统清扫淋巴结,手术中冰冻病理检查支气管切缘出现残存癌细胞,建议行患侧全肺切除。由此可见,袖式肺叶切除术安全且有效,可保留肺功能同时实现肺癌根治,但具体手术方案的选择要求术者能准确把握每种手术方案的适应证,慎重考虑。

本研究结果显示:(1)研究组缓解率与术后1年存活率均高于对照组。提示:袖式肺叶切除术、患侧全肺切除二者相比,前者效果更佳,肿瘤切除、淋巴结清扫更满意;(2)研究组术后CEA、CA125水平明显低于对照组。提示:袖式肺叶切除术、患侧全肺切除二者相比,前者术后测定CEA、CA125水平,其下降幅度更为明显;(3)研究组并发症总发生率低于对照组。提示:袖式肺叶切除术、患侧全肺切除二者相比,前者并发症发生概率更低。

综上所述,与患侧全肺切除相比,将袖式肺叶切除术应用于治疗非小细胞肺癌,短期疗效、术后1年生存率更好,术后测定CEA、CA125水平更接近于正常水平,且并发症少。

参考文献

[1]何开明,戴天阳,蒲江涛,等.电视胸腔镜手术中心性非小细胞肺癌支气管袖式切除的病例对照研究[J].中国胸心血管外科临床杂志,2018;25(10):914-916

(下转第672页)

参考文献

- [1]沙鹏,常丽英.影响脑梗死患者认知功能障碍转化为痴呆的血管性因素分析[J].神经损伤与功能重建,2016;11(2):116-118
- [2]中国卒中协会.卒中后认知功能障碍管理专家委员会[J].中国卒中杂志,2017;12(6):519-523
- [3]凌小林.脑卒中后认知功能障碍的研究进展[J].中国现代医生,2013;51(17):22-25
- [4]曙光,牛小丽.急性脑梗死患者认知功能障碍的相关因素分析及预防对策[J].陕西医学杂志,2017;46(12):1674-1675
- [5]杜继慧.急性脑梗死患者血管认知损害的相关性分析[J].中国医学创新,2016;13(32):39-42
- [6]赵建国.急性脑梗死患者血管性认知功能障碍的影响因素分析[J].河北医学,2018;24(05):841-844
- [7]Convit A Wolf OT, Tarshish C, et al. Reduced glucose tolerance is associated with poor memory performance and hippocampal atrophy among normal elderly[J]. Proc Natl Acad Sci USA, 2003; 100(4):2019-2022
- [8]中国卒中协会.卒中后认知功能障碍管理专家委员会[J].中国卒中杂志,2017;12(6):527-531
- [9]罗晓桐,于晶,洪楠,等.老年脑梗死患者认知障碍的相关危险因素研究[J].国际精神病学杂志,2017;44(1):64-67
- [10]王琦,毛礼炜,刘娟,等.蒙特利尔认知评估量表在老年轻度认知损害中的应用[J].苏州大学学报:医学版,2011;31(4):655-657
- [11]Zhao J, Tang H, Sun J, et al. Analysis of cognitive dysfunction with silent cerebral infarction: a prospective study in Chinese patient[J]. Metab Brain Dis, 2012; 27:17-22
- [12]曹巧凤,贾臻.脑电图在神经科的应用价值及提高诊断水平的方法探讨[J].内蒙古医科大学学报,2019;41(4):242-243
- [13]Delano-wood L, Abeles N, Sacco JM, et al. Regional white matter pathology in mild cognitive impairment: differential influence of lesion type on neuropsychological functioning[J]. Stroke 2008; 39(3):794-799
- [14]黎铮.预防性治疗急性脑梗死后认知功能障碍的研究进展[J].临床合理用药,2020;41(13):177-178
- [15]刘淑云,张平,蒋福生.尼莫地平联合尼麦角林对缺血性脑卒中后认知功能的影响[J].中南医学科学杂志,2012;40(2):185-187
- [16]方明淑.尼莫地平联合多奈哌齐对脑梗死认知功能障碍患者的疗效观察[J].中国实用医药 2019;14(1):106-107
- [17]吉智,范秀博,何媛.丁苯酞联合奥拉西坦对脑梗死后认知障碍患者神经功能、认知功能及生活质量的影响研究[J].实用心脑血管病杂志,2016;24(5):43-46
- [18]林波克.丁苯酞联合奥拉西坦对脑梗死后认知功能患者神经功能、认知功能的影响[J].中国社区医生,2019;35(3):50
- [19]陈娜,刘越存,高有安.小牛血去蛋白提取物对急性脑梗死患者神经功能、认知障碍以及预后的影响[J].实用临床医学,2018;19(12):9-13
- [20]贾建平,魏翠柏.血管性认知损害,——预防重于治疗[J].中国现代神经疾病杂志,2010;10(3):277-278
-
- (上接第 657 页)
- [2]朱曙生,范骏,周悦,等.全胸腔镜支气管袖式肺叶切除术治疗中央型肺癌的疗效[J].江苏医药,2016;42(24):2692-2695
- [3]顾亮,姜赟,蔡平,等.袖式肺叶切除与患侧全肺切除治疗中央型非小细胞肺癌的对比研究[J].南通大学学报(医学版),2017;37(06):567-569
- [4]潘茂杰,高会江,蒋志慧,等.基于倾向性评分匹配法的胸腔镜与开放袖式肺叶切除术近期与远期疗效比较[J].中华外科杂志,2018;56(7):533-537
- [5]潘茂杰,魏煜程.袖式肺叶切除术在非小细胞肺癌中的应用[J].中国胸心血管外科临床杂志,2018;25(06):526-532
- [6]瞿冀琛,朱余明,赵德平,等.单孔全胸腔镜下袖式肺叶切除术 114 例临床分析[J].中华外科杂志,2018;56(12):938-940
- [7]Lencioni R, Llovet J M. Modified RECIST (mRECIST) assessment for hepatocellular carcinoma[J]. Semin Liver Dis, 2010; 30(1):52-60
- [8]水清.全胸腔镜肺叶切除术与传统开胸手术治疗非小细胞肺癌病人疗效对比[J].中国卫生标准管理,2016;7(15):77-78
- [9]郑佳杰,顾畅,罗继壮,等.非小细胞肺癌袖式切除术的预后分析[J].中国癌症杂志,2018;28(8):595-601
- [10]Shim Young Mog, Kim Jhingook, Kim Hong Kwan, et al. Extended sleeve lobectomy for centrally located non-small-cell lung cancer: a 20-year single-centre experience[J]. European journal of cardio-thoracic surgery: Official journal of the European Association for Cardio-thoracic Surgery, 2018; 54(1): 142-148
- [11]马千里,刘德若,郭永庆,等.非小细胞肺癌袖式肺叶切除术后的预后因素分析[J].中华胸心血管外科杂志,2016;32(2):108-109,112
- [12]宋小运,韩毅,苏崇玉,等.单手术组全胸腔镜支气管袖式肺叶切除术与开胸手术近期疗效对比[J].实用医学杂志,2016;32(16):2716-2718
- [13]Ma S H, Yan T S, Liu D D, et al. Initial experience of sleeve lobectomy under complete video-assisted thoracic surgery[J]. Asia-Pacific journal of clinical oncology, 2018; 14(1): 114-119
- [14]陈思瞳,李伟.胸腔镜全肺切除治疗非小细胞肺癌的临床效果观察[J].中国医药导刊,2016;18(4):349-350
- [15]潘宴青,杨如松,邵丰,等.完全胸腔镜支气管袖式成形肺叶切除术治疗中央型肺癌[J].中国微创外科杂志,2016; (1): 53-56